

# (DIABFÓRUM)

www.diabforum.hu



## Új intézkedések

Diabéteszes gyermekeket nevelő családok részére

10-11. oldal

# TARTALOM

## Diab-hírek

**Szakertő:**

### "A teljes értékű élet 2-es típusú cukorbetegséggel lehetséges"

Hirtelen leverní a cukorszintet a vérben káros valamennyi belső szerv számára. A glükóz szintjének erős ingadozása súlyos rendellenességeket okozhat a vesében, az erekben, a szemekben, a szívben. Ennek elkerülése céljából, ellenőrizni kell a cukor szintjét és fokozatosan kell csökkenteni.

A 2-es típusú cukorbetegség esetében csak természetes minőségű, növényi eredetű készítményeket használjon.

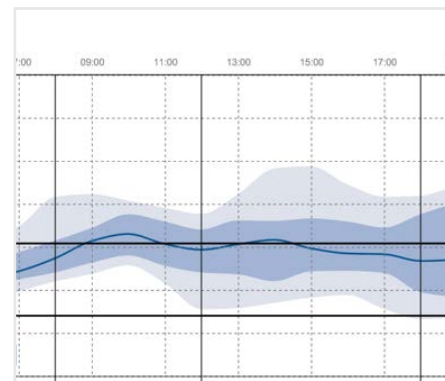
**4** Cukrosmadzag - a legújabb átverés

## Gyermekdiabetes



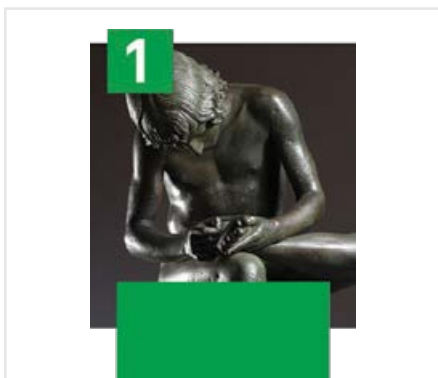
**10** Új intézkedések – segítség diabgyermekes családoknak

## CGM



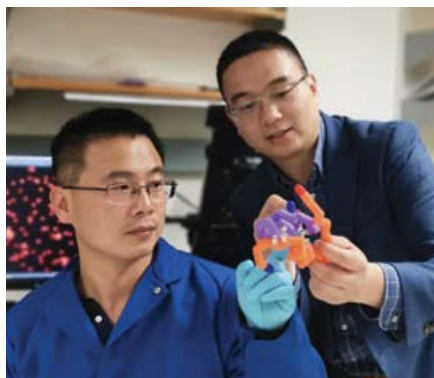
**14** A Libre 2 szenzor autózás alatt is biztonságot nyújt

## Szövődmények



**22** Diabéteszes lábproblémák megelőzése – lábápolás

## Kishírek, kutatások



**45** „Okos inzulin” a hipoglikémiák kivédésére

## Táplálkozás, diéta



**59** 2-es típusú cukorbetegség gyógytendje 4.

**07** One Touch csereprogram

**09** Magyarországon forgalmazott vércukorcsökkentő szerek

**10** Önellenőrzés – Dcont Etalon

**12** Gondolatok a CGM hazai állapotáról

**21** Könyvajánló: Gyermekdiabetológia kézikönyve

**24** Lapszemle

**50** Új entitás: a cirkadián szindróma

**56** Probiotikumok 5 szemszögből

**63** Receptek

## A DIABFÓRUM MAGAZIN MEGJELENÉSÉNEK TÁMOGATÓI



# KÖSZÖNTŐ

(DIABFÓRUM)



## JÓ HÍREK, ROSSZ HÍREK

Talán valós jó hírt tudok közölni. A Családügyi Államtitkár-nő bejelentése szerint a jövőben a diabéteszes gyermekek esetében is lehetővé teszik, hogy a szülők szükség esetén otthon maradjanak vele. Magam úgy vélem, ez elsősorban az újszülöttkori vagy nem sokkal a születést követően fellépő gyermekek esetében lenne fontos, bár akár az óvodás korú vagy kisiskolás gyermekeknél is igény lenne rá. A másik hír, hogy talán a NEAK nem csupán egyedi igény alapján, hanem minden 1-es típusú gyerek esetében is támogatná a szenzor használatát, mely a paradigma váltás nyomán – mint erről magazinunk októberi számában beszámoltam – komoly előrelépést jelentene, hiszen a valós idejű CGM használata fontosabb, mint a pumpakezelés. A hír részletesebb kifejtése megtalálható Soltész prof. referátumában.

Nagyon jó lenne, ha valaki/valakik módot találnának arra, hogy ezek után a jelenleg legolcsóbb szenzorokat forgalmazó ABBOTT céget rávegyék arra, hogy FreeStyle Libre szenzorait Magyarországra is behozza. Ehhez sajnos a Magyar Diabetes Társaság vezetősége semmilyen ráhatással nem rendelkezik.

Másik egyértelmű jó hírek tűnik a vezetőségváltás a Magyar Orvosi Kamarában. Tizenhat év után igaz, elődjénél idősebb, de nagy tapasztalatú, kiváló egészségpolitikus került a MOK élére megfiatalodott, harcias és elszánt vezetőséggel. Csak remélhető, hogy ők az egészségügyi kormányzat kemény tárgyaló partnereivé válnak, és komoly szerep juthat számunkra az egészségügy immár tényleg elodázhatatlan átstrukturálásában és ezzel együtt a finanszírozás megemelésében. L. beszámolómat a dr. Kincses Gyula MOK elnökkel és elnökségi tagjaival készült interjúról.

Sajnos rossz hírek is akadnak. A WHO országjelentése szerint az EU-ban a védőoltások kivételével – melyben a legjobbak között vagyunk – nagyon rossz a magyarok egészségi állapota és a legrosszabbak között van a magyar egészségügy. A téma részletezését l. a vonatkozó referátumainkban.

További rossz hír, mely akár százezres nagyságrendű magyar állampolgárt érinthet, a frissen megszavazott törvénymódosítás az érvényes TAJ számmal nem rendelkezők „kilökéséről” az állami egészségügyből. Szakrendelésünkön is elő-elő fordult, hogy valakinek a TAJ száma pirosan villogott. Ezt a problémát, melyért a felelősség a beteget, a munkaadót és esetenként a pontatlan nyilvántartási rendszert egyaránt terhelheti, szinte kivétel nélkül a következő vizitig, vagyis három hónapon belül betegeink orvosolták. De nagyon sok esetben nem ilyen egyszerű a helyzet, mint azt a témával kapcsolatos referátumunk kifejti. Egyelőre a lényeg, hogy a sürgősségi ellátást ez nem érinti, így remélhetőleg a problémával esetenként szembesülő betegeinket nem kell NEAK támogatás nélküli inzulin recepttel ellátni.

**Minden jó és rossz hír mellett és ellenére áldott Karácsonyt és jó egészséggel teljes Újvesztendőt kívánok a teljes Szerkesztőség nevében minden kedves Olvasónknak!**

a főszerkesztő:

## FELELŐS KIADÓ

Selfmed.pro Kft.  
1105 Budapest,  
Szent László tér 6.  
info@selfmed.pro  
[www.selfmed.pro](http://www.selfmed.pro)

## FELELŐS SZERKESZTŐ

Tusor Ildikó

## FŐSZERKESZTŐ

Dr. Fővényi József

## SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Dr. Fővényi József  
belgyógyász,  
diabetológus

Prof. Dr. Soltész Gyula  
gyermekgyógyász  
diabetológus

Holzmann Brigitta  
dietetikus

## TECHNIKAI HÁTTÉR

Simony József

A megjelent cikkek, anyagok csak a szerkesztőség hozzájárulásával sokszorosíthatók.

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

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

[www.diabforum.hu](http://www.diabforum.hu)

# ✓ CUKROSMADZAG

## A LEGÚJABB ÁTVERÉS. NE DŐLJÖN BE!

Az emberi találékonyságnak nincs határa, különösen, ha mások becsapásáról van szó. A beteg ember kívánó célpont: a gyógyulás reményében olyan ígéretek is hajlandó elhinni, amelyek a józan (betegségtől nem érintett) szemlélő számára irreálisak. A beteg embereknél, különösen a nehezen vagy nem gyógyítható betegségekkel küzdőknél sokszor az egyszerű, de jól hangzó hazugságok is beválnak. A „siker” pedig szinte garantált azoknak, akik kifinomult módszereket alkalmaznak a megtévesztésre.

Az utóbbi napokban egy ilyen kifinomult átverés szedi áldozatait. Olyan betegeket céloznak meg, akik a legmodernebb szerekkel sem gyógyíthatóak meg teljesen, ezért egész életükben kezelésre szorulnak - mit meg nem adna egy ilyen beteg, ha pár nap alatt elfelejthetné a betegségét! A történet tálalásához egy jól ismert és elismert oknyomozó újságíró „hívnak segítségül” – az ő neve és az általa képviselt műsor imázsa hitelesíti a történetet. A történet szereplője még egy jó nevű orvos és egy jó nevű rendelőintézet. Az átverés szervezői, haszonélvezői az emberi psziché jó ismerői: a történetben szóba kerül a gyógyszeripar összeesküvése, és némileg rájátszanak a magyar egészségügygel, a gyógyszerek finanszírozásával kapcsolatos elégedetlenségre is. Az indulatok és remények csúcsra járatása után az olvasó megkapja a lehetőséget, hogy jutányos áron megvásárolhassa a szert, amely végleges gyógyulást hoz, mellékhatásmentesen. Minden tökéletesen profi módon van megszervezve: a félrevezető infókat tartalmazó és a termékforgalmazást szolgáló honlap lenyomozhatatlan, még archiválni sem lehet tartalmát az ilyen célra használható weboldalakon.

Már a felvezetés is tökéletes. Sváby András személye és a Heti Napló című műsor eleve bizalmat kelt ahhoz,



ELEMZÉS

**Milliárdok a cukorbetegségből. A "Napló" oknyomozása felfedte az orvosok és gyógyszerészek összeesküvését Magyarország lakossága ellen.**

ami ez után következik: Az oknyomozó újságíró leleplezi a gyógyszerészek összeesküvését. Akik hajlamosak hinni az ilyen összeesküvés-elméletekben, azonnal igazolva látják magukat.

A szkeptikusabb olvasók számára azonban már innen bűzlik az egész történet. Azok egy része viszont, akik érintettek, együttérzéssel olvassák az újságíró (állítólagos) történetét, aki, miután kiderült róla, hogy cukorbeteg, nyomozásba kezdett azzal kapcsolatban, hogyan használják ki a lakosságot a „pénzéhes gyógyszerészek és orvosok”.

### A „riport” szerint

kiderült, hogy a fejlett országokban már régen feltaláltak egy készítményt erre a betegségre. A cukorbetegséget Európában 14-20 nap alatt kikezelik, szemmel látható a javulás.

**Ezt már tényleg csak az hiszi el, aki nagyon hinni szeretne. Ugyanis az 1-es típusú cukorbetegség sajnos nem gyógyítható a jelenleg elérhető módszerekkel és szerekkel.** Az elpusztult vagy rosszul működő hasnyálmirigysejtek működése nem állítható vissza teljesen, 1-es típusú cukorbetegség esetén inzulinpótlás (a cukoranyagcserében kulcsszerepet játszó hormon). A 2-es típusú cukorbetegségben pedig az inzulintermelésre vagy a cukoranyagcserére ható gyógyszerek segítenek egyensúlyban tartani a vércukorszintet (a legújabb kutatások szerint bizonyos feltételek mellett a 2-es típusú diabétesz visszafordítható állapot – a szerk-). Ezek a kezelések nem hoznak gyógyulást, azonban alkalmasak arra, hogy a vércukorszint nagyjából a normál tartományban maradjon. A cukorbetegséget okozó eltérések hosszú idő alatt sem korrigálhatóak, nemhogy 14-20 nap alatt...

Mi folyik itt tulajdonképpen?

– teszi fel a kérdést az újságíró.

Csak egyetlen szakember egyezett bele, hogy megválaszolja ezt a kérdést. Elismert orvos, professzor, az EndoCare Endokrinológiai Központ vezető specialistája – Dr. Major Judit.



- Dr. Major Judit, mi folyik itt?

Igazi népirtás és pénzrablás zajlik Magyarországon. Mint általában, tudatlan csürheként tekintenek ránk és

Csakúgy, mint Sváby András, Dr. Major Judit is létező személy, ráadásul az említett endokrinológiai központ is megtalálható az interneten. A felületes szemlélő számára az is hihető, amit a doktornő szájába adnak:

Igazi népirtás és pénzrablás zajlik Magyarországon. Mint általában, tudatlan csürheként tekintenek ránk és pénzt próbálnak keresni rajtunk. Már sokszor próbáltam felhívni erre a figyelmet, de senki se próbálja megoldani ezt az ügyet. Nézzé csak meg, milyen gyógyszerek kaphatóak a gyógyszertárakban cukorbetegségre. X, Y, Z és társai. Ezek mind előző generációs gyógyszerek. Ezek valójában nem gyógyítják a cukorbetegséget, csupán csak szabályozzák a vércukorszintet! Például Európában már 10 éve biztosan nem használják őket. Európában egy cukorbeteg csak elmegy a gyógyszertárba és megveszi a megfelelő olcsó készítményt, egy hétig szedi és már minimálisra csökkennek a tünetei. Nálunk ilyen gyógyszert patikában nem vesz – csak olyat, amelyet mindig újra és újra meg kell vennie – állandó pénzkidobás.

Nem kicsit ironikus, amikor az átverés szerzői a tudatlan csürhéről és a gátlástalan átverésről prédikálnak, még ha ilyen közvetett módon is (a doktornő szájába adva ezeket a szavakat)... Az egyértelműen nem igaz, hogy Európában (mi is ott vagyunk!) már 10 éve más gyógyszereket használnának, mint nálunk – **az egész kontinensen nagyjából ugyanúgy zajlik a cukorbetegség terápiája. Sajnos, sehol nem tudják gyógyítani, Svájcban ugyanúgy nem, mint nálunk.**

Tudom, ki áll emögött. Konkrét neveket nem mondok. De ez egy igazi gyógyszertármaffia. És mindez a legmagasabb körökben zajlik. Az egyszerű orvosoknak ehhez persze semmi közük, ők csak csavarok a hatalmas gépezetben. Ők azt írják fel, amit mondanak nekik. Az az igazság, hogy minden betegség kezelésére vannak ajánlott gyógyszerlisták. Az orvosok csak ezek közül választhatnak mit írnak fel. Önkényesen nem írhatnak fel mást, különben eltávolítják őket az orvosi gyakorlatból. És ki állítja össze ezeket a listákat? Pontosabban jobb úgy feltenni a kérdést – kinek a befolyása alatt és kinek az érdekében szerepelnek egyes gyógyszerek ezen a listán. Képzeld csak el, mennyivel növekszik a gyógyszer eladása, ha felkerül erre a listára. Természetesen ezeket a listákat a nagy gyógyszeripari vállalatok részvételével állítják össze, amelyek a

magyar népen élőkön. A legrosszabb, hogy ezek a cégek külföldiek, általában amerikaiak. Ez különösen igaz a cukorbetegség kezelésére. Mert egyszerűen nincs kiút és az ember folyamatosan szedi a gyógyszereket, aztán egyszerűen feladja.

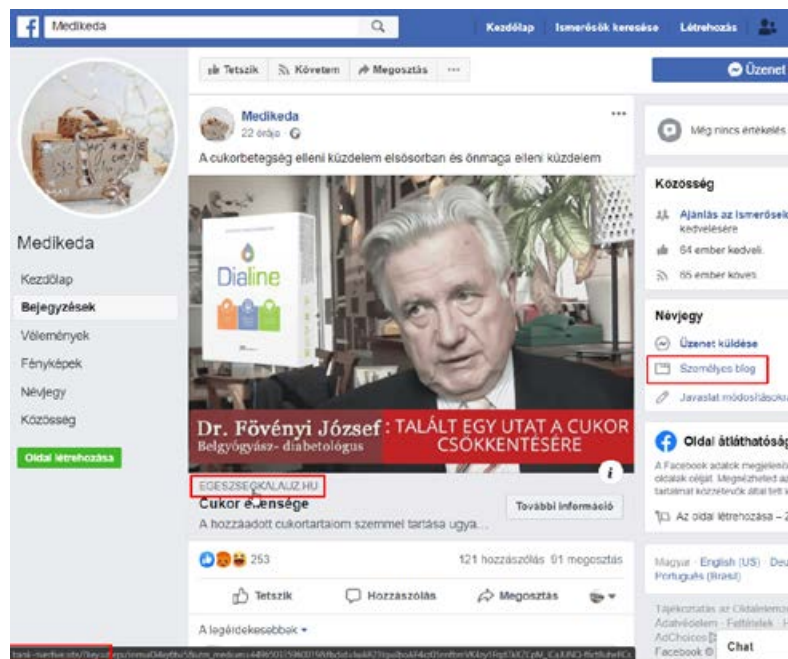
Ezt megint a doktornő mondja – állítólag. Egy egyszerű kérdés: miért van az, hogy ezek a „gonosz gyógyszer-cégek” vagy az ún. gyógyszertármaffia csak a magyar lakosságnak nem teszik hozzáférhetővé a valódi gyógyulást hozó szereket? Hát sajnos azért, mert mint említettem, ilyenek sajnos nincsenek, csak az átverésnek megágyazó koholmányban.

Azonban legalább 10 éve a cukorbetegség nem tekinthető gyógyíthatatlan betegséggel. Könnyen, egyszerűen, biztonságosan kezelhető. Tavaly ősszel én és körülbelül még 30 endokrinológus kollektív levelet írtunk az Egészségügyi Minisztériumnak. Ez az utolsó hely, ahova fordulhatunk országunkban, de választ még mindig nem kaptunk... Elképzelni se tudom miért hallgatnak.

Nekem van egy tippem, hogy miért nem kaptak választ az orvosok (mármint azon túl, hogy az egész sztori, így a levélírás is hazugság): hát azért, mert nemcsak ők, hanem az Egészségügyi Minisztérium sem létezik (már 2002 óta).

## És végül következnek a katarzis:

kiderül, hogy a doktornő és kollégái ÁLLÍTÓLAG kifejlesztettek egy szert, amit már embereken is kipróbáltak, és a



**Lapzártakor érkezett a hír, hogy Főszerkesztőnk, Dr. Fővényi József nevével és fotójával is visszaéltek, az „Egészségkalauz.hu”, egy ismert egészségügyi portál nevével ajánlják a „Dialine nevű csodaszert”.**

vizsgált betegek 93%-ánál visszaállította a normál anyagcserét és 100%-ban mellékhatásmentes. „Természetesen” patikában nem lehet kapni, hiszen a gyógyszermaffiának ez nem érdeke... Érdekes, hogy megemlítik, hogy „az Egészségügyi Minisztérium támogatja a termék gyártását és társadalmi programot szervezett”, jóllehet pár sorral följebb ég arról volt szó, hogy a nem létező minisztérium tudomást sem vett az orvosok leveléről

Az oldal alján megtalálható az a link, ahonnan megrendelhető a termék, természetesen féláron, potom 10 000 forintért. Ott közlik az összetételét is (vázlatosan), de ez túl sok szót nem érdemel: a feltüntetett növényi összetevők bizonyosan nem gyógyítják meg a cukorbetegséget. De mindegy is, a stratégia feltehetőleg az, hogy sok embernek eladjanak rövid idő alatt egy-egy dobozt. Mire a vásárlók rájönnek, hogy az ablakon dobták ki a pénzüket, a weboldalaknak és a terméknek se híre, se hamva...

**Merthogy, ha valakinek az eddigiek alapján nem lenne világos,**

**az egész egy hatalmas átverés!**

Nem Sváby András készítette a riportot, az ő nevével, fotójával, műsora nevével és logójával csak visszaéltek. Nem dr. Major Judit nyilatkozik (bár ő is létező személy), és az egésznek semmi köze az EndoCare Endokrinológiai Központhoz (a Központ nevét is csak a csalás hitelesebbé tételéhez használták). **Mindkét érintettel, Sváby András-**

**sal és dr. Major Judittal beszéltem, mindketten megerősítették, hogy visszaéltek a nevükkel, semmi közük nincs a propagált termékhez.** Érdekesség, hogy dr. Major Juditnak csak a nevével éltek vissza: a nála feltüntetett fotón nem ő szerepel, hanem egy stockfotógyűjtemény egyik darabját használták fel (amely fotó egyébként számos internetes oldalon, cikkben megtalálható illusztrációként). Az egész „riport” szemerszedett hazugság, amit pusztán azért konstruáltak meg, hogy egy feltehetőleg semmire (de cukorbetegség gyógyítására biztosan) nem jó szert eladjanak. Ami egyébként nem gyógyszer, nem is étrendkiegészítő, hanem engedély, bejelentés nélkül forgalmazott illegális termék. Az elkövetők több ponton is törvényt sértettek, de mint oly sok hasonló esetben valószínűleg ők is röhögnek a markukba, amíg a hatóságok lefolytatják és feltehetőleg eredmény nélkül lezárják vizsgálataikat.

**Mi ebből a tanulság?**

**Semmi új: nem mind arany, ami fénylik. Irreális ígéretek esetén érdemes elővenni a józan észet, s még jobb, ha egy szakemberrel is konzultálunk. Soha nem szabad olyan oldalról rendelni, amelynek üzemeltetője nem azonosítható, s az, hogy ismert ember nevét is felhasználják a promócióban (mint láthattuk, illegálisan), az ma már inkább gyanúra adhat okot, nem pedig bizalomra...**

Forrás: [kodpiskalo.blog.hu](http://kodpiskalo.blog.hu) – 2019.12.09.

## CUKORBETEGEKET TÉVESZTENEK MEG A SEMMELWEIS EGYETEM PROFESSZORÁNAK NEVÉVEL

**Szinte hetente ugrik be laptopomon egy-két hirdetés, mely valamely elváltozásra „csodás” gyógyulást ígér. Ilyenkor mindig egy professzorra hivatkoznak, aki felfedezi és ajánlja is a szert, általában 50%-os engedménnyel, amennyiben 24 órán belül beérkezik a megrendelés.**

Ha az ember rákeres a „professzor”, vagy „tudós” nevére, ill. munkahelyére, soha nem talál semmit. Legutóbb azonban egy, a cukorbetegséget „legyőző” szer reklámkampányában éltek vissza **dr. Palkovits Miklós** Széchenyi-díjas orvosprofesszor, akadémikus, a Semmelweis Egyetem professor emeritusa nevével és a róla készült, az egyetem tulajdonában lévő fotóval, [közli az egyetem](#).

Az online felületen elérhető cikk azt a látszatot kelti, mintha a témában interjút készítettek volna dr. Palkovits Miklóssal, ez azonban nem igaz. (Amikor

ezt olvastam, a hirdetést egyenesen karaktergyilkoságnak neveztem). A cikk egy nem létező szervezet, a Budapesti Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság vezetőjeként hivatkozik a professzorra, és azt sugallja, mintha megvásárlásra ajánlaná a terméket.

Dr. Palkovits Miklós megteszi a szükséges lépéseket, a Semmelweis Egyetem pedig azt tanácsolja, hogy gyógyhatású készítményeket kizárólag Magyarországon engedélyezett helyről, legális forrásból szerezzenek be a fogyasztók.

**A biztonságos gyógyszervásárláshoz segítséget nyújt az [OGYÉI \(Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet\) honlapján](#) olvasható összefoglaló.**

(Forrás: [semmelweis.hu](http://semmelweis.hu), 2019. október 9.)

# ✓ A LEGNÉPSZERŰBB EGÉSZSÉGÜGYI CIKKEK HARMADA KAMU

A tavaly legtöbbször megosztott, legtöbbet kommentelt és lájkolt, egészségügyi témájú írások jelentős része súlyosan félrevezető információt tartalmazott, és potenciálisan veszélybe sodorta azon naiv olvasók egészségét, akik elhitték őket.

A bizonyítékokon alapuló orvoslással foglalkozó Health Feedback által felkért szakértők értékelték azokat a 2018-ban megjelent, egészséggel foglalkozó cikkeket, amelyek a legjobban pörögtek a globális közösségi médiában. A cikkeket a legkülönbélebb egészséggel kapcsolatos kifejezésekre (például oltás, betegség,

gyógymód) való kereséssel találták meg. Az elemzésből kizárták azokat a cikkeket, amelyek egészségpolitikával foglalkoztak, vagy explicite véleménycikkek voltak, és nem tudományos tényekként közölték a bennük foglalt információkat.

Az általános eredmények szerint a tíz legnépszerűbb cikk megosztóinak harmada (2,1 millió ember) megbízhatatlan cikket terjesztett, míg csak negyedük (1,7 millióan) osztottak meg megbízható információt.

A top 100-ban a legnépszerűbb téma természetesen a különféle betegségek gyógyítása, a második a táplálkozás, míg a harmadik, 17 cikkel az oltások. Utóbbiak közül 12

kapott megbízható minősítést, és a többségük olyan, oltásokkal egyébként primán megelőzhető fertőzések okozta járványok kirobbanásáról szólt, amelyek nem léteznének, ha az oltásellenesség nem terjedne gyorsabban, mint a járvány. Az öt kamu vakcina témájú cikk mindegyike az oltásellenesek narratíváját támogatta.

*(Betegeim szinte naponta kérdezik meg valamelyik interneten fellet cikk valóságtartamát, melyekre szinte mindig azonnali választ tudok adni. De mi van azokkal, akik nem kíváncsiak a szakember véleményére? – a referáló megjegyzése).*

*(Forrás: Dr.Portal, 2019. szeptember 25.)*

## ✓ ONE TOUCH CSEREPROGRAM IDŐTARTAMA: 2019.11.01 – 2020.10.31.

Ézúton tájékoztatjuk, hogy 2020. februártól megszűnik a OneTouch® vércukorszintmérő és tesztcsik társadalombiztosítási támogatása és forgalmazása Magyarországon.

A Medcordis Kereskedelmi Kft., mint a LifeScan, OneTouch® vércukormérők magyarországi disztribúciós partnere és a 77 Elektronika Kft. évek óta elkötelezettek a magyar diabeteszes emberek magasszínvonalú, megbízható ellátásában!

Azért, hogy a jelenleg OneTouch® vércukormérőt használók folyamatos, magas minőségű ellátása biztosítva legyen a jövőben is, a 2 cég közös csereakciót kezdeményez.

Ennek értelmében minden OneTouch® vércukormérővel rendelkező beteg részére a 77 Elektronika Kft. TÉRÍTÉSMENTES CSEREKÉNT a legújabb fejlesztésű, világszínvonalú DCONT® ETALON vércukormérő készüléket biztosít.



### Feltétel:

Hozza magával OneTouch® vércukormérőjét<sup>1</sup>

### Helyszínek:

**77 Elektronika Kft. Szaküzlete**

1116 Budapest, Fehérvári út 98.

Nyitva tartás: H–Cs.: 7.30–16.30; P.: 7.30–14.00

### Gyógyszertárak

<sup>1</sup>A csereprogramban a OneTouch® Select Plus és OneTouch® Select Plus Flex vércukormérő készülékeket cseréljük.

A OneTouch® Select Plus, a OneTouch® Select Plus Flex és a Dcont® ETALON vércukormérő készülékek gyógyászati segédeszközök.

# A SPRINGMED KIADÓ ÚJDONSÁGAI!

**20%**  
kedvezmény!

Dr. Bittner Nóra  
Gyurcsáné Kondrát Ilona (szerk.)  
**Életmód- és  
táplálkozási tanácsok  
ragasztos betegségek  
megelőzésére  
és kezelésére**

3 980 Ft  
helyett:  
**3 180 Ft**

Dr. Fövényi  
Gyurcsáné Konrad  
**Cukorbetegek  
nagy  
diétáskönyve**



SPRING MED DIÉTA

3 480 Ft  
helyett:  
**2 780 Ft**

Dr. Barna István  
Veresné dr. Bálint Márta  
**Vesebetegek  
diétáskönyve**  
az orvos és a dietetikus  
tanácsaival



SPRING MED DIÉTÁSKÖNYVEK

3 980 Ft  
helyett:  
**3 180 Ft**

Megrendelését leadhatja: [info@springmed.hu](mailto:info@springmed.hu),  
és 06 20 511 6269 Végh Rita terjesztési vezetőnél,  
vagy személyesen megvásárolhatja:  
1117. Bp. Fehérvári út 12. (Rendelőintézet földszintjén)

**SPRINGMED** KIADÓ

**SpringMed Könyvsarok:**

1117 Budapest, Fehérvári út 12.

(a rendelőintézet földszintjén)

Könyvrendelés telefonon: (+36 20) 511-6269

E-mail: [info@springmed.hu](mailto:info@springmed.hu)

**Webáruház: [www.springmed.hu](http://www.springmed.hu)**





# MAGYARORSZÁGON FORGALMAZOTT VÉRCUKORCSÖKKENTŐ TABLETTÁK ÉS INJEKCIÓS KÉSZÍTMÉNYEK (2019. DECEMBER)

## Jelenleg rendelkezésre álló korábbi tablettás vércukorcsökkentők

### Szulfanilureák:

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

### Prandiális glukóz regulátorok:

- Repaglinid: Novonorm
- Nateglinid: Starlix

*Acarbose:* Glucobay, Acarbose

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

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

*Hosszú hatástartamú degludek inzulin +  
liraglutid keveréke:*

Xultophy, napi egyszeri alkalmazásra

*Glargin inzulin + lixisenatid keveréke:* Suliqua  
10-40, Suliqua 30:60

*Semaglutid:* Ozempic 0,25, 0,5 és 1 mg-ot tar-  
talmazó előretöltött tollban

## 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

## 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 gyors hatású analóg inzulinok étkezés előtt 0–10 perccel adagolva*

- Humalog, NovoRapid, Apidra. Patron, előretöltött toll
- Liprolog előretöltött tollban: 200 E/ml töménységű liszpro inzulin

*Közepes hatástartamú NPH inzulinok*

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

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

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

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

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

*Hosszú hatástartamú analóg inzulinok*

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

# ÚJ INTÉZKEDÉSEK

## A DIABÉTESZES GYERMEKEKET NEVELŐ CSALÁDOK RÉSZÉRE

**Novák Katalin** a diabétesz világnapján tartott sajtótájékoztatón közölte, az intézkedések között szerepel, hogy az 1-es típusú diabéteszrel élő gyerekek szülei is indokolt esetben jogosultak lesznek a gyermekek otthongondozási díjára (GYOD). Kitért arra, hogy az 1-es típusú diabétesz egy veleszületett anyagcserezavar, amely nem gyógyítható és állandó kontrollt igényel. Magyarországon körülbelül a 730 ezer diabéteszes közül 4-5 százaléka 1-es típusú diabéteszes, közülük 3500–4000 gyermek.

Az államtitkár elmondta, a kormány megteremti annak lehetőségét, hogy az 1-es típusú diabétesz esetében a gyerekeknél a szöveti cukor mérésére alkalmas szenzort befogadja a társadalombiztosítás (tb), amit eddig egyedi méltányosság alapján lehetett igényelni. Ez az intézkedés január 1-től lép életbe. Novák Katalin beszámolt továbbá arról, hogy az inzulinpumpa és kiegészítői egységesen 98 százalékos tb-támogatással lesznek elérhetőek, és szintén támogatni fogja a tb a ketoacidózis mérőkészüléket és tesztcsíkokat.

Szeretnék megvalósítani, hogy minden köznevelési oktatási intézményben lehetőség legyen a szülő segítségével nélkül is ellátni az 1-es típusú diabéteszes gyereket, és tervezik megteremteni annak feltételeit, hogy egy 1-es típusú diabéteszes gyerek is részt vehessen a közétkeztetésben diétájuk megtartása mellett.

Ezen kívül 500 millió forintos pályázati kerettel fejleszteni fogják a gyerekek diabétesz centrumokat, és évente 100 millió forintos pályázatot írnak ki diabéteszesekkel foglalkozó civil szervezeteknek, valamint megteremtik annak lehetőségét, hogy az ideihez hasonlóan diabéteszes gyerekek is nyaralhassanak az Erzsébet-táborokban – ismertette az államtitkár. Novák



Katalin kiemelte, az intézkedésekkel a kormány azt szeretné, ha ezeknek a családoknak a jövőben könnyebb legyen az életük.

**Horváth Ildikó** egészségügyért felelős államtitkár arról beszélt, hogy Magyarországon 730 ezren cukorbeteg, azonban 500 ezerre teszik azok számát, akik még nincsenek tisztában betegségükkel. Hangsúlyozta, fontos a betegség megelőzése és korai felismerése, hiszen a kezeletlen cukorbetegségnek számos súlyos szövődménye, így vakság, keringési problémák, lábamputáció lehet. Kiemelte, szintén elengedhetetlen, hogy aki beteg, az megfelelő orvosi kontroll alatt álljon, rendszeresen szedje gyógyszereit, mozogjon és odafigyeljen étkezésére.

**Ledia Lazari**, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) magyarországi irodavezetője hozzátette: a családoknak nagyon fontos szerepe van mind a megelőzésben és a kezelés megtartásában, és valódi segítséget kell adni a családoknak ahhoz, hogy ezzel a betegséggel együtt tudjanak élni. A WHO európai régiójában a lakosság

10 százaléka számít cukorbetegnek, és a betegség fontos rizikófaktor más egészségügyi állapotok kialakulásában, ami jelentős terhet ró mind a társadalomra, mind a gazdaságra. Komplex intézkedéseket kell hozni a megelőzésben, a társadalmi kommunikációban, az iskolai ismeretterjesztésben, a mozgás és az egészséges étkezés népszerűsítésében – mondta.

**Andréka Péter**, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet főigazgatója elmondta, a 2-es típusú cukorbetegség egy jelentős kockázati tényezője a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek, amely az esetek többségében a túlsúly, a kevés mozgás, a helytelen étrend következménye. Elengedhetetlen a vércukorszint rendszeres mérése és a lábban futó erek vizsgálata főleg azoknál, akik a rizikócsoportba tartoznak. Mint fogalmazott, Magyarországon 2,5-szer több lábat vágnak le, mint az unió többi országában, a nem kontrollált, kezeletlen 2-es típusú cukorbetegség ezért „egy rendkívül gyilkos kór”.

MTI

Fotó: MTI/Balogh Zoltán

# ✓ AZ IDB – IFJÚSÁGI DIABÉTESZ BLOG –

## REAGÁLÁSA A NOVEMBER 14-ÉN BEJELENTETT INTÉZKEDÉSEKRE

A mai napon az államtitkár asszony bejelentett számos javaslatot, ami végre az 1-es típusú cukorbetegeket, jelen esetben a gyerekeket segíti. Üdvözljük ezt a lépést, nagyon sok kisgyermekes családnak jelent könnyebbé, életminőség javulást ez a lehetőség. A többi javaslat szintén segítséget nyújt a cukorbeteg közösségnek.

Sajnálatos, hogy a felnőtt 1-es típusú cukorbetegek teljesen kimaradtak ebből a javaslatból, amiért az IDB nevében végig kiálltunk. Most az a hibás rendszer lesz, hogy hozzászoktatnak gyerekeket a szenzorhoz, utána pedig 18 éves koruk felett ezt elveszik, és ki-ki anyagi helyzete szerint diszkrimálódik. Átgondolatlan sajnós!

A továbbiakban biztosítani kell a szenzortámogatást az 1-es típusú cukorbetegeknek 18 éves kor felett

is! Szűnjön meg ebben az esetben a megalázó egyedi méltányossági kérelem, és kerüljön át orvosi hatáskörbe!

Lesz, aki megengedheti magának a szenzort, és lesz, aki nem.

Lesz, akinek nem fog problémát okozni a folyamatos szenzorhasználatról visszaállni a hagyományos vércukorméréshez, és lesz, akinek nagyon nagy problémát fog okozni!

Egy biztos, hogy sajnós a cukorbetegségünk nem gyógyul meg, és jogosan szeretnénk modern kezelési lehetőségekhez jutni!

Köszönetet szeretnénk mondani mindenkinek, aki a szenzortámogatással kapcsolatos bejegyzéseinket megosztotta, kommentelte, likeolta, és támogat minket ezzel a jövőben is!

Nagyon büszkék vagyunk rá, hogy a cukorbeteg közösség a tavalyi év óta megmozdult, és a közösségi média erejét kihasználva a sarkára állt. A



### Ifjúsági Diabétesz Blog

mai bejelentést minden bizonnyal ez is elősegítette. Bebizonyosodott az is, hogy Magyarországon az 1-es típusú felnőtt cukorbetegek képviselőjét az IDB látja el, és ehhez mi a jövőben is hűek leszünk!

Számíthatok rá, ahogy eddig is, innentől kezdve is azért fogunk kiállni, hogy az 1-es típusú cukorbeteg is minél jobb kezelési lehetőségekhez jussanak hozzá, hiszen ez elengedhetetlen a hosszú, szövődménymentes életünkhöz!

*Király Krisztián és Dr. Végh Dániel  
IDB Hungary*

# ✓ „SZENT KRISTÓF A GYERMEKEKÉRT”-DÍJ

## DR. BLATNICZKY LÁSZLÓ GYERMEK-DIABETOLÓGUS FŐORVOSNAK



A díjat olyan személyiségek kapják, akik szakmai és emberi szempontból is kiemelkedő munkát végeznek a gyermekek és a hátrányos helyzetű fiatalok nevelésében, a gyermekvédelem, a gyermek- és ifjúságügy területén.

**Novák Katalin**, az EMMI család- és ifjúságügyért felelős államtitkára a 2019. november 29-i budapesti díjátadón arról beszélt, az elismeréssel olyan embereknek mondanak köszönetet, akik nem azért szolgálnak, mert ezért elismerést várnak, hanem segítő tevékenységükkel nem kérkedve csendben teszik a dolgukat és még „annál is többet”.

**Blatniczky László** méltatója egy fiatal betege volt, aki – mint elmondta –, 12 évesen ismerte meg a főorvost, miután 11 évesen diabéteszt diagnosztizáltak nála. Kárpátalján, ahol akkor lakott, nem kapott megfelelő ellátást, ő maga kereste meg későbbi kezelőorvosát. Neki köszönheti, hogy ma már tudja, ugyanolyan ember, mint bárki más, biztonságot és magabiztosságot kapott tőle.

Blatniczky László, a Budapesti Új Szent János Kórház és Szakrendelő főorvosa, a magyar gyermekdiabetológia meghatározó személyisége, a Magyar Diabetes Társaság (MDT) és a Magyar Gyermekorvosok Társasága (MGyT) közös Gyermekdiabetes Szekciójának vezetőségi tagja, 2008 és 2017 között az utóbbi szervezet elnöke.



**Gratulálunk a kitüntetéshez!**

# BESZÁMOLÓ AZ MGYT ÉS MDT KÖZÖS GYERMEKDIABETES SZEKCIÓJÁNAK XXXV. KONGRESSZUSÁRÓL

## GYŐR, 2019. OKTÓBER 10–12.

**Idén az MGYT és MDT közös Gyermekegészségügy Szekciójának éves kongresszusát Niederland Tamás főorvos és csapata Győrben, 2019. október 10–12 között rendezte meg.**

Az előző évek fergetegesen sikerült kongresszusai után kíváncsian vártuk, hogy a Nyugat hogyan állja meg a helyét a Kelet, azaz a 2018. évi Nyíregyházi kongresszus után. Elmondhatjuk, kitűnően! A tavalyi kongresszus szeptemberi megrendezése miatt nem kellett aggódnunk az időjárás miatt, az azonban külön örömmünkre szolgált, hogy a rendezők az idei, októberi kongresszusra is megrendelték a jó időt, és a feszes program mellett az esti órákban élvezhettük az indián nyár simogató melegét.

Az idei kongresszuson – a hagyományoknak megfelelően – a magyar gyermekdiabetológiai ellátás szereplőinek derékhada vett részt, 171 regisztrált résztvevővel. A meghívott előadó Jermendy György professzor volt, aki „Klasszikus ikervizsgálatok tapasztalatai” címmel tartott előadást. A tudományos programot 22 bejelentett előadás, 4 cégszimpózium (77 Elektronika Kft., Medtronic Hungária Kft, Novo Nordisk Hungária Kft. és Roche Magyarország Kft.), valamint az „új hagyományainak” megfelelően 2018-ban bevezetett civil fórum fémjelzte. Nagy örömmünkre szolgál, hogy a civilek egyre nagyobb lendülettel és lelkesedéssel vesznek részt a különböző gyermekdiabetológiai rendezvényeken, segítve munkánkat a táborozásban és a jobb minőségű ellátásért vívott harcunkban.

A tudományos előadások felölelték a gyermek-diabetológia legégetőbb kérdéseit a gondozás mindennapi gyakorlatától a diabétesz akut és krónikus szövődményeikig, az epidemiológiai tárgyú előadásoktól a ritka diabétesz kórformákig. Jó érzés volt látni, hogy a kollégáknak a mindennapos betegellátás nehézségei ellenére jut idejük és energiájuk a tudományos munkára is.

A kongresszuson mutatták be a szerkesztők (Barkai László és Madácsy László professzorok) a SpringMed Kiadó Orvosi szakkönyvek sorozatában megjelent „A gyermekdiabetológia kézikönyve” című kiadványt. A

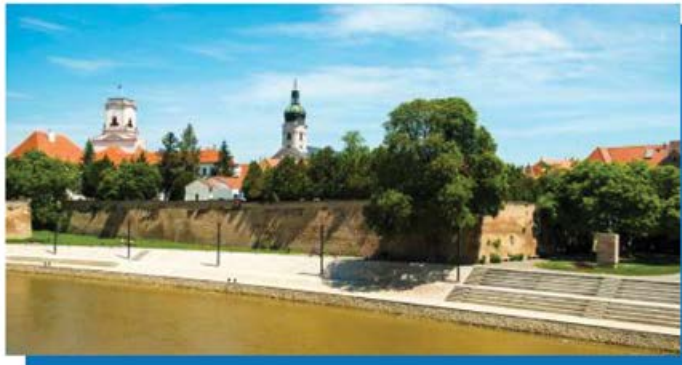


### A Magyar Gyermekegészségügy Társasága és a Magyar Diabétesz Társaság közös Gyermekegészségügy szekciójának XXXV. Országos Kongresszusa

## PROGRAMFÜZET

Győr, 2019. október 10-12.

9027 Győr, Aradi vértanúk útja 16. · Richter János Hangversenyterem



könyv megírásában a gyermekdiabetológia számos képviselője részt vett, a bemutatót nagy érdeklődés kísérte. A gazdag tudományos program mellett esténként a színvonalas szociális programokat élvezhettük. Az első estén a nézőközönség meghiúsítottan élvezte a Győri Balett Bolero előadását Ravel zenéjével.

A Szekció 2019. évi bankettje az előadás után a színház előcsarnokában került megrendezésre, ahol a hangulat a tetőfokra hágott – a résztvevők színe java táncra perdült. Nagy érdeklődés kísérte az Audi gyár-látogatást, ahol a kongresszus résztvevői megismerhették az egyik „sztár autó” készítésének minden mozzanatát. Az ízletes gálava-

csorát a Rába Hotelben kellemes zenei aláfestés mellett élvezhettük.

A jól sikerült kongresszus a lelkes szervező gárda mellett nem jöhetett volna létre a szponzorok (a kiemelt támogató: 77 Elektronika Kft, a fő támogatók: Medtronic Hungária Kft, Novo-Nordisk Hungária Kft, Roche Magyarország Kft. és a támogatók: Medcordis Kereskedelmi Kft., Sanofi Aventis Zrt., Di-Care Zrt., Győr Város Polgármestere Polgármesteri Hivatal – Győr, Rioli Decor Kft. – Győr) nagyvonalú támogatása nélkül, amelyért ezúton is őszinte köszönetet mondunk. Jövőre találkozunk Gyulán!

*Dr. Körner Anna*  
a Magyar Gyermekorvosok Társasága és  
a Magyar Diabétes Társaság  
közös Gyermekdiabétesz Szekciójának elnöke



## AZ IDF DIABÉTESZ VILÁGATLASZA – 2019

**A Nemzetközi Diabétesz Szövetség (International Diabetes Federation, IDF) kétévenként jelenteti meg világatlaszát. Az idei, kilencedik kiadás bemutatását a diabétesz világnapon (november 14.) tartották.**

A nyomtatott és [elektronikus formában is elérhető](#) vaskos kötet az elmúlt évek szakmai publikációi alapján színes térképek és részletes táblázatok formájában mutatja be a különböző diabétesz formák gyakoriságát földünk egyes régióiban és országaiban.

Ezen írás szerzője tagja volt annak a nemzetközi munkacsoportnak, amely a világatlasz gyermekkori 1-es típusú diabéteszrel foglalkozó részét készítette. Az alábbiakban ennek rövid kivonatát ismertetjük, különös tekintettel a magyarországi adatokra, amelyek a Diabetologia Hungarica szaklap következő számában olvashatók majd.

Gyermek- és serdülőkorban a diabétesz az egyik leggyakoribb krónikus állapot. A Nemzetközi Diabétesz Szövetség adatai alapján globálisan évente mintegy 100.000 (<15 év) illetve 130.000 (<20 év) új diabéteszes gyermek kerül felismerésre és a 20 év alatti diabéteszes gyermekek és fiatalok száma mintegy 1.1 millióra becsülhető.

Előfordulásában az egyes földrajzi régiók és országok között igen nagyok a különbségek, amelyek még Európán belül is mintegy húszszorosak. Az incidencia alapján (új eset/100.000 gyermek/év) az IDF az egyes országokat az alábbi kategóriákba sorolta: Igen alacsony (<5), alacsony (5–9.9),

közepes (10–19.9), magas (20–29.9) és igen magas (>30) incidenciájú országok. Az incidencia Finnországban, Kuwaitban és Svédországban a legmagasabb (60 és 40 között), őket Norvégia és Szaúd-Arábia követi. Hazánk a legutóbbi időszak (2014–2018) incidenciája (21.5) alapján a magas incidenciájú országok közé tartozik. Ez más szavakkal annyit jelent, hogy hazánkban évente mintegy 300 új diabéteszes gyermek kerül felismerésre.

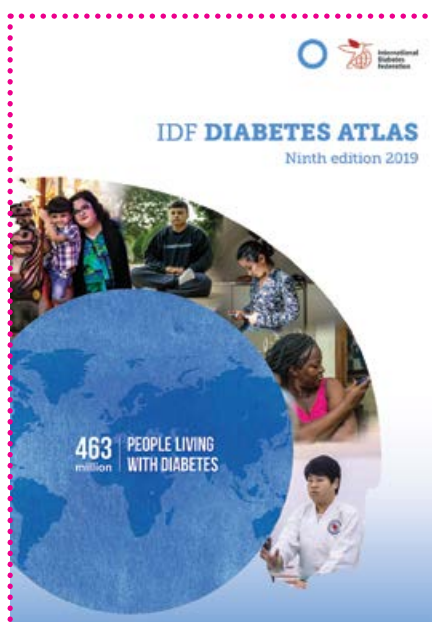
Az új esetek megjelenése határozott szezonaritást mutat, a téli hónapokban jóval több gyermek kerül diagnosztizálásra.

Szemben a legtöbb autoimmun endokrin betegséggel, a diabéteszes fiúk és leányok száma közel azonos, minimális fiú túlsúllyal (fiú 53.3%, leány 46.7%).

Az elmúlt évtizedekben az incidencia a legtöbb országban, így hazánkban is jelentősen emelkedett. Az elmúlt 30 év alatt az incidencia 9.0/100.000/évről 21.5/100.000/évre emelkedett. Ez mintegy 4%-os évenkénti növekedésnek felel meg. Az incidencia növekedés üteme azonban nem volt egyenletes, a leggyorsabb (9.8%) 2004 és 2008 között volt, az elmúlt két ötéves periódusban a növekedés éves üteme már jelentősen mérséklődött (1.8% és 1.6%).

Az incidencia növekedés ütemének mérséklődése öröndetes fejlemény, de fontos hangsúlyozni, hogy annak jelenlegi szintje – nemzetközi összehasonlításban is – igen magas, és a gyermekek ellátása jelentős terhelést jelent a sok érintett családnak valamint az egészségügyi rendszernek.

*Prof. Dr. Soltész Gyula*



# A GYERMEKEK INZULINIGÉNYE

## A „HIBRID” PUMPÁVAL VÉGZETT VIZSGÁLATOK ELSŐ TAPASZTALATAI

A gyermekkori 1-es típusú diabétesz kezelése akkor mondható optimálisnak, ha az a lehető legjobb életminőség biztosítása mellett minimálisra csökkenti a késői szövődmények valószínűségét.

A késői komplikációk rizikója szoros összefüggésben van az anyagcsere-helyzet minőségével és a diabétesz fennállásának idejével. Jelen lehetőségeink szerint az optimális anyagcsere-helyzet (vércukorszint) jól edukált és motivált helyzetben leginkább intenzív inzulinkezeléssel, naponta többször (általában inzulin töltőtollal) adott inzulinnal vagy inzulinpumpa alkalmazásával érhető el. A pumpakezelés jelenlegi legfejlettebb formája az úgynevezett mesterséges hasnyálmirigy (MH), pontosabban mesterséges béta-sejt. MH kezelés esetén a folyamatosan viselt érzékelő glükóz mérési értékeit (kábel nélküli kapcsolat segítségével) a pumpa algoritmusa elemzi, és ennek megfelelően változtatja a bázis inzulin ütemét. Az étkezés előtti inzulin bólus adagja azonban ebben a kezelési módban még nem automatikus, hanem azt az étel szénhidrát tartalmának (optimális esetben zsír- és fehérje is) ismeretében a diabéteszesek maguk számolják ki (például bólus kalkulátor segítségével) és adják be. Ezt a rendszert ezért hibrid mesterséges hasnyálmirigynek, hibrid pumpának is hívják.

Korábbi számainkban (2016/5 és 2017/1) már beszámoltunk az ezzel kapcsolatos első, gyermekekben végzett vizsgálatokról. Most a Diabetes Care szakfolyóirat [2019 júliusi](#)

### Hogyan változott a pumpát és glükózérzékelőt viselők aránya 1995 és 2017 között Ausztriában és Németországban?

Oszták és német diabetológusok (Louisa van den Boom és munkatársai: [Diabetes Care 2019 Nov; 42\(11\): 2050-2056.](#)) a két ország adatbázisainak felhasználásával részletes kimutatást készítettek arról, hogy az elmúlt több mint két évtizedes időszakban hogyan változott a pumpát és érzékelőt viselők aránya. Közel 100.000, átlagosan 17.9 éves diabéteszes adatait dolgozták fel. Az inzulinpumpát használók száma 1%-ról 53%-ra emelkedett. A pumpaviselők aránya az egyes életkori csoportokban igen nagymértékben különbözött. A bölcsődés- és óvodáskorú gyermekek 92%-a volt pumpa-kezelt. Ez az arány gyermekekben 74%, a 15 évesnél fiatalabb kamaszokban 56%, a 15 évesnél idősebb kamaszokban 46%, és felnőttekben 37% volt.

Az érzékelőt viselők aránya a 2006. évi 3%-ról 2017-ben 38%-ra nőtt. A pumpa-használókhoz hasonlóan az arány itt is a fiatalabb korcsoportokban volt magasabb.

[számában megjelent közleményt](#) ismertetjük (Dovc K és mtsai Diabetes Care 2019 Jul; 42(7): 1344-1347)

Három hetes hibrid pumpakezelés eredményeit elemezték osztrák, német, luxemburgi, angol és amerikai központokban. A gyermekeknél és felnőtteknél végzett vizsgálat célja az volt, hogy összehasonlítsák az egyes életkori csoportokban (1–6 év, 7–12 év, 13–17 év és 18–65 év) a pumpa által automatikusan kiszámolt bázis inzulin igényt, illetve annak nappali és éjjeli változatosságát. A 114 résztvevő több mint 2300 éjszakai és nappali bázis inzulinigényét elemezték. Az inzulinigény a felnőttekkel és a kamaszokkal összehasonlítva a legfiatalabb korcsoportban (1–6 év) mutatta a legnagyobb ingadozást. Kisgyermekekben az inzulinigény változatossága éjjel 10.7%-al, nappal pedig 6.4%-al haladta meg a felnőttekét és kamaszokéért. Ennek hátterében valószínűleg a kisgyermekek kiszámíthatatlan mozgástevékenysége és nehezebben megvalósítható étkezési fegyelme áll. Mindez jól érzékelteti a jelenleg általánosan használt pumpakezelés (nem érzékelő vezényelte bázisadagolás) korlátait ebben a korcsoportban.

A vizsgálat alapján tehát úgy tűnik, hogy a hibrid pumpakezelés elsősorban a legfiatalabb gyermekeknél javíthatja az anyagcsere-helyzetet, gyorsan alkalmazkodva a kisgyermekek változatos inzulinigényéhez.

Fontos megjegyezni, hogy a mindössze három hetes időtartamú vizsgálatot további, hosszabb megfigyeléseknek kell majd megerősítenie.

A közlemény nem tartalmaz adatokat arról, hogyan változott az átlagos HbA1c szint a vizsgált periódusban, de azt megtudjuk, hogy a rossz anyagcsere-helyzetben lévők (akiknél a HbA1c érték meghaladta a 9%-ot) aránya 27.6%-ról 16.6%-ra csökkent, és a súlyos hipoglikémiák gyakorisága is mérséklődött (13.3%-ról 6.0%-ra) (pumpa és pen kezeltek együttesen). Végül fontos megemlíteni, hogy a rossz anyagcsere-helyzetben lévők a pen-kezeltek 20.1%-át, a pumpa-kezeltek 13.6%-át tették ki.

Az igen nagyszámú diabéteszes adatait feldolgozó vizsgálat egyértelműen bemutatta, hogy a világ leggazdagabb országai közé tartozó Ausztriában és Németországban a pumpa-kezelés mára a gyermekkori diabétesz standard terápiájává vált és az érzékelőt viselők aránya is dinamikusan növekszik. Fontos azonban azt is hangsúlyozni, hogy minden hetedik pumpa-kezelt gyermek HbA1c szintje 9% fölött volt, ami más szavakkal azt jelenti, hogy a pumpa kezelés jelenlegi formájában még nem minden gyermeknek biztosítja az optimális anyagcsere helyzetet.

Prof. Dr. Soltész Gyula



# changing diabetes®

Novo Nordisk Hungária Kft.  
 1025 Budapest, Felső Zöldmáli út 35.  
 Tel: 06-1-325-9161, fax: 06-1-325-9169 • [www.novonordisk.hu](http://www.novonordisk.hu)  
 Mellékhatás-jelentés esetén: [safety-hu@novonordisk.com](mailto:safety-hu@novonordisk.com)  
 DIA/2019/050 2019-03-21  
 A changing diabetes® a Novo Nordisk A/S, Dánia védjegye. © 2019 Novo Nordisk A/S



# ✓ DELIÁGA ÉVA – LOVÁSZ HAJNALKA: ÚJRATERVEZÉS

## MEGKÜZDÉST SEGÍTŐ KÖNYV AZ 1-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ VILÁGÁHOZ SZÜLŐKNEK ÉS GYERMEKEKNEK



„Nincs semmi, amit ha megtettél volna, nem következik be és nincs semmi, amit ha nem tettél volna, nem következik be gyermeked diabétesze.”

Ez a mottója a „Szurikáta Alapítvány a Diabéteszes gyermekekért” legújabb kiadványának. Deliága Éva, a könyv egyik szerzője diabéteszes gyermekekkel rendszeresen foglalkozó okleveles gyermekpszichológus, integratív gyermekterapeuta, aki sok év tapasztalatait foglalta össze ebben a kötetben. Lovász Hajnalka, a másik szerző pedagógus, meseíró.

Az elmúlt évtizedek soha nem látott fejlődést hoztak az 1-es típusú diabétesz kezelésében. Új és hatásosabb inzulin készítményekkel, inzulin töltőtollakkal, pumpákkal és cukor-érzékelőkkel rendelkezünk, amelyek nem csak az anyagcserehelyzetet, hanem a mindennapi élet minőségét is javíthatják és hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a diabétesz a gyermekek életének minél kisebb része legyen.

Egy valami azonban sajnos nem változott. A diabétesz elfogadása, és a megélésével kapcsolatos lelki teher ma is megmaradt, sőt egyes kutatások szerint a modern eszközök működtetése okozta frusztráció még növelheti is azt. Nagyon-nagy szükség van tehát pszichológiai segítségre, támogatásra.

„Olyan kreatív-segítő könyvet tart kezében az olvasó, amelynek első fele a szülőkhöz szól, gyakorlatias tanácsokat, pszichológiai útmutatót tartalmazva a megküzdéshez. A másik fele pedig önbizalom erősítő, gyermekeknek szánt történet, amelyen keresztül a gyermekek is útmutatást kaphatnak arra vonatkozóan, hogy ők hogyan küzdjenek meg diabétesz diagnózisuk kapcsán felmerülő nehézségekkel. A könyv tehát kettő az egyben, pszichológiai útmutató a szülők számára és szórakoztató, tanulságos én-erősítő mese a gyermekek számára” – olvashatjuk a Bevezetőben.



Deliága Éva gyermekpszichológus és Lovász Hajnalka meseíró



A kötet fejezetei részletesen taglalják a pszichés feldolgozás folyamatát az első kórházi tartózkodástól a gyermek közösségbe történő visszatérésén át egészen a felnőtt kor eléréséig. Hallatlan érdeme a könyvnek, hogy megkülönböztetett figyelmet szentel a szülői félelmeknek (félelem a fájdalom okozásától, a felelősségtől, a tágabb környezet reakciójától stb.). Önálló fejezetek szólnak a testvérek gondozásáról, a nagyszülők és más családtagok helyzetéről, a közösségről, és a „másság”-ról.

A második rész, Tücsök, a diabéteszes fiú története elsősorban a kiskorú korosztályra gondolva íródott. A mesét olvashatják a szülők a gyermekeknek, illetve a nagyobbakak már egyedül is.

Az igényesen szerkesztett, képménytáblájú könyvet Baracsi Gabi gyönyörű színes illusztrációi díszítik. Elkészítésében sok-sok elhivatott ember közreműködött, többek között a szakmai lektorok (Csóka Judit klinikai szakpszichológus, meseterapeuta és Dr. Nagy-Szakáll Zsuzsanna gyermekdiabetológus, házi gyermekorvos), Tóbiás Lilla szerkesztő és Kocsisné Gál Csilla, az alapítvány elnöke vezetésével.

Tücsöknek  
hívnak,  
4. osztályos vagyok  
és diabéteszes.

Tudod, hogy miért  
neveztek el  
Tücsöknek?

Nem?  
Akkor olvasd el az  
Újratervezés  
könyvet és ott  
minden kiderül.



## TÜCSÖK, az 1-es típusú diabéteszes fiú története

Karácsonyig minden nap egy-egy apró részletet olvashattok a [Szurikáta Alapítvány Facebook oldalán](#) a könyvből. Akkor kezdődjék Tücsök meséje:

„Hogy milyen volt a nyár?

Hát, nem mindennapi! Ezt elmondhatom.

Amikor kitört a vakáció, és végre elkezdődött a szünet, azonnal bele is melegektem a nyárba.

Már a második napon jó mélyre elástam, akarom mondani jó magasra elpakoltam a harmadikos könyveimet, hogy színüket se lássam többé! Naná, hogy jobb helyen lesznek fönt a padláson!

Vittem kettesével, hármassával őket, néha a kezemben vagy a hasamhoz szorítva, olykor a fejem tetején vagy a vállamra pakolva, de leginkább csak anyát irányítottam a létra aljáról, hogy menjen velük, egyre följebb és följebb, mert egyik könyv sem fog hiányozni a nyáron.

Na, meg különben is! A tanulnivalóknak is jár A nyári henyélés. Nem igaz?” (Lovász Hajnalka – meseíró)

Kíváncsiak vagytok a folytatásra?

Akkor küldünk Nektek 1 példányt a könyvből – adomány fejében – Karácsonyra.



Illusztráció: Gabiillustor

Hogyan juthatsz hozzá az ÚJRATERVEZÉSHEZ?

[Itt mindent megtalálsz >>>](#)

# KATICÁKAT HORGOLTAK KARÁCSONYRA

## A FÖLDEÁKI NAGYIK A DIABÉTESZES GYERMEKEKNEK

A diabéteszes gyerekeknek horgolt Katica kulcstartókkal díszítettek fel két „fenyőt” is ma délelőtt a földéaki nyugdíjas klub tagjai a helyi könyvtárban, hogy ezzel is segítsék a gyulai kórház kis pácienseit. Még a Mikulás is meglepte a nagymamákat és a szervező Aranyanyukat.



Két aranyanyu, a földéaki **Molnárné Gardi Katalin**, illetve **dr. H. Nagy Katalin**, a Diaboló Alapítvány a Cukorbeteg Gyermekéért elnökhelyettese vendégeskedett a földéaki könyvtár nagymamaklubjában ma délelőtt. Nem véletlen, hiszen a nagyik rendszeresen horgolnak koraszülöttek számára polipokat, kiskabátokat, illetve a cukorbeteg gyerekeknek katicabogár kulcstartókat.

Ez utóbbit már nem először készítettek az alapítványnak, mely a gyulai kórházban fekvő, vagy kezelés alatt álló cukorbeteg kisgyerekek napjait dobja fel ezzel az ajándékkal.

– Tavaly jöttünk először a Diaboló Alapítvány képviselőiben a Kavar a nagyik csapatához. Akkor ezek az aranyos nagymamák a drága cukorbetegjeim számára Katica kulcstartókat készítettek. A tavalyiak, melyek hihetetlen sok előkészület és próba után készültek el, egy egész fenyőfát töltöttek meg. Ezek azonban már gazdára találtak. Úgy gondoltuk, ha már a nagymamák az idén is nagyon készültek az újabb átadóra, akkor mi sem jöhetünk üres kézzel – mondta dr. H. Nagy Katalin, a gyulai kórház csecsemő- és gyermekgyógyász, gyermektüdőgyógyász és diabetológus szakorvosa.

A Richter Aranyanyu-díjas főorvos elmondta, hogy az idén elkísérte a legnagyobb támasza Seresné Szabó Ágnes dietetikus is erre az alkalomra. – Ez a kezdeményezés visszanyúlik az Aranyanyu mozgalomhoz – folytatta. – Földéák Aranyanyujával, Molnárné Gardi Katalinnal egy kellemes beszélgetés során kerültem szorosabb kapcsolatba, így derült

ki, milyen fantasztikus csapat működik a földéaki könyvtárban. Ebből született meg a tavalyi Katica átadás. Mivel azonban azok elfogytak, mert nagyon sok cukorbeteg gyerekhez elkerültek, most visszahoztunk egy üres fenyőfát, hogy azt újra megtöltsék 50–60 katicával – mondta az Aranyanyu.

A Békés megye különböző településeiről érkezett cukorbeteg gyerekek: Kaluzsa Balázs, Balogh Dorina, Horváth Hanna valamint a szlovák nyelvű népdalt éneklő, s közben citerán játszó Kársai Flóra és Jancsó Viktória szép ki-műsort adtak a földéaki nagyiknak. De mielőtt nekikezdhettek volna, betoppant a Mikulás, Rebeka unokájával együtt, hogy örömet és egy kis édességet hozzon mindenkinek. Így ő is végighallgatta a gyerekeket.

– Örömteli és hálás vagyok azoknak, akik kis kardigánokat, polipokat és katicákat horgolnak, hogy ezzel segítsenek a beteg gyerekeknek – mondta a Katica-napon jelenlévő Hajnal Gábor polgármester, aki a jó isten áldását kérte azokra, akik segítenek a beteg gyerekeken.



Molnárné Gardi Katalin Aranyanyu pedig azt mondta, hogy nyert a közösség azzal, hogy ők aranyanyuk lettek. Megköszönte a nagymamák támogatását, hangsúlyozva, hogy senkit sem kellett agitálni, amikor megtudták, kiken kell segíteniük, majd mikor találkoztak is a beteg gyerekekkel, az nagy motivációt jelentett számukra.

A horgolt Katica kulcstartókkal az idén nem egy, hanem két fácskát is feldíszítettek a nagymamák, akiknek egy cukorbeteg Békés megyei anyuka finom süteményt küldött.

*Forrás: Makó Híradó, 2019. december 7.*

*Fotók: Makó Híradó és Seresné Szabó Ágnes dietetikus*

**Jobbra: Boldog Karácsonyt!  
12 éves diabéteszes kislány  
színes rajza**





BOLDOG  
KARACSONY!



# ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ (35)

## DCONT ETALON

Jó egy hónapja megjelent a gyógyászati segédeszközök piacán a Dcont család legújabb, Etalon névre hallgató készüléke, mely nem csupán minőségben, az általa nyújtott szolgáltatások számában, gazdaságosságban, kezelhetőségben múlja felül az összes elődjét, de teljesen új mérőcsíkkal is működik.

Betegeim közül az egyik első felhasználója Sch. Hédi, aki 1995-ben született, 2010 óta diabéteszes és öt éve áll gondozásom alatt. Jelenleg reggel 18 E degludek bázisinzulin, reggel 8, délben 5, vacsora előtt 6 E analóg aszpart inzulint alkalmaz. HbA1c szintje 6,5–6,7% között ingadozik.

Korábban Hédit semmilyen módon nem tudtam rábeszélni a Dcont.hu használatára, egyszerűen nem ment neki a letöltés a Trend készülékéről. Most viszont a kipró-

bálásra megkapott Etalon készüléket lelkesen használja és bár nem minden esetben jelöli be, hogy a vércukormérés környékén aktuálisan mit csinált – inzulint adott, evett, mozgott – igyekszik mindezen információkat megosztani gondozó orvosával.

Hédi hatnapos novemberi eredményei a táblázatban láthatók. Amit hiányolok benne, az, hogy a mobil applikációval ellentétben az Etalonba nem lehet beírni az inzulin adagokat, ezt esetenként külön kell pótolni, hogy a táblázat jobboldalán megjelenjenek. Ezúttal Hédi ezt elmulasztotta. Ennek ellenére az egyértelműen látszik, hogy Hédi kezelésével nagyobb gondok nincsenek, viszont a sok sárga, ténylegesen a hipoglikémiás tartományban mozgó érték felhívja a figyelmet mind az étkezési, mind a bázis inzulin adagok csökkentésének szükségességére, mely által vércukrai kismulnának, az ingadozások jelentősen csökkennének.

Dr. Fövényi József

2019.11.25 - 2019.12.07

	00:00	07:30	08:30	10:30	11:30	14:00	16:00	18:30	20:00	22:00	24:00	Megjegyzés
	-	R.e.	R.u.	De	E.e.	E.u.	Du	V.e.	V.u.	-		
2019.11.25			09:26 8,4		12:13 6,8 13:59 9,2 12:13 12:13	15:12 12,6	18:01 5,5	19:04 4,6	21:12 5,0!	22:03 4,2!		
2019.11.26	01:46 3,1!	08:25 12,2			11:54 3,9 13:58 5,6 11:56 12:36	15:21 4,8 15:20	17:33 5,0	19:25 6,8 19:25 19:26	21:13 3,9	22:41 9,7!		
2019.11.27			08:51 5,0 08:51	10:30 3,9	12:34 8,3 12:34 12:34	14:22 12,8 15:51 12,5 15:51	17:36 8,1	19:32 4,9	21:19 7,5	22:11 7,6!		
2019.11.28			08:31 3,7		11:47 10,0 13:41 3,3 11:47 11:47		16:03 6,0 16:48 3,3	19:34 9,1	21:15 3,7 21:32 3,3!			
2019.11.29	04:15 3,2!	08:08 9,9	10:25 4,5 08:43 10:26		11:44 3,6 11:44 11:44	14:07 12,4 14:47 14:47	16:59 6,8		20:02 8,5 21:41 9,7 20:24 20:24			
2019.11.30	00:15 6,7!		09:11 8,5		11:55 8,4 13:17 4,4	15:12 4,2	17:49 8,7		20:38 14,7 21:45 12,8	23:56 11,4!		



# Dcont<sup>®</sup> ETALON

## ETALON A VÉRCUKORMÉRÉSSEN!



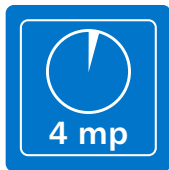
személyre szabható figyelmeztetések



USB csatlakozás



HbA1c tartomány becslése



gyors eredmény 4 mp



étkezés, inzulinadás időpontjának rögzítése



céltartomány alatt



céltartomány felett



vér felszívás a tesztsík teljes szélességében



céltartományban



### Dcont<sup>®</sup> ETALON

Vércukormérő

A Dcont<sup>®</sup> ETALON vércukormérő gyógyászati segédeszköz.

Dcont<sup>®</sup>



77 ELEKTRONIKA KFT. / H-1116 Budapest, Fehérvári út 98. / ZÖLD SZÁM: 06 80 27 77 77  
TEL.: 06 1 206 1480 / FAX: 06 1 206 1481/ E-MAIL: [ugyfelszolgalat@e77.hu](mailto:ugyfelszolgalat@e77.hu)  
[www.dcont.hu](http://www.dcont.hu) / [www.e77.hu](http://www.e77.hu)

DC191217 Lezárás dátuma:  
2019. 12. 17.

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

# ✓ SZÖVETI GLUKÓZMONITOROZÁS

## „A LIBRE 2 SENZOR AUTÓZÁS ALATT NAGYFOKÚ BIZTONSÁGOT NYÚJT”

**Ezúttal ismét – és a jövőben valószínűleg túlnyomórészt – a FreeStyle Libre2 szenzorral történő CGM görbeelemzésekkel foglalkozunk.**

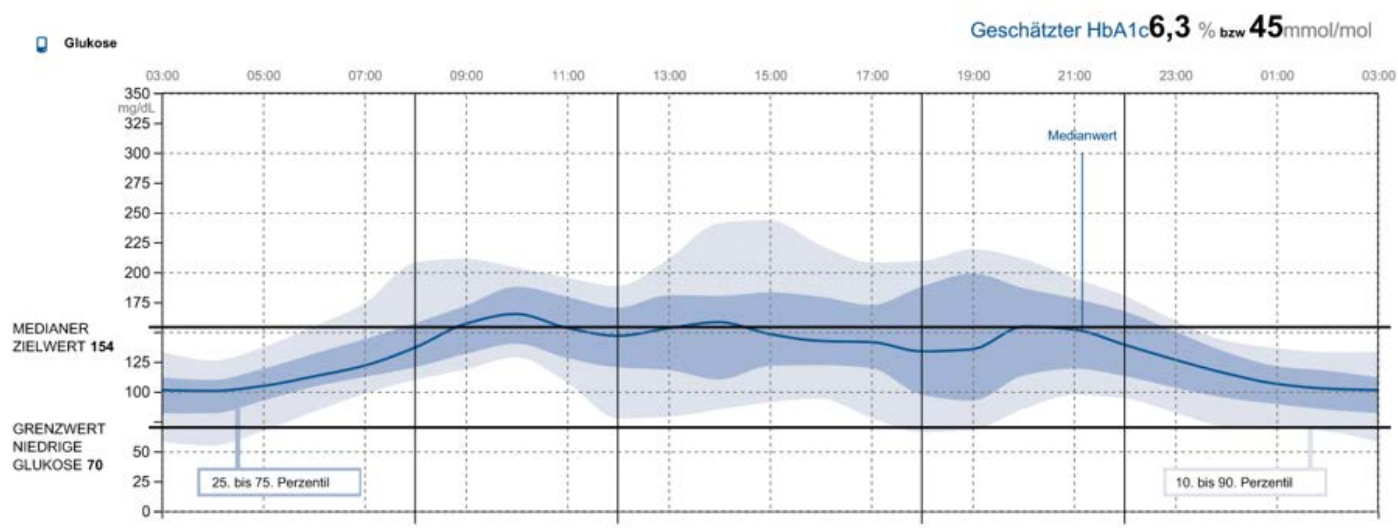
Jelen kéthetes görbét a szenzort csak külföldi utazásai alkalmával használó 53 éves F. Attila, immár 50 éve diabéteszes betegünk produkálta. Attila reggel 300 E/ml töménységű glargin inzulint és napjában háromszor analóg liszpro inzulint használ. Komoly hipoglikémiái nincsenek, viszont mint meteorológus három műszakban dolgozik, mely sokszor megterhelő számára.

Az összegző görbén látható, hogy szöveti glukózértékei legalább 50%-ban a céltartományokon belül mozognak (1.

ábra). A becsült HbA1c értéke 6,3%, az általunk ténylegesen mért pedig 6,4% volt. Egy-egy 220–250 mg%-ig (12,2–14 mmol/l-ig) emelkedő vércukorkiugrástól eltekintve, értékei kiegyensúlyozottak, görbéi (2. ábra) mind nappal, mind éjjel zömmel a céltartományon belül ingadoznak és komolyabb, beavatkozást igénylő hipoglikémia nem észlelhető. Ez egyébként az ujjbegyes vércukormérési periódusokban is hasonlóan alakul.

Attila esetében kiemelném tehát, hogy a szenzor folyamatos viselésére nem mindig van szükség, viszont egy-egy több száz, vagy ezer kilométeres autózás alatt nagyfokú biztonságot nyújt.

*Dr. Fövényi József*



1. ábra – Összegző görbe

## Gondolatok a folyamatos szöveti glukózmonitorozás (CGM) hazai állapotáról

**A Diabetologia Hungarica 2019. szeptemberi számában Dr. Cserháti Edit gyermek diabetológus tollából jelent meg egy nagyon precíz számításokon alapuló dolgozat a hazai inzulinpumpa kezelésről és ennek CGM-mel való kiegészítéséről.**

Jelenleg a gyermekeknek teljes mértékben, 1-es típusú felnőtteknek részben NEAK által finanszírozott (felnőtteknek ez kb. évi 200.000 Ft saját kiadást jelent) inzulin-

pumpák csak az esetek igen kis hányadában állnak CGM irányítás alatt. Gyermekek esetében a közeljövőben várható kormánydöntés az egyedi méltányosság mellett teljes mértékben támogatott CGM minden gyerekre történő támogatása kiterjesztéséről.

Tekintettel a Medtronic pumpák használatára, a csak ezekkel használható Enlite szenzorok a cikk írója szerint a pumpaköltséget kb. évi 200.000 Ft-tal növelnék, ha leszámítjuk a vércukormérő csíkokra fordított támogatást. A probléma az, hogy e szenzorok alkalmazása pumpahasználathoz kötött. Ez pedig a gyerekek jövőbeni egészségébe befektetett plusz kiadásként bőven megérné.

SA. 19 Okt.



SO. 20 Okt.



MO. 21 Okt.



DI. 22 Okt.



## 2. ábra – Négy nap részletes görbéje

De a 4.000 gyerek mellett ott van a további 50–60.000 felnőtt 1-es típusú beteg. Közülük minden ötvenedik pumpa nélkül, napi négyszeri inzulinadás mellett már ma is használ CGM-et, mégpedig az ABBOTT által forgalmazott FreeStyle Libre szenzorokat, melyek kalibrálás nélkül 14 napig működnek, rendkívül praktikusak és viszonylag a legolcsóbbak. Ezeket sok országban legalább részben finanszírozza az egészségbiztosító. Németország jár az élen, ahol minden diabetészesnek, aki használni kívánja, 100%-ban támogatják a szenzorokat. Azonban hazánkban egy éves költségük eléri a fél millió forintot, melyet a beteg saját zsebből fizet és a költségek csak növekedhetnek a folyamatosan romló forint-euró árfolyam miatt.

A megoldás mindenképpen az lenne, ha a FreeStyle Libre-t gyártó cég hajlandó lenne a szenzorait Magyarországra is behozni, ezeket kezdetben részben finanszírozná a NEAK, a beteg számára olcsóbbá válhatnak, nem beszélve a többféle szenzor jelenlétéből adódó árversenyről, mely árcsökkenést eredményezhetne.

Talán a várható kormánydöntés e téren is buzdítja a céget a szenzorok magyarországi forgalmazására, melyet a diabetológusok és gondozott betegek nagy örömmel fogadnának.

a főszerkesztő

# ✓ CUKORBETEGEK LÁBSZÖVŐDMÉNYEI: A DIABÉTESZES LÁBPROBLÉMÁK MEGELŐZÉSE – LÁBÁPOLÁS

Az augusztusi cikkünk (2019/3 - 30. oldal) folytatásaként arra koncentrálnak, hogy az eddig leírtakon túlmenően a veszélyeztetett lábú cukorbeteg mit tehet még lábának megővése, megőrzése érdekében.

## 1. Alapvető a mindennapos lábvizsgálat.

Ennek egyik előképe, egy kétezer éves római szobor, mely a római Capitolini múzeumban látható (1. ábra). Igaz, ezen egy fiatal fiú vizsgálja a talpát, valószínűleg egy tüskét szándékozik eltávolítani belőle. Nos, a veszélyeztetett lábú cukorbetegnek is naponta, minden reggel és este szükséges megvizsgálni kellő megvilágításban, esetleg a talp alá tartott, ill. helyezett tükörrel, gyengén látók mások segítségével. Sérülés, bőrkeményedés, körömbenövés, bőrpír, lilás elszíneződés, gombásodás, hólyag, zsibbadás, duzzanat keresendő. (2. ábra).

## 2. Soha ne járjon mezítláb, se tóparton, se tengerparton. Mindig viseljen a lábait a sérülésektől védő papucsot.

## 3. Soha ne használjon szalicilos tyúkszemtapaszt. Bőrkeményedéseit vagy horzsakővel, vagy ma már az ennél sokkal alkalmasabb, gyémántfejes Scholl Velvet Smooth elektromos bőrkeményedés eltávolítóval távolítsa el. Soha ne használjon zsilippengét, ollót, szikét, mert ezekkel csak komoly sérüléseket okozhat magának.

## 4. Minden este lábait gondosan mossza meg hőmérővel beállított 36–37 °C hőmérsékletű vízben. Nagyon fontos, hogy csökkent érzékenységű, neuropátiás lábat ennél melegebb vízbe soha ne helyezzen, mert nagyon gyorsan kialakulnak a túl meleg víz okozta hólyagok, melyek kipattanva gyorsan elfertőződhetnek. Tilos a lábátatás. Fontos az ujjak közéne a megszáritása puha frottír törülközővel vagy hideg levegőt fújó hajszárítóval. (3. ábra).

## 5. Lábait, mind a talpakat, mind a lábfejet naponta gondosan kenje be hidratáló,



1  
ALAPVETŐ A  
MINDENNAPOS  
LÁBVIZSGÁLAT



2  
PL. SÉRÜLÉS,  
LILÁS ELSZÍNEZŐ-  
DÉS KERESENDŐ



3  
MINDEN ESTE  
GONDOSAN  
MOSSA LÁBAIT



4  
KÖRMÖK REND-  
SZERES EGYENES-  
RE VÁGÁSA

bőr-regeneráló krémmel, mely minimum 5, maximum 10% ureát (karbamidot) tartalmaz. E krémeket bőrgyógyász receptre is felírhatja, de – ugyan magasabb áron – kiváló kész, a célnak megfelelő bőrápoló termékek is kaphatók a gyógyszertárakban.

## 6. Minden lehetőséget tegyen meg a láb- és körömgomba ellen. Használja az igen hatékony gomba elleni kenőcsöket, ill. körömlakkokat. Gombás fertőzés esetén a lábujjak közét is kenje be krémmel, de helyezzen az ujjak közé vékony vattaréteget, hogy az felszívja a nedvességet. Fontos tudni, hogy a lábgombásodás nem csupán kínzó viszketést okoz, hanem a fertőzött bőrön keresztül könnyen bejutnak a kórokozók és mély fertőzést okozhatnak.

## 7. A körmök rendszeresen egyenesre kell vágni, ne túl rövidre. Tilos a körömsarkok kivágása. Kerülje az éles eszközök használatát. Használjon reszelőt a hegyes sarkok eltávolítására. Ha lábujjait nem éri el, ill. rosszul lát, kérje mások segítségét. Ma már megbízhatóan működő, diabéteszes lábak ápolására képzett gyógypedikűrösök is rendelkezésre állnak – egyelőre főként a nagyobb városokban. (4. ábra).

## 8. Bőrsérülés, főként elfertőződött sérülés esetén sürgősen keresse meg sebészt, podiátert, akik szakszerű ellátásban tudják részesíteni. Amennyiben a sérülés gyógyulásának a feltétele a talp megfelelő részének tehermentesítése, éljen a felajánlott megfelelő eszköz (lábágy, „csizma”) használatával, mert teljes tehermentesítés nélkül a súlyos sérülések nem gyógyulnak, főként rossz keringésű és neuropátiás lábon.

Mindezen szempontok szem előtt- és tartásával még neuropátiás láb esetén is jóval 50% feletti az esélye arra, hogy se lábujjai egy részét, főként pedig lábait ne kelljen amputálni és azokat rendeltetésszerűen használhassa élete végéig.

Dr. Fövényi József



# MEDIFLEUR

TERMÉKCSALÁD  
A CUKORBETEGEK BŐRÉNEK  
MINDENNAPI ÁPOLÁSÁRA



Termékeinket keresse a patikákban vagy  
a [www.medifleur.hu](http://www.medifleur.hu) webshopban!

# AKINEK NINCS ÁLLÁSA, SE PÉNZE, AZT KILÖKIK AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYBŐL

**Az egyetem befejezése után két évvel mentem el először kórházba. Valamikor késő este, lehet, hogy már inkább éjjel sétáltam be az ügyeletre, pontosabban vánszorogtam, mert annyira lázas voltam, hogy már a lassú sétálás sem ment tökéletesen. A torkom égett, kapart, egy főzelék után úgy éreztem, mintha flexeltek volna a nyelőcsövemben.**

Miután sorra kerültem a kórházban, behívtak, megnyugtattak, hogy rosszabbul már nem leszek, felírtak néhány gyógyszert, és mellékesen jelezték, hogy piros jelzést mutat a gép a tájszámomra.

– És az mit jelent? – kérdeztem, pontosabban suttogtam, mert ugye éppen a torokgyulladás és a végelgyengülés között álltam, az utóbbihoz valamivel közelebb.

– Azt, hogy nem fizeti a tóbét – jött a válasz.

– Hát, az nem lehet, biztos rossz a rendszer – mondtam, kicsit sértődötten is talán, aztán elkezdtünk beszélgetni, pontosabban én elkezdtem monologizálni, hogy tuti biztos, ezer százalék, hogy biztosított vagyok, adózok rendesen, katás egyéni vállalkozóként havonta 50 ezer forintot fizetek a NAV-nak, emiatt jár a társadalombiztosított jogviszony. Az orvos erre egy vállrándítással reagált, odaadta a receptet, én meg kimentem a rendelőlőből, és elindultam gyógyszerért. Utólag kiderült, igazam volt, befizetésem alapján jogosult voltam az állami ellátásra, csak a NAV nem könyvelte el a befizetéseimet. Néhány hét levelezés után ezt az adóhatóság is elismerte, és nem kellett semmit befizetnem.

## Ez mostantól sokkal nehezebb lesz

A napokban jelent meg a hír, hogy Varga Mihály pénzügyminiszter benyújtott egy törvénytervezetet az Országgyűlésnek, ami alaposan átalakítaná a társadalombiztosítás egészségügyi részét. A javaslat lényege, hogy háromhavi tartozás, azaz 23.130 forint (jövőre a mostani 7.500 forintról 7.710 forintra emelkedik az egészségügyi szolgáltatási járulék összege) után érvénytelenítenék az adós tájszámát. Ez azzal jár, hogy az illető ezt követően nem juthatna állami egészségügyi ellátáshoz, vagy államilag támogatott – tehát olcsóbb – gyógyszerhez.

A változás nagyjából 100 ezer embert érinthet, most ugyanis ennyien fizetnek egyéni szolgáltatási szerződés keretében havi 7500 forintos járulékot. Ők azok, akik semmilyen jogcímen nem jogosultak egészségbiztosítási szolgáltatásra: nem nyugdíjasok, nincs bejelentett munkahelyük, és nem nevelnek gyereket, pontosabban nincsenek gyesen vagy gyeden.

Többségében alacsonyabb társadalmi státuszú emberekről van szó, de a szállón élő, vagy legalább szállókon, melegedőkben dolgozó szociális munkásokkal kapcsolatban lévő hajléktalanok sincsenek köztük, ugyanis nekik egy nappali melegedő vezetője kiadhat egy rászorultsági igazolást, amivel 6 hónapig ingyenesen igénybe vehetik az egészségügyi ellátásokat. De 12 hónapra szóló igazolást kiállíthat a járási hivatal is, annak, aki igazolni tudja, hogy a háztartásában az egy főre eső jövedelem kisebb, mint 34.200 forint, vagy egyedülélők esetében 42.750 forint – viszont ez csak azoknak jár, akik

családja nem rendelkezik 855 ezer forintos vagyonnal, beleértve az ingatlanvagyont is, emiatt nagyon kevesen kapják meg az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot rászorultsági alapon.

**AKIK EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSI JÁRULÉKOT KÖTELESEK FIZETNI AZ ADÓHATÓSÁGNAK, AZOK NAGYOBB RÉSZÉ OLYAN EMBER, AKI HOSSZABB IDEJE BEJELENTETT MUNKÁVAL NEM RENDELKEZIK. DE RÖVIDEBB IDŐRE SOKKAL TÖBB TÁRSADALMI CSOPORTBÓL BELEESHETNEK EMBEREK EBBE A KATEGÓRIÁBA.**

Az például elég gyakori, hogy valaki gyerekeknél után nem talál azonnal állást, ahogy az is, hogy valaki a középiskola befejezése után nem kezdi el rögtön az egyetemet, vagy nem talál három hónapon belül munkát, és egyéni járulékfizetés hiányában kiesik a biztosítottak közül. A cikk elején lévő történet is hasonló.

Jelenleg ellátják a kórházakban azokat is, akiket az adóhatóság arra kötelez, hogy havonta fizessenek egészségügyi szolgáltatási járulékot, de nem fizetik. Az ő tájszámuk villog pirosan a rendelőkben, de az ellátásuk költségét akkor sem kérik el tőlük, csak a havi díjakból felgyűlt tartozást. Ha egy több százezer forintos műtéten esnek át, akkor is csak a majdnem 8 ezer forintos havidíjat fogja követelni rajtuk a NAV. A kórház akkor is megkapta a Nemzeti Egészségbiztosítási Alaptól (NEAK) a kezeléseket költségét, ha a beteg nem fizetett társadalombiztosítási járulékot.

A jövőben, ha elfogadják az új törvényt, a NEAK nem fog fizetni a



kórházaknak, ezért az köteles lesz kiszámlázni az egészségügyi költségeket a betegnek, és kifizettetni vele, közvetlenül, a társadalombiztosítási rendszer érintése nélkül.

**GYAKORLATILAG, 23.310 FORINTOS TARTOZÁS UTÁN KILÖKIK AZ EMBEREKET AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYBŐL, ÉS AZ ÁLLAMI KÓRHÁZAKAT IS CSAK ÚGY LEHET MAJD IGÉNYBE VENNI, MINTHA AZOK MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST NYÚJTANÁNAK.**

Az indoklás szerint a változtatással az ügyeskedőket akarják megregulázni, ami arra utal, hogy akik nem fizettek, azoktól az adóhatóságnak nem sikerült behajtani a tartozást a jelenlegi rendszerben.

### Külföldön dolgozók

A tb-átalakítás másik része nem a biztosítás nélküli nem fizetőket szorítaná ki a rendszerből, hanem a külföldön élő magyarokat. Mivel az uniós szabályok tiltják a kettős biztosítottságot, egy embernek csak egy országban lehet társadalombiztosítása, a külföldön dolgozóknál szigorúbban ellenőriznék, hogy kijelentkezett-e a magyar rendszerből. A módosítás szerint akiről kiderül, hogy több országban is fenntartotta biztosítási jogviszonyát, annak a Magyarországon igénybe vett orvosi ellátás költségeit utólag ki kell fizetnie.

Az nem változik, hogy a magyarokat Európai Egészségbiztosítási Kártyával térítésmentesen ellátják külföldön (és a külföldieket is Magyarországon) betegség és baleset esetén, de az úgynevezett tervezett ellátások, azaz például egy nem sürgős műtét esetében már más a helyzet, ezeknél abban a tagországban kell igénybe venni az egészségügyi ellátást, ahol a társadalombiztosítási járulékot fizetik az uniós polgárok. Az új törvénynek ez az eleme leginkább arról szól, hogy a magyar szabályozást összehangolják az uniós jogszabályokkal, és a jövőben komolyabban büntetik a visszaéléseket.

A másik, járulék tartozást felhalmozókat büntető módosítás viszont komoly kérdéseket vet fel az általunk megkérdézett egészségügyi szakértő, Kincses Gyula szerint.

### Több problémát okoz, mint amennyit megold?

Dr. Kincses Gyula szerint új terheket raknak ezzel az egészségügyre, és a benne dolgozóakra, és a betegek kiszolgáltatottságát is növeli, veszélyes, akár egészségkárosító hatása is lehet. (A cikk írásakor Kincsest mint a sajtóban rendszeresen hivatkozott szakértőt kerestük meg, a cikk megjelenése előtt azonban megválasztották a Magyar Orvosi Kamara elnökének, de ezt még nem lehetett tudni akkor, amikor felkerestük kérdéseinkkel.)

Varga Mihály pénzügyminiszter egyelőre az átalakítással kapcsolatos törvény tervezetét nyújtotta be, a részletszabályozást nem ismerjük. Végrehajtási rendelet csak akkor lesz, ha a parlament megszavazza a törvényt. Emiatt a változásokkal kapcsolatban sok kérdés tisztázatlan.

A gyógyszerterámogatás megszűnése után például mi lesz az életmentő terápiák esetében, a cukorbetegnek inzulinjával vagy a daganatos betegek folyamatban lévő kemoterápiájával? Azt sem tudjuk, mennyi idő alatt áll vissza a térítésmentes ellátásra való jogosultság. Ha például elveszítjük a munkahelyünket, és csak fél év után találunk másikat, a munkaszerződés első napjától biztosítottá válunk? Mi történik, ha valaki nem ellenőrzi ügyfélkapun keresztül, hogy a munkáltatója fizeti-e utána a járulékokat, vagy sem, és csak egy betegség vagy baleset után derül ki, hogy a munkahelye átvette, és feketén dolgoztatja?

Eddig a betegek általában a rendelőben értesültek arról, hogy nem rendezett a biztosításuk, de ettől még az ellátást megkapták. Ráadásul eddig a NAV nem igazán foglalkozott az egészségügyi szolgáltatási járulék behajtásával, annak ellenére, hogy eddig is hivatalból kellett volna küldenie a felszólításokat azoknak, akik nem fizetnek járulékot. A törvény bevezetése után, ha az adóhatóság emberei elfe-

lejtik kiküldeni a fizetési felszólítást, vagy elkeveredik egy levél, az sokkal kellemetlenebb helyzeteket szülhet, mint eddig.

**„KONFLIKTUSOKAT OKOZHAT A RENDELŐBEN, HA VITÁZNI KEZD A BETEG AZ ORVOSSAL ARRÓL, HOGY BIZTOSÍTOTT-E, VAGY SEM”**

– mondta kérdésünkre dr. Kincses Gyula, aki szerint komoly problémát okozhat az új rendszer az orvos és a betegek kapcsolatában. „Rendkívül nagy terheket tesz az egészségügyi rendszerre és az abban dolgozóakra” – tette hozzá.

Akár az is előfordulhat, hogy a beteg, mikor megtudja, hogy nem biztosított, úgy dönt, hogy inkább nem veszi igénybe az ellátást. Például, ha 10 hónapnyi egészségügyi szolgáltatási járulék elmaradása van, és közben azt hallja a rendelőben, hogy a műtét, amire szüksége van, ennek duplájába kerülne, akkor dönthet úgy, hogy hazamegy, elutalja a NAV-nak a 10 hónapos tartozását, és amikor visszaállítják a jogviszonyát, visszamegy a kórházba.

„Ennek komoly egészségkárosító hatása lehet” – mondja Kincses, aki szerint észszerűbb az ellátás árától függetlenül a havi tb-díjakat behajtani az állampolgároktól, függetlenül attól, hogy mentek-e orvoshoz. „Ha az új szabályozás veszélyezteti az egészséget, az súlyos hiba” – teszi hozzá.

Kérdéseket vet fel az is, ha valaki abban a tudatban veszi igénybe az ellátást, hogy biztosított, majd a mű-

tét után közlik vele, hogy nem volt az, nem tudja kifizetni a költségeket. „Vele ilyenkor az ápolók kezdjenek el csendőrködni? Ez etikátlan, az orvosi esküvel ellentétes lenne” – mondja Kincses.

## Visszamenőlegesen behajjták?

Felmerül, hogy ez a törvénymódosítás egyben azt jelenti-e, hogy az állami egészségügyből kiiratkozhat-e az, aki nem fizet egészségügyi szolgáltatási járulékot. Például egy olyan ember, aki úgy dönt, hogy nem fog állami kórházba járni, csak magán egészségügyi szolgáltatást vesz igénybe, amikor épp rászorul, de nem akar hónapról hónapra 7.710 forintot fizetni az állami biztosításáért.

**DE ERRÓL NINCS SZÓ, A KÖTELEZŐ BIZTOSÍTÁS ELVE MEGMARAD, MINDENKI KÖTELES LESZ FIZETNI A NAV-NAK AZ EGÉSZSÉGÜGYI JÁRULÉKOT, AKKOR IS, HA CSAK MAGÁNELLÁTÁST VESZ IGÉNYBE.**

Az viszont nem derül ki a törvény szövegéből, hogy mi történik akkor, ha valaki elmarad a havi egészségügyi szolgáltatási járulék befizetésével, megszűnik a biztosított jogviszonya, állami kórházba kerül, megműtik, és kiszámlázzák neki az ellátás költségét. Ezután behajjták rajta visszamenőlegesen a havi járulékából felhalmozódó tartozását is? Ez nem derül ki a Varga Mihály által benyújtott törvénytervezetből. Ha az ellátás költségét is ki kell

fizetni, és még behajjták a járulékot is visszamenőlegesen, azzal duplán fizetetik ki az állampolgárokkal az egészségügyi költségeket.

## Frissítés

Cikkünkre reagált a Pénzügyminisztérium. Ebben többek között azt írták, hogy a törvényjavaslatban foglalt rendelkezések nem érintik a sürgősségi ellátást, mentést. Utóbbi Magyarország területén – állampolgárságra vagy egészségbiztosítási jogviszony fennállására való tekintet nélkül – mindenkit megillet, ilyen esetekben ellátás nélkül senki nem maradhat Magyarországon. „Az Eütv. azt is kimondja, hogy a mentést az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül, az e törvényben és a külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével kell biztosítani, és főszabály szerint a központi költségvetés téríti meg” – írja a PM.

A tárcsa közleménye azt is leszögezi, hogy az egészségügyi szolgáltatási járulék 3 vagy több havi elmaradása esetén az elmaradt tételes járulék megfizetésével a térítésmentes ellátásra való jogosultság visszaállítható. A minisztérium álláspontja szerint a törvénytervezet egyszerűsíti az egészségügyi rendszert, jelentősen csökkenti az adminisztrációs terheket, és „az egészségügy potyautasainak a kiszűrésében is segít”.

(Forrás: [Index.hu](http://index.hu), 2019. december 4.)

(Fotók: Balázs Attila / MTI)



# ÚJ IDŐSZÁMÍTÁS KEZDŐDIK AZ ORVOSKAMARÁBAN



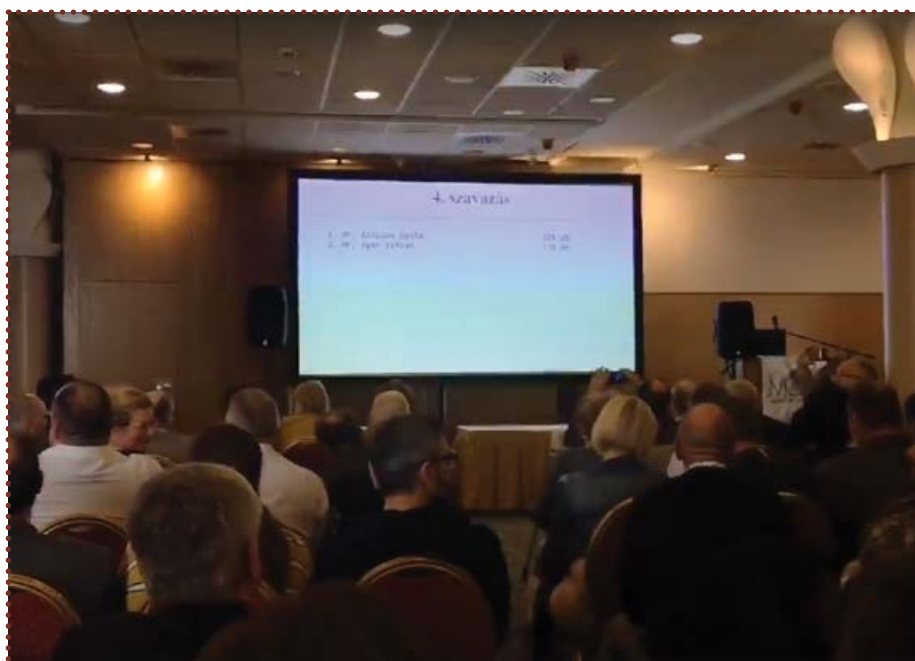
A hétfégi tisztújítás teljes megújulást és generációváltást is hozott a Magyar Orvosi Kamarában. Kincses Gyula elnök mögött a kamara testületeiben sok-sok fiatal arc bukkant fel. A választás délutánján a kamara új vezetője mellett Lénárd Rita és Álmos Péter alelnökökkel beszélgettünk. Velünk tartott Lovas András, aki bár hivatásrendi tisztséget nem vállalt, ám Álmos Péterrel közösen hívta életre az „1001orvos hálapénz nélkül” Facebook-csoportot. Innen eredeztethető az az Újratervezés, amelynek jelöltjei elsőprő fölényrel győztek a november 30-ai választásokon.

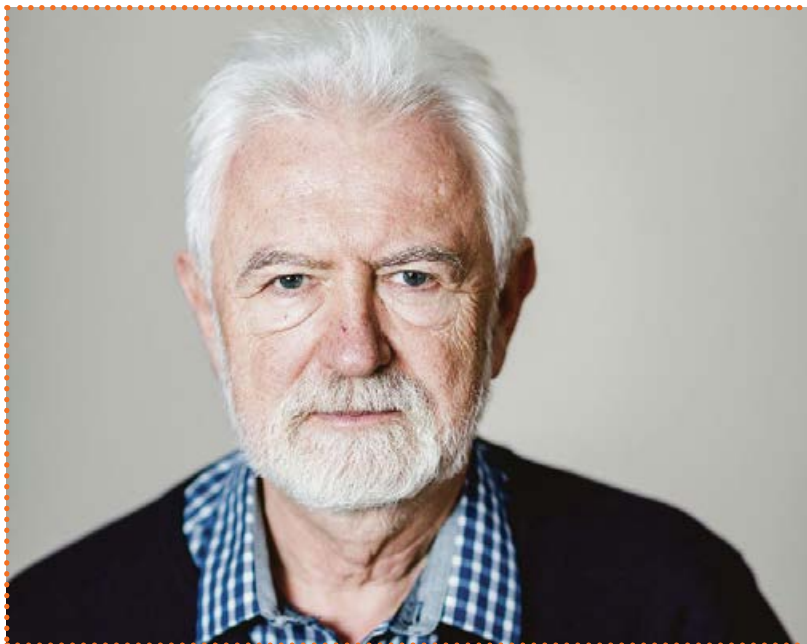
## Számítottak ilyen mértékű felhatalmazásra?

**Lénárd Rita:** Egyáltalán nem. Döbbenetes volt és hihetetlen. Ugyanakkor azt gondolom, hogy a siker szempontjából nagyon fontos volt, hogy van közöttünk a háziorvostól a nőgyógyászon, az urológuson és belgyógyászon át a klinikai szakpszichológusig olyan, aki itthon dolgozik állami intézményben vagy magánszolgáltatónál, és olyan, aki külföldön is. Vannak vidékiek és fővárosiak, olyanok, aki kimondottan hálapénzes szakmában tevékenykednek, és olyanok, akik egyáltalán nem

kapnak paraszolvenciát. Ebben a nagyon színes csapatban minden kollégánk megtalálhatta azt a személyt, akivel azonosulni tudott, és akiben bízhat.

**Kincses Gyula:** Amikor a küldöttek nem fogadták el az elnöki beszámolót, a szavazati arányból egy sokkal billeggőbb eredményre is lehetett következtetni. Nagyon átütő végeredmény született, ami komoly felhatalmazást ad a programunk végrehajtásához.





### Boldogok az eredménytől vagy gondterheltek?

**Kincses Gyula:** Mindkettő.

**Lénárd Rita:** Hasonlóan érzek. Bár az elmúlt négy és fél év sem volt egyszerű, de nagyon nehéz lesz a folytatás.

**Álmos Péter:** Boldog vagyok, hiszen nem szakadt a nyakunkba a tehetetlenség érzése. Elég pontosan tudjuk, hogyan szeretnénk továbbmenni, mert nagyon régóta tervezzük azokat a lépéseinket, amelyekkel most elindulunk.

### Egyértelmű, hogy a MOK-ot trójai falóként akarja felhasználni a Demokratikus Koalíció saját politikai céljai eléréséhez, Gyurcsány árnyéka vetül az orvosi kamarára – fogalmazta meg aggályait még a választás előtt egy kollégájuk a Magyar Nemzetben, hasonlóan másokhoz. Gratulált már Gyurcsány Ferenc a győzelemhez?

**Kincses Gyula:** Miért gratulált volna? Teljesen alaptalanok ezek a vélemények, sem a DK, sem más párt részéről nem volt politikai befolyás az Újratervezés csoportban, nincs, és nem is lesz a kamarában sem.

**Lénárd Rita:** Olyan alaptalan és nemtelen vádokról volt szó, amelyekre mégcsak reflektálni sem tudtunk. Én magam egyébként azzal fejeztem be a megválasztásom előtt a küldöttekhez szóló expozémat, hogy megígérem: nem engedem, hogy a hivatásrendi kamaránkat a politika beszenyezze.

### A programjunktól látszik, hogy lényegesen nagyobb mozgásteret képeznek el a kamarának, amihez a kamarai törvény módosítása is szükséges lenne. Ezt csak a kormánynál tudnák kezdeményezni. A „baloldali” bélyeg nem nehezíti majd az együttműködést?

**Kincses Gyula:** Éger István meglehetősen közel állt a kormányhoz, és mire ment vele? Nem ezen múlik.

**Lovas András:** Amit tényleg akar az orvosi kamara, azt eléri. A legjobb példa erre, hogy amikor az volt a cél, hogy újabb ciklusokra lehessen megválasztani az elnökséget, akkor sikerült módosítani a kamarai törvényt.

Éger István mindig is nyíltan vállalta, hogy polgári értékeket vall.

**Álmos Péter:** A csoportunkban ezek az értékek ugyanúgy jelen vannak, sőt, az orvoskar tradicionálisan polgári értékrendű. Négy és fél évvel ezelőtt azzal a kikötéssel indítottuk el az 1001 orvos hálapénz nélkül csoportot, hogy itt pártpolitikának helye nincs, mert elviszi a szakmáról a fókuszot. Nincs „baloldali” és „jobboldali” beteg. Csak beteg van, akit el kell látni.

### Nagyon hangsúlyos eleme az Újratervezés programjának, hogy nyissanak a betegek, a társadalom felé. Hogyan?

**Kincses Gyula:** Úgy, hogy elmagyarázzuk, közösek az érdekeink: megbízottság és jobb minőségű ellátás. Vagy például úgy, hogy megértetjük a lakossággal, hogy az önként vállalt

túlmunka felmondása elképzelhető, hogy átmenetileg okoz egy-két hetes zavart az ellátásukban, ám mindez azért történik, hogy itthon maradjanak azok az orvosok, akik őket gyógyítják.

**Álmos Péter:** Fontos, a társadalmat érintő és érdeklő kérdésekben hallatni kell a hangunkat. Néhány hete mindenki a két SMA-s kisfiú történetéről beszélt, amellyel kapcsolatban orvosszakmai, finanszírozási és etikai kérdések is felmerültek; ám a MOK nem szólalt meg.

**Kincses Gyula:** Most van a parlament előtt a társadalombiztosítási ellátásokról szóló törvénytervezet, ami szerint három havi tartozás (22.500 forint) után érvénytelenítenék tb-jogosultságot. A kamarának el kell mondania, hogy ez aránytalan, igazságtalan, és az orvost a betegével összeuszító történet.

**Lovas András:** Sokan gyakorló orvosok vagyunk, és egyikünk sem a paternalista szemléletet képviseli. Mi tájékozott és tájékoztatott betegeket szeretünk és szeretnénk gyógyítani, akiket bevonunk a kezelésükkel kapcsolatos döntéshozatalba.

### Akarják ezt a magyar betegek?

**Lovas András:** Van rá igény. Mivel közegészségügyről beszélünk, és társadalombiztosítást fizetnek az emberek, joguk van tudni, hogy milyen minőségű szolgáltatást kapnak érte. Ma ezt nem tudja megmondani senki.

**Lénárd Rita:** Nem csak a betegekhez, a kollégákhoz is szeretnénk közelebb kerülni, mert az orvostársadalom egyik legnagyobb baja a megosztottság. Az 1001 orvos hálapénz nélkül csoport volt az első, ami ezen változtatni tudott. Ennek a közösségnek a legkülönbözőbb beosztású, politikai és vallási nézetű orvosok lettek a tagjai, rezidens-től a nyugdíjasig. Mindenki egyénileg mondhatta el, hogy milyen problémákat tapasztal, mi pedig ezekre alapozva alakítottuk ki az Újratervezés programját. Egymással kell beszélünk, közösen kell döntenünk, és emellett kell nyitni a társadalom felé.

## Lehet integrálni ennyi különféle véleményt, gondolatot, akaratot?

**Kincses Gyula:** Muszáj. Macerás, sőt, néha idegőrlő közös nevezőre hozni mindazt, ami különböző értékrendű emberek munkája nyomán születik, de hosszú élettapasztalatom szerint mindig sokkal jobb a végeredmény. Megéri megtalálni és kialakítani a konszenzust.

## Eddig az volt a közös cél, hogy leváltsák a MOK vezetését. Valami ellen mindig könnyebb összefogni...

**Kincses Gyula:** Ez nem cél volt, hanem eszköz. A cél egy jobb egészségügy.

## Mennyi időt adnak maguknak arra, hogy eredményeket mutassanak fel, hogy elérjék – mondjuk – a kamarai törvény módosítását?

**Kincses Gyula:** Demagógia lenne azt mondani, hogy holnaptól a másik irányba folyik a Duna, de nem szeretnénk olyan elodázó válaszokat sem adni, hogy „dolgozunk rajta”. Azzal a kitételrel vállaltam az elnökséget, hogy két év múlva bizalmi szavazást kérek a küldöttektől. Addigra valamilyen eredményt fel kell mutatnom; úgy érzem, ez reális időtáv lehet.

## Mik a rövidtávú terveik?

**Kincses Gyula:** Párhuzamosan kell futnia több feladatnak. Sok pontatlanság, lazaság van a MOK alapszabályában, ha valamiben jó is, de nincsenek meg a hozzá kapcsolódó eljárási utasítások. A fővárosi kamara ügye is ennek a szabályozatlanságnak, pontatlanságnak a következménye. Minden prejudikáció és rosszindulat nélkül át kell világítani a kamara mögötti céghálót, mert meg szeretnénk érteni, miért hozták létre, és érdemes-e fenntartani. Ha igen, akkor ennek a működését is transzparenssé tesszük, ha viszont bizonytalan mozgásokra derül fény, azokat le kell zárni. Mindezek mellett neki kell látnunk a programunk gyakorlati megvalósításának is. Hétfőn a kamarában kezdek, bemutatkozom a munkatársaknak, elkezdjük az átadás-átvétel előkészítését, hogy az megfeleljen a technikai és formai követelményeknek. Már az első napon szeretném megírni azokat a leveleket, amelyekben bemutatózó látogatási lehetőséget kérek Kásler Miklós minisztertől, Horváth Ildikó államtitkártól és Gulyás Gergely Miniszterelnökséget vezető minisztertől. Fontosak számunkra a szakmai partnerek, így felveszem a kapcsolatot a gyógyszerési és szakdolgozói kamarákkal, a tisztifőorvossal, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgatójával, a MOTESZ és a Kórházzövetség elnökével.

**Lénárd Rita:** A szakmai és tudományos szervezetek mellett rendkívül fontosak számunkra a rezidensek és az orvostanhallgatók is, hiszen nemcsak a Magyar Orvosi Kamara, hanem a gyógyítás jövőjét is nagyrészt ezek a fiatal orvosok képviselik.

**Álmos Péter:** Szerintem van olyan súlyú az egészségügy helyzete és az orvosi kamara, hogy a miniszterelnöknek is írjunk egy levelet...

Szeretném, ha mielőbb tisztáznánk az egészségügyi sztrájk jogi feltételeit, mert e nélkül nem sok értelme van ott ülni a sztrájk tárgyalásokon. A küldöttközgyűlés a hétvégén elfogadott egy határozatot, amelyben felhatalmazza az elnökséget az önkéntes túlmunka felmondásának koordinációjára, valamint felszólítja a területi szervezeteket arra, hogy az ebben való részvételre bátorítsák a tagságot. Ez egy erőteljes nyomásgyakorlási eszköz, ám a kamara dolga tárgyalni az intézményekkel arról, hogy hogyan lehet ezt a közös cél érdekében alkalmazni.

## Ez zsarolásnak tűnik...

**Álmos Péter:** Ezt visszautasítom! Nem lehet az orvosok személyes felelősségévé tenni, hogy fenntarthatatlan a rendszer. A kollégák szabadidejéről, egészségéről van szó. Itt már eleve a normál munkaidőn felül elrendelt, évi 416 óra túlmunkát is meghaladó, további munkavégzésről van szó. Az önkéntes túlmunka csak arra való, hogy biztosítson némi rugalmasságot, tartalékot az egészségügyi intézmények működéséhez. Magyarországon viszont már a legtöbb helyen erre az önkéntességre épül az ügyeleti rendszer, ezért is élhetünk vele hatékonyan. A zsarolás véleményem szerint az – és ezt törvény is tiltja –, ha az orvosok hivatástudatával és lojalitásával visszaélve bárkit, aki ezt vállalja, hátrányosan megkülönböztetnek, vagy emiatt bármilyen retorzió éri.

## A tagságnak szorosabb kapcsolattartást ígérték, és azt, hogy bevonják őket a döntésekbe. A gyakorlatban ez mit jelent majd?

**Kincses Gyula:** Határozott szándékom, hogy egy héten átlagosan két napot országjárással töltsék. Az egyik nap a szakmai – hangsúlyozottan nem szakpolitikai – konferenciáké, ahol részint figyelemmel kísérhetem a szakterület újdonságait, részint a szünetekben, egy kávé mellett meg tudom hallgatni a kollégák problémáit, javaslatait. A másik napot egy-egy vidéki területi szervezetnél, választókerületnél töltöm el.

**Álmos Péter:** Ezek a találkozók rendkívül hasznosak. A választásokat megelőző országjárás során Nyíregyházán érkezett az az ötlet, hogy élésszük fel a kamarán belül a szakmai munkacsoportokat, amelyek például a saját területüket érintő törvénymódosítási tervezetekre érintésként gyorsan tudnak reagálni. Legyen a kamara a szakmai diskurzus helyszíne.

Számítunk arra, hogy a kezdeti lelkesedés alábbhagy, de nekünk dolgoznunk kell tovább. Arra kérjük a kollégákat, hogy ne spóroljanak a kritikával! Kezdő „kamaristák” vagyunk, ezért biztosan fogunk hibázni is, de abból lehet jól építkezni, ha ezt visszajelzik nekünk.

(Forrás: MedicalOnline 2019. december 2.,  
Tarcza Orsolya interjúja)

Fotó: Kincses Gyula Facebook oldala  
(Fotó: Népszava / Markosov Szergej)

# AZ ORVOSI KAMARA ÚJ ELNÖKE KITEREGETTE A KÁRTYÁIT

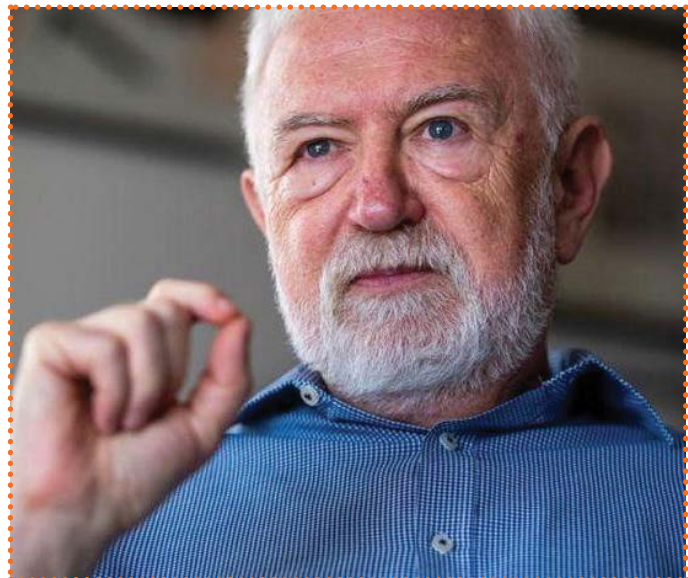
Modern munkaszervezéssel hatékonyabb működést szeretne megvalósítani a Magyar Orvosi Kamara (MOK) élén Kincses Gyula. A szakmai szervezet szombaton megválasztott új elnöke a Nézőpont Intézet Gyógyuló Egészségügy című konferenciáján nyilatkozott céljairól az InfoRádióknak. Kincses Gyula úgy látja, 500 milliárd forint többletforrásra lenne szüksége az egészségügynek, ennek az összegnek tartalmaznia kellene egy nagyarányú béremelést is az orvosok számára.

Kincses Gyula megfogalmazása szerint az orvosi kamara célja leegyszerűsítve az, hogy egy olyan egészségügy jöjjön létre, amiben tisztességgel lehet gyógyulni és gyógyítani. Ennek vannak pénzügyi vonzatai, mert, ha nincs tisztességes bér, felszereltség és megfelelő szakembergárda, akkor hiába beszélünk bármiről – tette hozzá a kamara új elnöke, aki szerint azonban a pénz önmagában még nem oldja meg az egészségügy problémáit, szükség van a szakmai szabályoknak a megújítása és a kamara belső viszonyainak az átalakítására.

Az új elnök tervei szerint változni fog a kamara elnökségének és a tagságának a viszonya, hiszen mint mondta, **nem az elnökségnek van tagsága, hanem a tagságnak elnöksége.**

Közösen döntenének sok mindenben, és alulról várják majd az ötleteket, kéréseket, hogy mibe álljon bele a Magyar Orvosi Kamara. Ehhez viszont át kell alakítani a kamara szerkezetét és működését, profilírozni kell, hogy ki az, aki az alapellátásért, ki az, aki a minőségbiztosításért, ki az, aki a transzparenciáért, az ágazaton belüli humán erőforrás helyzetéért felelős, és egy e-kamara jelleggel ezt az egészet sokkal konzultatívabb, gyorsabb, kapcsolatrendszerűbbé kell alakítani: egy kvázi Facebook-szerű belső kommunikációs vezérletet kell létrehozni, ahol az azonos érdeklődésű kollégákat csoportba lehet szervezni. Így, amennyiben például jön egy rendelet, akkor azon kamarai tagok kapják meg az előterjesztést véleményezésre, akiknek ezzel kapcsolatban van előéletük, tudásuk, érdeklődésük – sorolta az elnök.

Kincses Gyula úgy véli, többletbérezés nélkül, egy egyszerű jelentős, társadalmilag is érzékelhető béremelés nélkül a hálapénz intézmények felszámolása a magyar egészségügyben elképzelhetetlen, de ennek az alapfeltételéről nem őt, hanem a költségvetésért felelős kormányzati szereplőt kell kérdezni. Ugyanakkor a kamaránál úgy gondolják, hogy csak béremeléssel ez sem megoldható. Transzparens egészségügyre van szükség, amiben a beteg



Dr. Kincses Gyula, a Magyar Orvosi Kamara elnöke

elhiszi, hogy mindenütt protokollszerűen ugyanolyan ellátást fog kapni, tehát nincs értelme borítékot dugdosni, hogy érezze, nem tud előnyt szerezni, a sorban előrébb jutni. Tehát ezeket a kapukat be kell zárni, és, ha az egészségügyi dolgozók is tisztességesen, a társadalom szemében elégségesen meg lesznek fizetve, akkor **a hálapénzt akár törvénnyel is be lehet tiltani**, azaz bűncselekménnyé lehet nyilvánítani – tette hozzá.

A Magyar Orvosi Kamara vezetője szerint jelen állapotában **minimum 500 milliárd forinttal több pénz kellene a magyar egészségügy működésébe**, a béremelések tekintetében pedig az lenne a fontos, a mértékén túl, hogy az **ne egy csöpögött és széthúzott, hanem egy egyszerű és érdemi emelés legyen**, amitől az orvostársadalom érezheti azt, hogy végre megbecsült.

A béremelések konkrét mértékével kapcsolatban úgy fogalmazott, miután pár napja van új elnökség, így erről felelősen nyilatkozni, közös döntés és főként a helyzet pontos ismerete nélkül nehéz lenne számára. Látnak számokat az orvosok jövedelmére vonatkozóan, például a Nézőpont Intézet statisztikáit is, amelyek szerintük nem teljesen fedik le az átlag orvos érzetét, miszerint az 800-900 ezer forint körül lenne. Tehát először is tisztán kell látni, majd ezt követően közösen kell dönteni – hangsúlyozta Kincses Gyula, aki szerint az, ami az orvosgyűlésen elhangzott, miszerint a kezdő szakorvosi bér legyen 1 millió forint, várhatóan reális, mind a szakma, mind a politika számára.

(Forrás: WebDoki, 2019. december 10.)



# MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY: AZ EB ADATAI — AZ EMMI MAGYARÁZKODÓ VÁLASZAI

Egy hete jelent meg az Európai Bizottság (EB) egészségügyi országjelentése, amelyet lapunk elsőként ismertett. Tegnap tartották a jelentés hivatalos bemutatóját, a területért felelős Emberi Erőforrások Minisztériuma (Emmi) ezt követően kiadta a kormányzati interpretációt tartalmazó közleményét. Az alábbiakban újra végigvesszük a jelentés megállapításai közül azokat, amelyeket az Emmi is kommentált.

Elsőként az EB jelentést olvashatják, majd az Emmi szó szerinti közleményét idézzük.

Kétévente, azonos adatokat beérve készíti el az uniós tagállamok egészségügyi országprofilját az Európai Bizottság (EB). A legfrissebb jelentést múlt hét végén publikálták, az elszomorító eredményekről elsőként számoltunk be.

A területért felelős Emmi csak egy héttel később, a hivatalos bemutatót követően jelentkezett kommunikációs bravúrral összeállított közleményével, amelyből egy jól működő, eredményes egészségügy, és egy egyre jobban élő, egészséges társadalom képe rajzolódik ki. Vagyis: nincs itt semmi látni-, vagy tennivaló. Alább a részletek:

## Meddig élünk?

**EB:** Magyarországon a születéskor várható élettartam a 2000-2017 közötti, az uniós átlagot meghaladó (71,9 évről 76 évre) emelkedés ellenére még mindig majdnem 5 évvel alacsonyabb az uniós átlagnál (81,9 év) és a legalacsonyabb a visegrádi országok között. A magyar nők átlagosan 7 évvel élnek tovább mit a férfiak (nők: 79,3 év, férfiak 72,5 év).



A nem közötti különbség közel 7 év szemben az EU 5,2 éves átlagával. A 30 éves felsőfokú végzettségű férfiak és az iskolázatlanabb férfiak várható élettartamának különbsége Magyarországon 12,6 év, míg az uniós átlag 7,6 év, a nőknél pedig a magyar adat 6,4 év szemben az uniós 4,1 évvel.

**Emmi:** A születéskor várható élettartam növekvő tendenciát mutat: a nőknél ez ma 79,6 év, a férfiak esetében 72,5 év. 2012-höz képest a férfiak születéskor várható élettartama egy évvel, a nőké 11 hónappal nőtt.

## Milyen állapotban élünk idősebb korban?

**EB:** A 65 éves és annál idősebb magyarok kétharmada (66 százalék) számolt be valamilyen krónikus betegségről, ami 12 százalékponttal magasabb az uniós átlagnál (54 százalék).

**Emmi:** Minőségi változást jelent, hogy nőtt az élettartamon belül az egészséges életevek száma. 2015 és 2016 között a férfiaknál jelentősebb (16,8 hónap), a nőknél kisebb (2,4

hónap) emelkedés volt tapasztalható. Vagyis a férfiak a születéskor várható élettartamuk 82 százalékát, a nők 76 százalékát egészségesen tölthetik.

## Akiknek nem kellett volna meghalniuk

**EB:** Magyarországon az egyik legmagasabb a megelőzhető és a megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás az EU-ban. Megelőzhető halálozás a főként népegészségügyi és elsődleges prevenciók beavatkozásokkal megelőzhető esemény, Magyarországon 100 ezer főre vetítve 325 haláleset tartozik ide, az ország lakosságát figyelembe véve ez egy harmincezeres kisvárosnyi ember. (Kimagaslóan rossz a magyar eredmény a megelőzhető tüdőrák-halálozást illetően.) Megelőzhető halálozásban csak Lettország és Litvánia produkált rosszabb eredményt. Az uniós átlag 100 ezer főre vetítve 161, és a visegrádi országok között a második legrosszabb Szlovákiában sem több 244 főnél.

Az egészségügyi beavatkozásokkal, szűréssel, kezeléssel elkerülhető ha-

halálozásnál a 100 ezer főre vetített 176 fővel hátulról az 5. az uniós listán, a lettek és a litvánok mellett e téren Románia és Bulgária is mögénk került. Ebben a körben az iszkémiás szívbetegségben „sikerült” a legrosszabb mutatót produkálni.

**Emmi:** 2011 óta hazánkban folyamatosan, az EU átlagát meghaladó mértékben csökkent az elkerülhető halálozások száma. Ez a mutató, amely nem az egészségügyi ellátás színvonalát jelzi, hanem azt, hogy hány esetben lett volna elkerülhető egy beteg halála, ha időben orvoshoz fordult volna, a világban sehol sem egyenlő a nullával. Biztató, hogy a hatásos népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozás 2011 és 2015 között a férfiaknál 11,3 százalékkal, a nőknél 2,1 százalékkal mérséklődött, az optimális orvosi ellátással elkerülhető halálozás a férfiaknál csaknem 11 százalékos, a nőknél több mint 5 százalékos csökkenést mutat. Ezek az adatok azonban tovább javíthatóak, ha a lakosság nagyobb arányban vesz részt a rendelkezésre álló szervezett népegészségügyi szűréseken.

## Az orvoshiányról

**EB:** Az uniós átlaghoz képest Magyarországon kevesebb az orvos (ezer lakosra 3,3 fő, szemben az uniós 3,6 fővel) és kevesebb az ápoló (ezer lakosra 6,5 fő szemben az uniós 8,5 fővel). A munkaerőhiányt súlyosbítja az egészségügyi munkaerő elöregedése. Az orvosok megoszlása régióként egyenlőtlen, ez veszélyezteti a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Az elvándorlás megállítására (2010-2016 között 5.500 orvos hagyta el az országot) a kormány bért emelt, ennek következtében lassult az elvándorlás, de az aktuális átlagbér még mindig alacsonyabb, mint a legtöbb uniós országban. A bér mellett a munkakörülmények változtatására is szükség lenne a szakemberek megtartásához.

**Emmi:** A magyarányú bérfejlesztéseknek köszönhetően a felmérés szerint jelentősen csökkent a külföldre

távozó szakemberek száma: 2018-ban 52 százalékkal kevesebb magyar orvos kért munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítványt, mint 2012-ben. Ugyanez a tendencia igaz a szakdolgozókra is: 2015-höz képest pedig 42,2 százalékkal kevesebben vállaltak külföldön munkát. A kedvező tendencia a szakirányú szakképzési ösztöndíjak rendszerének, valamint a jelentős bérfejlesztésnek is köszönhető.

## Dohányzás

**EB:** Az elmúlt években tapasztalható csökkenés ellenére a magyarok a legerősebb dohányosok közé tartoznak az EU-ban. 2017-ben az összes halálozás 21 százalékában (25,5 ezer) játszott szerepet az aktív vagy passzív dohányzás, az uniós átlag ezzel szemben 17 százalék. A 15-16 évesek közel egyharmada állította, hogy dohányzott az elmúlt hónapban, ami a legmagasabbak közé tartozik az EU-ban.

**Emmi:** A dohányzás visszaszorítását célzó szabályozásnak köszönhetően kevesebb fiatal cigarettázik, és csökkent a dohányzók száma a felnőttek körében is. A magyar dohányosok aránya megközelíti az EU-átlagot, az Eurobarométer 2017-es adatai szerint a magyar dohányzók aránya 27 százalék, az EU átlag 26 százalék.

## Elhízás

**EB:** 2017-ben az összes magyarországi halálozás mintegy 28 százaléka (34 ezer eset) volt betudható az étrenddel összefüggő kockázatoknak (beleértve a kevés gyümölcs- és zöldségfogyasztást, a magas só- és cukorfogyasztást. Az uniós átlag ezzel szemben 18 százalék. A helytelen táplálkozási szokások részben magyarázzák az elhízás egyre növekvő előfordulását Magyarországon. 2017-ben a magyar felnőttek ötöde (20 százaléka) volt elhízott, az uniós átlag pedig ekkor 15 százalék volt. Az elhízás és a túlsúly már a magyar gyermekek körében is jelentős probléma.

**Emmi:** A gyermekkori elhízásban Magyarország azon kevés országok

közé tartozik, ahol a 7 éves gyermekeket tekintve megállt a gyermekkori túlsúly és elhízás növekvő trendje.

## Védőoltások

**EB:** A gyermekkori immunizáció aránya sok éve magas Magyarországon, köszönhetően a kellő átoltottságot garantáló határozott szakpolitikának. A kötelező védőoltások és egyes önkéntes védőoltások ingyenesek, az átoltottság (torokgyík, tetanusz, szarmárcöhögés, kanyaró) 99 százalékos, azaz jóval meghaladja a WHO által meghatározott 95 százalékot.

A kockázatnak kitett lakosság a kötelező gyermekkori oltásokon kívül más védőoltásokban is részesülhet, így az influenza elleni, vagy a 12 éves lányoknak a nemzeti védőoltási program keretében biztosított HPV elleni védőoltásban.

Az influenza-átoltottság a 65 év felettiek körében nagyon alacsony, mindössze 27 százalékos, szemben a 44 százalékos uniós átlaggal és a 75 százalékos WHO célértékkel.

**Emmi:** A jelentés kiemeli, hogy a gyermekkori immunizáció a szakpolitikai intézkedéseknek, a védőnők, a háziorvosok, az iskolaorvosok elkötelezett munkájának, és az ingyenes kötelező védőoltásoknak köszönhetően különösen magas Magyarországon. A 12 kötelező gyermekkori védőoltás mellett, a kockázatnak kitett emberek részesülhetnek influenza elleni, a 12 éves lányok pedig a nemzeti védőoltási programban biztosított HPV elleni védőoltásban. A kötelező védőoltások ingyenesek, az átoltottság pedig megközelíti a 100 százalékot.

## Mennyit költünk egészségügyre?

**EB:** Az egészségügyi ágazat krónikusan alulfinanszírozott, fejenként és GDP-arányosan is kevesebbet költ rá az állam, mint az uniós átlag, az ellátási csomag kevésbé nagyvonalú, mint a többi uniós országban. Az egy főre jutó egészségügyi költség 1.468 eurót tett ki 2017-ben, ennél keve-

seppet csak Bulgária, Horvátország és Lettország költ polgárai egészségére. Az uniós átlag ennek mintegy kétszerese, közel 3 ezer euró. Az egészségügyi közkiadások Magyarországon a GDP 4,6 százalékára rúgnak, szemben a 7,8 százalékos uniós átlaggal. Az állam az egészségügyi kiadásoknak csak kétharmadát fedezi, a 79 százalékos uniós átlaggal szemben

Az egészségügy nem kiemelt prioritás, amit az egészségügyi közkiadások viszonylag alacsony, 10 százalékos részaránya is mutat, az uniós átlag 16 százalék. A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás 27 százalékos aránya jóval magasabb, mint a 16 százalékos uniós átlag. A magas önrész aránytalanul érinti az alacsony jövedelműeket. A háztartások közel 12 százaléka szembesült katasztrofális egészségügyi kiadással, főként a legszegényebbek, míg az uniós átlag nem éri el a 6 százalékot. A zsebből finanszírozott összeg majdnem fele gyógyszerre és gyógyászati

segédeszközre megy, ami az egyik legmagasabb arány az EU-ban. A kiszolgáltató csoportokat védő mechanizmusok gyengéek.

**Emmi:** A jelentés kitér a hazai egészségügyi finanszírozás rendszerére is. A mostani kormány 2010-hez viszonyítva 770 milliárd forinttal nyújt több forrást az egészségügynek 2020-ban. A jövő évi költségvetésben közel 2.000 milliárd forint áll majd rendelkezésre egészségügyi célokra, ami 2019-hez képest is 184 milliárd forintos többletet jelent az ágazat számára.

### Kórház

**EB:** Az elkerülhető kórházi betegfelvételek száma Magyarországon a második legmagasabb, az alapellátás nem játszik jelentős szerepet a rendszerben.

**Emmi:** A kórházközpontúsággal szemben az alapellátás megerősítését szolgálja a 10,8 milliárd forintos „Három generációval az egészségért”

pályázat, melynek első fordulójában 79 praxisközösség már megkezdte az egészség megőrzésére, fejlesztésére irányuló munkát, az új pályázati kiírásra pedig 90-en jelentkeztek. Jövőre is folytatjuk az új egészségkultúra programot, amely elsősorban a megelőzésre, az egészség megerősítésére, a betegségek elkerülésére támaszkodik az egészségben töltött évek meghosszabbítása érdekében. A legfontosabb, hogy az emberek megértsék, maguknak is tenniük kell a saját egészségükért, és élniük kell azokkal a valóban kimagasló szűrési lehetőségekkel, amelyeket ma biztosít számukra az állam - zárul az Emmi az országjelentést kommentáló közleménye reflexió nélkül hagyva többek között a daganatos betegek hiányos ellátását, a kiugróan rossz rákhalálási mutatókat, a rossz antibiotikum használatot, a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatásait, a növekvő kórházi adósságokat.

(Forrás: WebDoki 2019. december 8).



# MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY

## – RAJTUNK BUKIK, RAJTUNK ÁLL!

„A legmagasabb szintű ellátás mindenkinek, egy pite az égbolton”

„Highest quality care for all’ is ‘pie in the sky”

(Victor R. Fuchs)

**Alattunk rohad szét a rendszer, ha nem leszünk képesek kiköpni végre néhány folyóméternyi kádári mézesmadzagot – és ha nem leszünk képesek első körben saját életmódunkon is változtatni.**

Sorolom az elmúlt hetek, hónapok, évek egészségügyi szalagcímeit: „Rohad az egészségügy, több béremelést! Bűnbakkeresés, nagybeteg, remény és türelem, megelőzte a bolgár egészségügy is, katasztrófális, kisebb és nagyobb rákfénék, Európában az utolsók közt”

Utáljuk és szenvedünk tőle mindannyian, mert az impozáns bruttóinkat filigrán nettókká karcsúsító állam pont akkor látszik minket az út szélén hagyni, amikor a legelsettebbek vagyunk. Az egészségügyről nem vagyunk képesek civilizált beszélgetéseket folytatni: aki elégedett vele, leginkább azért az, mert alig szorul rá az igénybevételére; aki pedig elégedetlen, azt vagy a kétségbeesés peremére sodorta a fájdalom és a betegség, vagy pedig kényelmes témát kereső és találó ellenzéki aktor. A kívülálló, a beteg és a pártkatona üléspontjaiból nem lehet előremutatató álláspontokat megfogalmazni, így tartalmas diskurzusra sincs esély.

Pedig civilizált, tárgyilagos vitára van szükség, mert alattunk rohad szét a rendszer, ha nem leszünk képesek kiköpni végre néhány folyóméternyi kádári mézesmadzagot.

Nem értünk az egészségünkhöz, nem vagyunk egészségügyi szakemberek, alig észleljük az ellátásunk anyagi vonzatát, de belekényelmesedtünk abba, hogy a tb-nkért minden ingyen jár – ha pedig nem jut, nyüzszítünk.

Joggal tesszük, de mégis igazságtalanul, mert egy korlátos rendszertől kívánjuk vakon a végtelent. Törekednünk kell arra, hogy átlássuk ezt a rendszert, és ebben sokat tud segíteni egy régi ismerős: Victor R. Fuchs amerikai egészségközgazdász, valamint *Who Shall Live*, azaz *Ki éljen?* című könyve, melynek mély igazságtartalmából – bár lassan 34 éves lesz – semmit nem rágott le az idő vasfoga.

### Mindenkinek lesz jó

Kezdjük a legmegrázóbb ténnyel, amit az idén 95 éves Fuchs az arcunkba vág: **nincs olyan, hogy „kimagasló minőségű ellátás mindenkinek”.**

Vagy kimagasló minőségű ellátásunk van (a legmodernebb technikával, mosolygó doktorokkal, várólisták nélkül, méregdrágán); vagy ellátást biztosítunk mindenkinek (hosszabb várakozás után, szerényebb technikai körülmények között, megfizethetően). Ha azt korábban elhatároztuk, hogy nem akarjuk a teljes állami költségvetést egészségügyre fordítani, már politikai döntés kérdése, hogyan egyensúlyozunk minőség és lefedettség között.

Az emberi igényekhez képest az erőforrások szűkösek, és ez az egészségügyben sincs másképp, mint máshol. Ha a minőséget teljes lefedettség mellett kívánnánk emelni, könnyen járhatnánk úgy, mint Ontario tartomány Kanadában, amely költségvetésének 46%-át már 2010-ben is egészségügyi ellátásra költötte. De szembesülhetünk olyan orbitális összegekkel is, mint az Egyesült Államok demokrata elnökjelöltiségéért induló Bernie Sanders, Kamala Harris vagy Elizabeth Warren szenátorok, esetleg Alexandria Ocasio-Cortez képviselő: ha ők a jelenlegi amerikai egészségügyi rendszert államivá alakítanák, az egy évtized alatt 32 billió dollárral, azaz 9,6 billiárd (9.600.000.000.000.000) forintnyi összeggel terhelné meg a központi költségvetést. Ennek a felfoghatatlan összegnek a kitermeléséhez Charles Blahous stanfordi közgazdászprofesszor szerint *„minden személyi és vállalati jövedelemadó megduplázása is elégtelen volna”.* Ennyit tehát arról, hogy egyszerre legyen egy államilag finanszírozott rendszerben magas minőség és teljes lefedettség – ehhez az államnak egyéb feladatainak teljes elhanyagolása mellett egy nagy kórházzá kellene válnia.

Ha minőség és lefedettség között kell egyensúlyozni, a lehetőségeink határán két megoldás áll. A lefedettségre optimalizált rendszer tulajdonképpen a miénk, az államilag finanszírozott (single payer) rendszer: munkaviszony mellett, vagy havi 7.500, azaz évi 90 ezer forint tb-járlék befizetéséért cserébe a magyar rendszer mindenkinek minden baját ellátja (sőt, azokét is, akiknek rendezetlen a társadalombiztosítási státuszuk), és további állami tízmilliárdok mennek OEP-támogatott gyógyszerekre. Panaszkodunk, hogy drágák a gyógyszerek, de amit fizetünk értük, az az uszálya csücskén sincs a valós piaci áraknak.

Lefedettség tehát van, de látjuk a lefedettség-fétises rendszer árnyoldalait: rommá adósodott kórházakban, alulfizetett személyzet között kigyózó végtelen betegsorok, kilométeres várólisták, szimpátiák alapján előresorolt betegek, hálapénz, hozzátartozók által behozott vécépír. Mindamellelt látszik, hogy a magyar igényeket egyál-

talán nem elégíti ki ez a rendszer, az Európai Unió egyik legalacsonyabb tb-járuléka mellett ugyanis az európai átlag majd kétszeresét költjük saját zsebből egészségügyre. Közbetegnek vannak és magánegészségesek: a középosztály apróbb betegségeit, rutinvizsgálatait magánrendelők százai látják el 5, 10, 20+ ezres konzultációs díjakért. Ugyanők csak a megfizethetetlenül drágán kezelhető transzplantációs műtétekkel, rákokkal és egyéb súlyos betegségekkel landolnak az állami kórházakban.

A nem hatékony állami rendszerből menekülve minőséget kereső középosztálybeliek maguktól érik el azt, amit a politika sohasem mert meglépni: az egészségügyi rutin-szolgáltatások magánosodását.

A minőségfétissel azonban ismét nem érünk sokat. A lefedettség-minőség skála másik végpontja az amerikai rendszer, ahol a magánbiztosítók csúcstechnológiás kórházaiban szinte várólisták nélkül látnak el mindenkit – gyorsan, kiváló minőségben, de méregdrágán.

Az amerikai államok középmezőnyéhez tartozó Kaliforniában az egészségbiztosítás átlagos éves díja majdnem 2,1 millió forint, az itthoni éves tb huszonháromszorosa, és ez jellemzően nem is takar minden egészségügyi kiadást – ezt az árat már a nagyjából hétszeres jövedelmkülönbséggel sem lehet megindokolni, ez egyszerűen pófátlanul drága, következésképp nem is mindenki számára megfizethető. [...]

Okosan kell tehát ötvözni a két rendszer előnyeit – de az okos megoldásokhoz okos emberek kellene mind az egészségpolitikában, mind a páciensek között.

És itt jön a képbe minden olyan egészségpolitikai szempont, ami a kórház falain kívül esik.

## Észt adjatok vagy orvosokat

A legtöbb páciens egészségi állapotának alakulása az orvosa munkájától teljesen független. És azok a páciensek, akik a rendelők műanyagszékeit verve őrzöngenek a várólisták miatt és szidnak mindenkit, aki eszükbe jut; azok a választók, akiknek fulladásuk, érlemeszedésük, szívinfarktuszuk és ízületi problémáik hónapjaiban a világ legfontosabb kérdése az egészségügy – nos, ugyanők azok az emberek, akik számára életük elmúlt húsz-negyven-hatvan évében, hatvanszor háromszázhatvanöt-száz-húsz kis napi életdöntés meghozatalánál az utolsó utáni szempont volt az egészség.

Eljártunk, eljárunk úszni? Ésszel ettünk, eszünk? Letettük, letesszük a cigit? Megálltunk, megállunk egy pohár sör meg egy deci kékfrankos után minden este? Nem. Ezekre vezethető vissza az egészségügyi problémáink, problémáink egy jelentős része? Természetesen.

Tehet az orvos, a kórházigazgató, a politikus, de főleg a többi tb-fizető honpolgár az eszement életdöntéseikről, életdöntéseinkről? Nem. És ők töltik – töltjük – meg a rendelőket? Ők bizony. Azaz mi.

És itt üt igazán Fuchs két alaptézise: először is, hogy „az emberi igényekhez képest az erőforrások szűkösek”,

másrészt, hogy „jelentős variáció van abban, hogy az emberek a különböző igényeikhez milyen relatív fontosságot társítanak”. Az egészségüggyel szembeni elvárásainknak összhangban kell lennie mindazzal az aknamunkával, amit az egészségünk ellen napról napra, szorgos aprómunkával végzünk. Magyarul: azt elvárhatjuk az egészségkormányzattól, hogy a SOTE Kútvölgyi Klinikája ne nézzen ki úgy, mint egy zombipárház Pripjaty közepén.

Azt is elvárhatjuk, hogy a nővéreket, a vérszállítókat és a műtőssegeket se a túlmunka, se a bérpapírjukon forintosított éhhalál ne nyírja ki. Elvárhatjuk, hogy a vért izzadva kiképzett orvosok az európai értelmiségiek kényelmes életét élhessék. Végezetül elvárhatjuk, hogy a közösség fizesse a gyógyításunkat, ha az a mi erőnket meghaladná, és elvárhatjuk azt is, hogy kórházi fertőzésekbe ne pusztuljunk bele.

De azt, hogy a túlsúlyunk, ülő életmódunk, gondatlanságunk, dohányzásunk és ivászatunk egyenes következményei miatt annyi orvos-beteg találkozón pátolgaszanak minket, mint Európában sehol máshol; azt, hogy a szanatóriumi rehabilitációnk után visszamehessünk a szalonnás rántottánk mellé cigizni és két hónap múlva ismét a kardiológia várójában csücsüljünk; azt, hogy szakorvossal vagy a sürgősségin vizsgálattassuk meg minden piti kis bajunkat, és mindez még tökéletesen ingyen is legyen – na, azt már nem várhatjuk el. Az államnak itt világossá kell tennie, hogy ez nem jár – és azért nem jár, hogy minden más járhasson. [...]

Van előttünk jó példa is: a svéd egészségügy, amit nem tb-járulékokból, hanem teljes egészében adókból finanszíroznak. A kezelési költségeket és nagyjából évi 70 ezer forint fölött a gyógyszereket is az állam állja, a személyes konzultációkért azonban fizetni kell – van nővér- és orvoskonzultáció, utóbbi drágább, mint az előbbi. Nem is várnak kigyózó sorok életmód-tanácsadásra.

A megoldás hasonló lehetne itthon is: jóval magasabb tb-járuléka, hogy a komoly egészségügyi problémákat jól fizetett személyzet gyorsan és megfelelő kapacitással, hálapénz és egyéb, a páciensre háruló költségek nélkül oldja meg – és igen, kimondom: **a szűréseken kívül legalább szakorvosi vizitdíj kell, hogy csak az menjen orvoshoz, akinek baja van.**

Kevesebb adminisztráció, több szakdolgozói autonómia, hogy már a nővér is megoldhassa mindazt, amit meg tud – és még ezermillió apróbb, józan lépés a hosszú kádári mézesmadzag, a kamu ingyenesség kiköpése után.

Mert ha ezt nem köpjük ki, a világ összes kórházigazgató-, kormány- és rendszerváltása sem segít majd rajtunk. A magyar egészségügy miattunk, magyarok miatt is rossz. Talán nem kellene kollektíve, csökönnyösen, csakazértis egészségtelenül élnünk. Ha mi változunk, változik az egészségügy is velünk. És eredménye végső soron csak ennek lehet.

(Forrás: WEBDOKI, 2019. szeptember 27., [Kohán Máttyás Mandiner cikke nyomán](#))

# MAGYAR ORVOSOK EZREI, NŐVÉREK TÍZEZREI HAGYJAK EL A PÁLYÁT VAGY AZ ORSZÁGOT

Hiába képeznek egyre több orvost és nővért, és hiába fizetnek egyre többet az egészségügyi dolgozóknak, hosszú távon vagy a pályát, vagy Magyarországot hagyják el az egészségügyi dolgozók. Nagyjából így lehet összefoglalni az OECD Health at a Glance 2019 című kiadványának a munkaerőről szóló részét.

Bár a jelentés szerint rövidtávon vannak pozitív jelek, hosszabb távon egyelőre nem sok minden utal arra, hogy ebben érdemi változás lehet. Ráadásul az orvos és nővérhiányt bevándorlókkal sem igazán tudjuk kezelni, és nem azért mert, erre ne lenne igény.

Az OECD kiadványa szerint elég látványosan kettészakadt a fejlett világ az egészségügyi munkaerő helyzetét

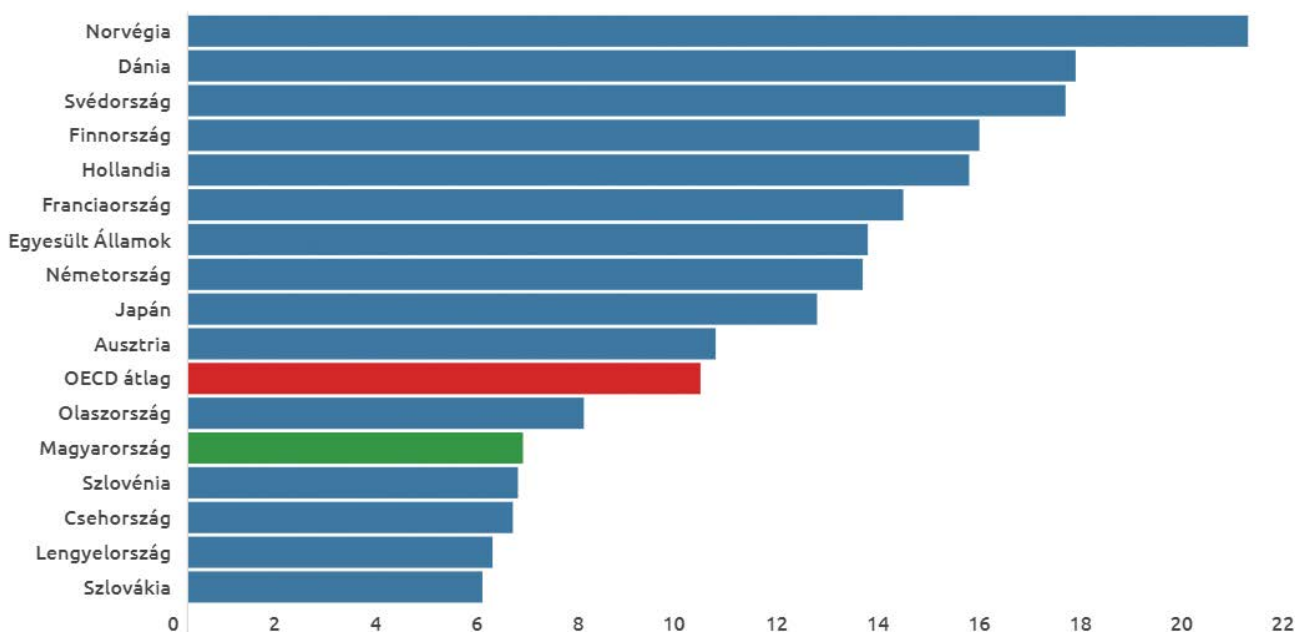
alapján. Miközben a legtöbb országban az elmúlt bő másfél évtizedben látványosan változott az egészségügyben és a szociális szférában dolgozók aránya az összes foglalkoztatotthoz képest, addig Magyarországon például alig. Itthon ez az arány 6,6 százalék volt, csak egy hajszállal magasabb, mint 2000-ben. Mindeközben a csúcstartó Norvégiában ez úgy 21 százalék, hogy a közelmúltban is jelentős növekedést mutatnak az adatok, de a nyugati országok többségében hasonló a tendencia. Japánban például arányaiiban is kétszer annyi ember dolgozott 2017-ben ezeken a területeken, mint az ezredfordulón.

Persze a stagnálás és az egészségügyi dolgozók nemzetközi összehasonlításban alacsony száma nem csak magyar

sajátosság, a kelet-közép európai régióban szinte mindenhol jellemző. A szlovákoknál például nemhogy nőtt, hanem látványosan csökkent a szektorban ténykedők aránya az összes foglalkoztatotthoz képest, a csehekénél és a szlovénoknál pedig ugyan viszonylag látványos volt a bővülés, de így sem érték el a magyar szintet.

Ezeknek a trendeknek elég sok oka lehet, de szinte biztos, hogy mindenhol jelentős szerepet játszik a dologban az orvos-elvándorlás. A magyarországi adatokban pedig ez különösen jól tetten érhető. Ahogy az is elég látványos, hogy az elmúlt tíz évben hogyan nőtt a nyugat-európai országok többségében a külföldön képzett orvosok aránya. Bár pont a témában leggyakrabban emlegetett Egyesült

## Egészségügyi és szociális alkalmazottak aránya



Az összes foglalkoztatotthoz képest 2017-ben.

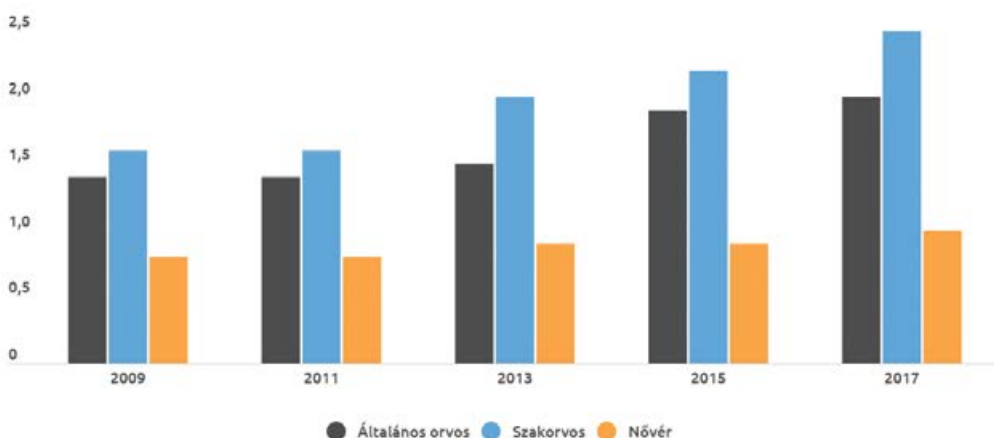
Forrás: OECD

Királyságban némi visszaesés volt, de ott már korábban is rengeteg külföldi, elsősorban indiai, dél-afrikai és pakisztáni orvos dolgozott. Svájcban, Svédországban, a finneké vagy épp a franciáknál viszont tízezerrel helyezkedtek el más országból érkező egészségügyi alkalmazottak.

Jelentős részük pedig valószínűleg valamelyik, az EU-hoz 2004-ben csatlakozott kelet-európai tagállamot hagyta el a jobb élet reményében. A magyar adatokból legalábbis az látszik, hogy hiába kerül ki egyre több orvos és különösen egyre több nővér az iskolapadból, a számuk valahogy mégsem nő. Az OECD szerint itthon 2017-ben másfélszer annyi orvos, és majdnem kétszer annyi nővér végzett, mint 2009-ben, eközben azonban a szakmában dolgozók száma nem nőtt érdemben.

Az OECD által közölt adatokból ki lehet számolni, hogy 2009 és 2017 között itthon nagyjából 12 ezer orvost és háromszor ennyi nővért képeztek. Orvostól azonban mindössze kétezerrel, ápolóiból pedig csak 1.500 dolgozott több Magyarországon 2017-ben, mint nyolc évvel korábban. Persze nyilván nyugdíjazások is voltak ebben az időszakban, ez azonban egészen biztosan nem érint annyi embert, amennyi eltűnt a rendszerből. Különösen, hogy itthon az idős orvosok

## Orvos- és nővérfizetések



Az átlagbérhez képest (az átlagbér=1).  
Forrás: OECD

aránya nemhogy csökkenne, hanem folyamatosan nő: 2017-ben már 43 százalékuk volt 55 év felett.

Mindezt azt jelenti, hogy az orvosoknál ezek, a nővéreknél tízezrek hagyták el a pályát, vagy Magyarországot ebben az időszakban. Ez teljesen egyértelműen a bérekre vezethető vissza: az orvosok külföldön szinte mindenhol jobban kereshetnek, a nővéreknek pedig költözniük sem kell emiatt, hiszen itthon is a szakmák többsége jobban fizet, mint az övék. Ez még úgy is igaz, hogy 2010 és 2017 között láthatóan nőttek a bérek az egészségügyben, és nem csak összességében, de az országos átlagkereset-höz képest is.

Az OECD az idei kiadványban ki is emelte, hogy a kormány jelentősen

növelte a díjazást az egészségügyben az elmúlt években, aminek egyébként az elvándorlásra is volt hatása. A szervezet szerint 2018-ban tizedével kevesebb orvos igényelt külföldi munkavállalási engedélyt, mint egy évvel korábban. Kérdés persze, hogy ez mennyire tartható, az idézett adatok ugyanis még a hazai bérrobbanás előtti időszakból származnak, márpedig az egészségügyi alkalmazottak jövedelme nem, vagy csak jelentős késéssel szokta követni az ilyen piaci változásokat.

Mindenesetre most már Magyarországon is elég sok külföldi orvos dolgozik, ami arra utal, hogy a kormány bevándorlás ellenes hozzáállása az állami alkalmazásban álló orvosokra nem terjed ki. Két éve nagyjából minden tizenkettedik itthon dolgozó doktor szerezte a diplomáját más országban, ami magasabb a kettő, és négy évvel korábbi adatnál is.

Bár az arány és a növekedés üteme nemzetközi összehasonításban sem nagyon kevés, ahhoz biztosan nem elég, hogy pótolja a kieső orvosokat. A nővérekre pedig ez még fokozottabban igaz. Mivel a fejlett országok közül mindössze kettő olyan van, ahol a magyarországinál rosszabbul keresnek a nővérek, szinte biztos, hogy ebben a szakmában nem lehet a bevándorlókra építeni.

(Forrás: WebDoki, 2019. november 14. a G7 cikke alapján)

## Orvosok és nővérek száma



Az orvosok és a nővérek száma ezer, a képzett orvosok és nővérek száma 100 ezer lakosra vetítve.  
Forrás: OECD

# ✓ AMIT A RENDSZER NEM TESZ TÖNKRE AZ EGÉSZSÉGÜNKBEN, AZT LEROMBOLJUK SAJÁT MAGUNK

Rövidebb ideig élnek a magyarok a fejlett világ átlagánál, még kevesebbet egészségesen, de addig is nagyon sokat dohányoznak, és elhíznek. Az ország gyakorlatilag kettészakadt, a városokban élők egészségi helyzete a nyugatiakét közelíti, a vidékieké alig van a harmadik világ felett. Az OECD friss egészségügyi jelentéséből vontuk le a tanulságokat.

Elkészítette a fejlett ipari államokat tömörítő OECD az országokra lebontott egészségügyi jelentését. A Magyarországról szóló megállapításokra finoman szólva sem lehetünk büszkék – azt egyébként is tudtuk, hogy rossz a magyarok egészségügyi helyzete, de a jelentés most ezt számokkal is alátámasztotta.

Az OECD-tagállamok közül öt olyat emeltek ki, amelynek az egészségügyi mutatói tartósan az átlag alatt vannak: Magyarország, Lettország, Mexikó, Lengyelország és Szlovákia vannak a legrosszabbak között. (A lista ellenoldalán, a szinte minden szempontból tartósan kiemelkedők között Japán, Spanyolország, Svájc és Hollandia szerepel.) Számszerűsítve ez azt eredményezi:

- Az átlagos magyar arra számíthat, hogy 75,9 évet fog élni, 4,8 évvel kevesebbet az OECD-átlagnál. Ennél rosszabbul csak Mexikó, Lettország és Litvánia áll.
- 100 ezer magyarból 253 olyan betegségben hal meg, amely a saját életkorának adottságai alapján megelőzhető lett volna, ha jól működne az egészségügyi rendszer, további 136 pedig olyanban, amely nem megelőzhető, de legalább



gyógyítható. Összesítve ennél rosszabb adatot csak Lettorszáiban mértek.

- A halálokok között a krónikus betegségek aránya 7,6 százalékos nálunk, ezzel nem állunk túl távol az OECD-átlagtól.
- A 15 éven felüli magyarok 11,9 százaléka értékeli rossznak a saját egészségi állapotát.

A jelentés külön vizsgálja a legnagyobb kockázati tényezőket. Ebből arra juthatunk: a környezeti hatások sem jók nálunk, de az önsorsrontásban is erősek vagyunk. Százezer magyarból 83 olyan okból hal meg, amelynek köze van a légszennyezettséghez, ez több mint duplája az OECD-átlagnak, és csak a lettországi mutató rosszabb nála. Az, hogy milyen a levegő, nem egyéni választás kérdése (leszámítva persze a magyar légszennyezés egyik fő okát,

a nem megfelelő fűtést) – az már annál inkább, hogy a 15 évesnél idősebb magyarok 25,8 százaléka minimum napi szinten dohányzik, amiben csak a görögök előznek meg minket.

Az alkoholfogyasztást is mérték: a 15 év feletti magyarok egy év alatt 11,1 liter tiszta alkoholnak megfelelő italt fogyasztanak. Ez is átlag feletti ugyan, de legalább nem a szegénylista legalján vagyunk: Litvánia, Franciaország, Ausztria, Csehország, Luxemburg, Lettország és Írország lakói is többet isznak a magyaroknál. Ami pedig az elhízást illeti:

a 15 év feletti magyarok 62,3 százaléka túlsúlyos vagy elhízott.

Akármilyen magas is ez a szám, külön szomorú az OECD egészére nézve, hogy ez bizony csak a 11. legrosszabb adat. Meglepő módon az 5-9 éves gyerekek közötti elhízásban nem ál-



lunk vésszesen rosszul, a 31,4 százalékos arány pontosan megegyezik az OECD-átlaggal, valamit tehát később rontunk el.

A vizsgált országok: Az EU tagállamai, valamint Svájc, Norvégia, Izland, az Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland, Chile, Mexikó, Törökország és Izrael kerültek be a felmérésbe

De ha már baj van, legalább el lehet jutni az orvoshoz. Ez alapvető megállapításnak tűnik – egészen addig, amíg az ember európai fejfel gondolkozik. Európában 20 ország is van, ahol a lakosság 99,9 vagy 100 százaléka hozzájut az orvosi ellátáshoz, amikor szüksége van rá, és a költségek 75-85 százalékát vagy az állam állja, vagy a társadalombiztosítási kasszák korábbi befizetései. Ebben a szegmensben a szégyenpadra az Egyesült Államokat ültették ki: ott az összes orvosi kiadás felét az embernek valahogy saját zsebből kell kifizetnie akkor, amikor beteg lesz, így aztán nem is csoda, hogy ha egy amerikai megbetegszik, akkor 35 százalék esélye van arra, hogy nem kapja meg a megfelelő orvosi ellátást.

De természetesen az, hogy Európa legtöbb országában minimum 99,9 százalékos az orvosok elérhetősége, nem jelenti azt, hogy mindenhol ez a helyzet. És ezen a ponton sajnos vissza kell térnünk Magyarország példájához: a magyarok 6 százaléka nem fér hozzá az alapszintű orvosi ellátáshoz, az pedig aligha vigasztalja őket, hogy a lengyeleknél, a szlovákoknál és az észteknél is hasonló a helyzet. Az összes egészségügyi kiadás kicsit több mint kétharmadát, 68 százalékát állja az állam (és ugyan nem részletezik ezt számszerűsítve, de hozzáteszik, hogy még magasabb az arány a szegényeknek és a középosztálynál, a gazdagok választják általában a magánorvosokat).

## Kettészakadt az ország

Magyarországon 1.000 lakosra 3,3 orvos és 6,5 nővér jut. Mindkét adat egy kicsivel alacsonyabb csak az át-

lagnál, vagyis úgy tűnik, a nagy baj az orvoselvárdorlás ellenére sem az egészségügyi dolgozók összesített száma, hanem az, hogy a szegényebb helyeken kevés az orvos. A 3,3-es adat úgy jön ki, hogy a városokban majdnem 2,5-szer több az ezer főre jutó orvos, mint a falvakban. De keveset is költünk az egészségünkre: a vásárlóerőhöz viszonyítva az egy főre jutó magyarországi egészségügyi kiadás kicsivel több csak, mint az OECD-átlag fele.

De egyébként sem lehet csak úgy elmenni az országon belüli különbségek mellett: azt külön kiemeli a jelentés, hogy Európa keleti felében, így Magyarországon is gyakorlatilag kettészakadt a társadalom. Egy kicsit részletesebb bontásban az a megdöbbentő adat jön ki, hogy

a diplomás magyar férfiak 12,6 évvel élnek tovább az alacsony képzettségűeknél, a nőknél pedig 6,4 év a különbség.

Természetesen nem a képzettségünk miatt, hanem mert jellemzően a magasabb végzettségűek azok, akik egészségesebben élnek, és még gyógyszerre is marad pénzük a rezi befizetése után.

Ha egy magyar ember megérte a 65. születésnapját, akkor a hátralévő élete nagyjából 60 százalékát töltheti egészségesen. Ez első ránézésre nem is olyan rossz – más megvilágításba akkor kerül, ha melléteszük az Eurostatnak azt az adatsorát, amely szerint átlagban a magyarok kevesebb, mint 60 egészséges évet élnek. Vagyis az átlag úgy jön ki, hogy rettenetesen sokan halnak meg az ötvenes éveikben, miután hosszú ideig betegeskedtek, aki pedig nem, az élhet már majdnem olyan jól, mint egy átlagos közép-európai.

## Rák, mi más?

Magyarországon igazából nem lepdünk meg, ha kiderül, hogy valaki rákban halt meg. Ez nálunk annyira népbetegség, hogy egyetlen más or-

szág sincs a vizsgálatban, ahol ennyire sok volna a rák miatti halál: nálunk 100 ezer emberből 275 a mutató, a listán második legrosszabbul álló Szlovákiában és Szlovéniában is csak 243.

Vagyis nem egyszerűen rossz a helyzetünk, hanem sokkal rosszabb mindenki másénál.

És ez még nem minden. Három ország is van ugyanis – Ausztrália, Új-Zéland, és Írország –, ahol a lakosságszámhoz képest több a rákos megbetegedés, mint itt, a rák okozta halálozások listájában viszont mindhárom ország megbújik a középmezőnyben. Azaz ott már eljutottak oda, hogy ha valaki rákos lesz, akkor egész jó eséllyel túléli, míg nálunk 74 százalék az esély a halálra.

Ami a szívbetegségeket illeti: 100 ezer magyarból 286 hal meg valamilyen keringési probléma miatt, 99 pedig stroke-ot kap. Mindkettő az OECD ötödik legrosszabb mutatója, de azt azért ehhez hozzá kell tenni, hogy legalább a stroke-ok számában nagy a magyar javulás 2000 óta, amikor ezt elkezdte a szervezet összesíteni.

## Legalább a várólisták rövidülnek

Van olyan részlete is az egészségügynek, amelyben Magyarország dicséretet kapott: a műtetre várakozás időtartama nálunk, valamint Dániában csökkent a leglátványosabban az elmúlt öt évben. A jelentés egy külön fejezetet szán a magyar helyzetre: elsősorban az online várólisták terjedésének tudják be a javulást, valamint annak, hogy a kormány külön pénzt adott a leghosszabb várakozási idők csökkentésére. De azt is kiemelték, hogy nagyobb lett a mobilitás, most már bátrabban átküldik az embereket a lakhelyüktől távolabbi kórházba, csak kerülhessenek orvos elé hamarabb.

(Forrás: WebDoki, 2019. november 10., a HVG cikke nyomán)

Fotó: Czeplédi Zsolt / MTI

# ✓ 10 OKOS MEGOLDÁS NEHÉZ BETEGEKHEZ

**Dr. Sterling Ransone virginiai házi orvos minden egyes alkalommal már előre rettegett, amikor a vizitekre rendszeresen az aggodalmaival teleírt jegyzetfüzettel érkező beteg jelentkezett be rendelésére.**

„Amikor először láttam az írókönyvet, nem hittem a szememnek – különösen, amikor a lap aljához érve lapozott egyet a páciens” – idézi fel.

Dr. Ransone úgy érezte, muszáj megoldást találnia a helyzetre. Manapság már minden vizitet azzal kezd, hogy megnézi a listát. Ennek segítségével már előre tudja fejben csoportosítani és megválaszolni a panaszokat, miközben a beteggel az aznapi alkalom során körbejárando tüneteket próbálják azonosítani. Az orvos stratégiája, hogy ezt a két panaszt felírja a táblára, hogy ezzel is segítse a fókuszálást. Betege ettől úgy érzi, meghallgatják, a legfontosabb kérdéseire választ kap. Az alkalom végén új időpontot is kijelölnek a többi aggodalom átbeszélésére.

Akár mérgesek, akár szoronganak, beszélgetések vagy szűkszavúak, gyakran érezhetjük úgy, hogy a páciensekkel való munka igazi érzelmi hullámvasút – véli **Dr. Terry Schraeder**, aki az orvos-beteg kommunikációról könyvet is írt. Amikor pedig ez a helyzet, elengedhetetlen nem csak a beteg, hanem az orvos és a kollégák számára is, hogy a megfelelő szavakat találjuk meg. Szinte minden orvosnak van egy-két kihívást jelentő betege. Mindez frusztráló lehet – ám a legtöbben azért végül kialakítanak olyan megküzdési módokat, melyekkel a nehéz betegekkel egyszerűbbé válnak a találkozásaik.

## A Medscape tíz jellemző szituációt és megoldásukat gyűjtötte össze

(Ez elsősorban orvosoknak szól, de véleményem szerint sok beteg tanul-

hat belőle és kezelő/gondozó orvosát is jobban megértheti – a referáló megjegyzése).

### 1. Amikor a beteg nem mondja el, mi a baja

**Dr. Gary LeRoy** családorvos szerint sok beteg számára kellemetlen a tüneteikről beszélni, emiatt pedig egyfajta keringőt járnak: „Minderről beszélek, ami az életükben épp történik és egészen addig várnak az izzadásig fokozódó mellkasfájdalmuk említésével, amikor már a kezem épp a kilincsen van”.

Amikor Dr. LeRoy úgy érzi, a beteg kerülgeti a forró kását, a szemébe néz és megkérdezi, van-e még valami más is. Ha ez sem működik netán, tényleg feláll és a kilincsre teszi a kezét. Ekkor a páciens általában ráeszmél, hogy az orvos indulni készül, s végül csak elhőzokodik a panaszával.

### 2. Ha a látszat csal

Gyermekegyógyászként **Dr. Susan Kresslynek** bőven kijut síró babákból, flegma kamaszokból és követelőző szülőkből. Ezért amikor nemrégiben arra lépett be a vizsgálóba, hogy a gyerek az asztal alatt kuporogva azt üvöltötte: „Fogd már be, elegem van! Az agyamra mész!” – hamar rájött, hogy kis betegek csak azokat a mondatokat ismétli, amiket otthon hall.

Dr. Kressly tudta, hogy ez a vizit bizony nem az oltásról vagy gyógyszerrekről fog szólni. Ehelyett inkább beszélgetni fognak. Megkérte az egyik ápolót, hogy a szomszéd szobában játsszon a kislánnyal, amíg ő leül az édesanyjával foglalkozni. A beszélgetésben az anya megnyílt és kiderült, rendkívül stresszes az élete, ami kihat

arra, ahogy a gyerekével beszél. Az orvos ekkor fel tudott ajánlani olyan intézményeket és szolgáltatásokat, melyek támogathatják őket ebben a helyzetben. Kressly úgy látja, néha ezek a beszélgetések fontosabbak, mint amilyen hatást egy-egy vénnyel el lehet érni.

### 3. Miért sír a páciens?

Arra megyünk be a beteghez, hogy vigasztalhatatlanul zokog – a rutinvizsgálatnak vagy egyszerű kontrollnak tehát annyira.

Dr. Kressly nemrégiben arra lépett be az eredetileg csak kontrollnak induló alkalomra, hogy serdülő páciense és édesanyja is sírtak. „Az ilyen helyzetben muszáj a humanitást előtérbe hozni. Odébb tettem tehát a gépemet és megkérdeztem, megölelhetem-e őket. Mindketten felálltak és egy csoportos ölelést kezdeményeztem. Ekkor tudtam, hogy a pusztán utánkötés helyett valami egészen más vár ma rám.”

Kiderült, hogy az anyánál frissen diagnosztizáltak egy daganatot és ezt épp az imént mondta el fiának. Kressly ezt követően az egész alkalom arra használta, hogy a diagnózisról beszéljessenek és segítsen feldolgozni a hírt. A gyerekgyógyász szerint meg kell tanulnunk úszni az árral és azzal dolgozni, amit a beteg hoz. Néha ugyanis megpróbáljuk a saját ügymenetünkbe erőszakolni a pácienseket – a legtöbbször teljesen feleslegesen.

### 4. A beteg, aki már dühösen érkezik

Egyszerűbb hatékonyan lefegyverezni a dühöngő vagy sértő módon viselkedő páciens, ha nem a derült égből kapjuk a nyakunkba – vallja **Dr. Ada Stewart** házi orvos. Ha előre tudjuk és megértjük a beteg haragját, akkor elkerülhetjük, hogy defenzívá váljunk. Emellett ha indokolt, így könnyebben tudunk tőle bocsánatot kérni és összességében is nyugvóponttra terelhetjük a szituációt.

„Ha azt mondom nekik – „Már a recepciónál hallottam, hogy Ön valami miatt nagyon mérges, segíthetek valamiben?” – azzal segítséget ajánlok és félreteszem saját magamat. Az

esetek 99 százalékában ez működik és a betegek megnyugszanak” – magyarázza.

Kérjük meg kollégáinkat, szóljanak előre a dühös páciensekről. Gyakran nem csak kellemetlen, ha arra érkezünk, hogy valaki azonnal ránk förmed – hanem defenzívékké válhatunk vagy mi magunk is dühbe gurulunk. Beszéljünk munkatársainkkal és osszuk meg velük, miért is szeretnénk előre tudni az ilyen esetekről.

### 5. Síri csend a vizsgáloban

Dr. Schraeder hangsúlyozza, hogy a kommunikáció nem csak a szavakkal történik. Szerinte mindannyian olyannyira tartunk a beszélgetésben bekövetkező szünetektől, hogy inkább locsogással töltjük ki ezeket. A közösen megélt csend azonban lelassítja a rohanást, segít megfigyelnünk a beteget és lehetőséget ad neki is arra, hogy spontán módon felhozzon valamit.

Fontos odafigyelnünk ugyanakkor arra is, hogy a páciens nem azért hallgat-e, mert valamilyen kérdéssel nehezen birkózik meg vagy nem tud előhozakodni egy panaszával. Érdemes emiatt mindig megkérdezni a betegeinktől, hogy is vannak, van-e valami amiről szeretnének beszélni.

### 6. A beteg zaklatott és nem tudja folytatni a vizitot

Mindannyian ismerjük a kihívást, amit a ketyegő óra melletti értő figyelem jelent. Dr. Stewart javaslata az ilyen helyzetekre, hogy tartsunk szünetet. Ezalatt a beteg rendezheti magát és mi is haladunk valamennyit a munkánkkal.

Nemrégiben egy öleléssel, zsebkenődéssel és 15 percnyi aktív figyelemmel nyugtatta meg egyik páciensét. Eljön azonban az idő, amikor a többi betegre is tekintettel kell lennünk, ezért azt mondta: „Most kimegyek egy pár percre, ezalatt ihat egy kis vizet, megmoshatja az arcát és egyedül lehet. Utána visszajövök és beszélhetünk még.”

Gyakran nagyon hasznos a szünet beiktatása. Dr. Stewart ezalatt például két másik beteget is el tudott látni. Mikor visszatért, addigra síró páciens

se megnyugodott és az orvosnak már csak el kellett irányítania a megfelelő helyekre, ahol adekvát segítséget kaphat.

### 7. Szorongó betegünk folyamatosan hívogat

A betegek szorongásait a legjobb, ha megtanuljuk kreatívan kezelni. Dr. Kressly szerint néha az a legcélravezetőbb, ha a kihívást jelentő beteggel kilépünk a megszokott keretektől. Egy olyan anyát idézett fel saját praxisából, aki minden péntek délután betelefonált hozzájuk, hogy azon nyomban meg kell nézniük a kislányát.

Miután több héten keresztül is makkegészségesnek nyilvánította a gyereket, Kressly megkérte a munkatársait, hogy a nap utolsó időpontjára hívják be az édesanyát, hogy beszélgethessenek egy kicsit minderről.

Kiderült, hogy a nő szinte állandóan szorongott és a saját családja is teljesen elbizonytalanította szülői kompetenciáiban. A hétvége, amikor nincsen iskola, különösképpen aggodalommal töltötte el. A helyzet megértvén Kressly megszervezte, hogy egy házi ápolójuk minden péntek reggel benéz az anyához és támogatja abban, hogy magabiztosan induljon neki a hétvégének.

### 8. Az állandóan beszélő beteg

Bizonyos betegekkal szükség van a stratégiai tervezésre, hogy az idő szűke ne emésszen fel minket teljesen. Történhet ez szavak nélkül is, ám a jól átgondolt időzítéssel mindenképp javulni fog a kommunikációnk is – kiváltképp, ha a betegünk igen szeret csevegni.

Dr. Ransone és csapata minden áldott nap ennek szem előtt tartásával szervezik meg a rendelőt. Ennek segítségével kis extra időt kapnak azok a betegek, akiknek rengeteg a mondanivalójuk.

Az orvos egyik legnehezebb betege egy fibromyalgiában szenvedő bipoláris nő volt. Mindig a rendelő legutolsó időpontját adták neki, mivel a mániás epizódok során nehezen koncentrált. Ha több időt adunk a páciensnek, azzal nem csak arra kap lehetőséget, hogy végigmondja a

mondandóját, hanem mi is figyelme-  
sebben és türelmesebben hallgathatjuk.

„A medicina egyszerre nagy kihívás és kirakós játék is. Ha az idő szűkét enyhíthetjük, az sokat segít a szakma gyakorlásában” - véli Ransone.

### 9. A beteg, aki nem nem beszél a kezelésről a családjának

Az efféle helyzetekben a hozzátartozókból könnyen szövetségest faraghatunk magunknak. Amikor Dr. LeRoy úgy érzi, hogy a betege nem igazán vonódik be a kezelésbe, gyakran arra kéri őket, hozzák el egy családtagjukat a következő alkalomra.

Ekkor aztán feleleveníthetjük a pácienssel folytatott korábbi beszélgetésünket a gyógyszerek megfelelő szedésével kapcsolatban. Ilyenkor szokott kiderülni, hogy a hozzátartozó nem is tud semmit arról, hogy szeretnének egyáltalán felírtak valamit. Ebben a pillanatban pedig új szövetségesünk születik.

### 10. A követelőző beteg, aki mindent jobban tud

Legyen szó akár antibiotikumról a gyerek fülgyulladására vagy éppen séggyel opioidokról a hátfájásra, egyes betegek könyöröghetnek, sértegethetnek, hazudhatnak vagy valamilyen más módon megpróbálhatnak manipulálni bennünket. Ilyen esetben a leggyakrabban nemet mondunk és azt írjuk fel, amit tudásunk és tapasztalataink alapján a legmegfelelőbbnek tartunk. Meg kell bízunk saját klinikai döntésünkben.

**Dr. Alan Schwartzsteinnak** bevált mondata van ilyen helyzetekre. Nemrégiben visszautasította kontrollálatlan diabetéses, szívbeteg, hipertóniás betege kérését a bokaműtetre. Habár megértette betege frusztrációját, el is magyarázta álláspontját, de nem volt hajlandó vitába szállni. Azt mondta neki: „Ne haragudjon, de nem érzem jól magam, ha más döntést hoznék”. Végző soron úgyis azt kell tennünk, ami szerintünk a legjobb a betegnek.

(Forrás: *Medscape nyomán Webdoki, 2019. november 22.*)

# ALVÁSZAVAROK

**Dr. Purebl György magatartásterapeuta a WebDoki-ban négyrészes video-sorozatot közölt az alvászavarokról. Ennek nyomán született az alábbi összefoglaló kommentár:**

Az alvászavarok a XXI. század civilizációs betegségeinek további sorát bővítik azért, hogy részben önmagukban is új egységet képviselnek, részben pedig a már ismert civilizációs megbetegedések (mint az elhízás, magas vérnyomás, diabétesz, depresszió) következményei is.

Az alvászavarok – alvászavarok – két kiemelt típusa az álmatlanság és az apnoé.

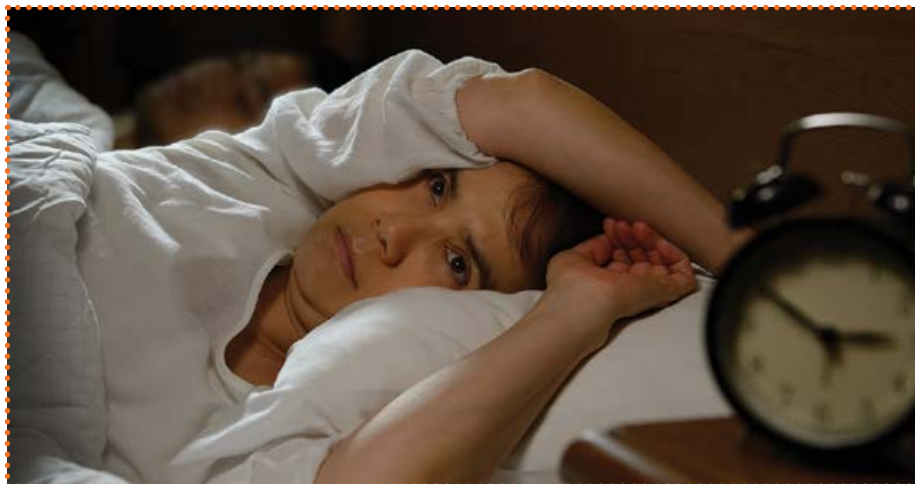
## Alvási apnoé

Alvási apnoé-ról akkor beszélhetünk, ha az alvás folyamán időszakos légzéskimaradások lépnek fel, melyek az agy, az idegsejtek krónikus, alvás alatti oxigénszegénységhez és következményes szellemi hanyatláshoz vezethetnek. Apnoé jelentkezhet perifériás formában (ekkor a légutak, mint akadály szerepelnek a háttérben), és centrális apnoeként is, mely állapot a mikrocirkuláció zavarára, kísérőbetegségekre jellemző (kiemelten kardiológiai megbetegedések, diabétesz mellitus fennállása). Kiemelhető, hogy a kezdődő demencia első jelzője az álmatlanság megjelenése is lehet.

## Álmatlanság

Az álmatlanság az esetek 50%-ában pszichés, 50%-ában szomatikus betegség talaján jelentkezik, ún. valódi pszichoszomatikus kórkép. Jelentőségét nem csupán az adja, hogy önmagában is rendkívül kínzó, és komoly másnapi következményei (fáradtság, ingerlékenység, a reakcióidő megnyúlása, figyelmetlenség és memóriazavarok) vannak, tartós fennállása pedig egyenes arányban áll a testi és a mentális egészség romlásával, mint magas vérnyomás, depresszió és következményeinek megjelenése. Az elhízás – az álmatlanul töltött időszak megváltozott hormonális vonzataként – lényegesen gyakoribb az álmatlanságban szenvedő személyeknél.

Az álmatlanság háttérben bizonyos gyógyszerek mellékhatása is szerepet játszhat, különösen vérnyomás- és pulzusszám-csökkentő készítményeké. Ugyanakkor rendkívül fontos, hogy mindennemű testi betegség – kiemel-



ten a krónikus megbetegedések – a legteljesebb mértékben egyensúlyi állapotban legyenek.

Az álmatlanság kezelésbe vételének első lépése a primer ok feltárása és gyógykezelése, megszüntetése.

Az életmód rendezésének a szerepe – kiemelten a rendszeresség – nem hangsúlyozható eléggé, sajnos azonban ez sok esetben nem megvalósítható (pl. váltott műszakban dolgozók esetében). A másik döntő faktor a jó alvás – és a jó egészség – biztosítása érdekében az ún. egészséges táplálkozás, mely a rostús, zöldségben-gyümölcsben gazdag, fehér-cukor szegény/mentes táplálkozás alap-elemeit foglalja magába. Természetesen alap a megfelelő alváshigiéne, a kellő alváskörnyezet megteremtése: kellemes ágy, megfelelő hőmérsékletű hálószoba és a zavaró környezeti hatások kizárása.

Az életmód rendezésével párhuzamosan – különösen a terápia első időszakában – altatók adására is szükség lehet – ekkor az úgynevezett „Z-szerek” választása ajánlott. Alkalmazásuk ideje korlátozott – első megközelítésben 2, illetve 4 hetes időszakban kerülhet sor szedésükre.

Az altatók alkalmazásánál figyelembe kell venni az intermittáló adagolást: ez esetben csupán a hét bizonyos – a mentális állapottal összhangban lévő – napjain kerülhet sor bevételükre. Sajnos gyakran tapasztalható a rossz gyakorlat.

Amennyiben a kezdeti néhány hetes időperiódus letelét követően az álmatlanság stagnálásával találkozunk, úgy részben az alapdiagnózis revíziója szükséges, részben szakemberrel (alvásspecialista, pszichiáter) lehet indokolt konzultálni, mérlegelésre kerülhet – megfelelő indikáció esetén – az úgynevezett kognitív viselkedésterápia is.

(Forrás: Dr. Radics Judit pszichiáter kommentárja, WebDoki, 2019. november 14.)

# KISHÍREK... KUTATÁSOK



A cikkek referálója:  
**Dr. Fövényi József**

belgyógyász, diabetológus,  
orvos-főszerkesztő

Kutatás

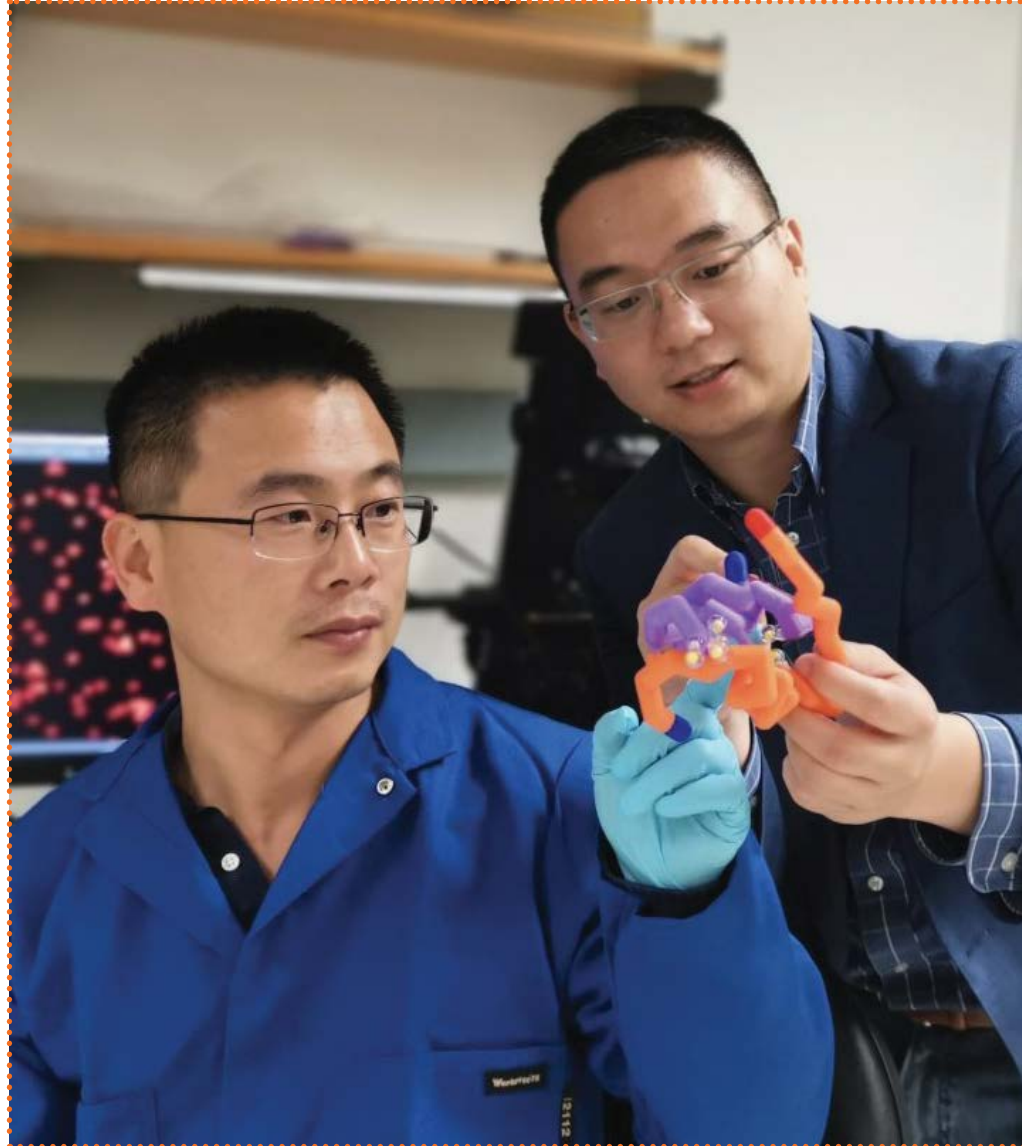
## + „OKOS” INZULIN A HIPOGLIKÉMIÁK KIVÉDÉSÉRE

Magazinunk hasábjain évek óta rendszeresen beszámolunk a számtalan törekvéstről, melyek mind az inzulinkezelésre szoruló diabéteszesek életét hivatottak könnyíteni, életminőségüket javítani. Az egyik ilyen lehetőség az „okos” inzulin volt, mely akkor és olyan mértékben szívódik fel, amilyen mértékben azt a vércukorszintek megkövetelik. Erről az okos inzulinról azonban 3 éve semmit nem hallottunk.

Egy újabb megoldás viszont „elozta” az „okos” inzulin jelzőjét (angolul: *smart*), de teljesen más megközelítést alkalmazva. Ez esetben az inzulin molekulához csatolnak egy másik molekulát, amit *glucose transporter inhibitor*-nak neveznek, azaz a glukóznak a sejtek általi felvételét gátló molekuláról van szó. Ennek hatására normális vércukorszintek esetén az aktuális inzulin szintektől függetlenül, a sejtek nem vesznek fel cukrot, ami által nem csökken hipoglikémiás szintekre a vércukor. Ezt a kiegészített inzulin molekulát i-inzulinnak nevezték el a Kalifornia Egyetem (UCLA) kutatói.

A glucose transporter inhibitor úgy hat, hogy reverzibilisen kötődik a sejtek felületén a glukóz transzporter receptorokhoz az aktuális vércukorszintek függvényében. Vagyis, ha étkezés után a vércukor emelkedni kezd, ez a molekula elválk a receptoroktól és azok az inzulin hatására akadálytalanul felveszik a glukózt a vérből és ezáltal megakadályozzák a vércukor túlzott megemelkedését.

A vércukor csökkenésekor pedig fordítva: a receptorokhoz kötődnek



és akadályozzák a cukorszint további csökkenését.

Állatkísérletekben először egészen vizsgálták az i-inzulin hatását. Amennyiben inzulinhiányos diabéteszes egereknek normál inzulint adtak, annak a hatása 4 órán át tartott, viszont az i-inzulin 10 órás hatásának bizonyult és kivédte a hipoglikémiákat. Egyelőre a kutatók azon gondolkod-

nak, hogy az i-inzulint bőrre ragasztható, mikrotűkkel ellátott tapasz, vagy szájon át bevihető tablettá formájában alkalmazzák, majd elkezdik az emberi vizsgálatokat is.

(Kíváncsian várjuk ezek eredményét – a referáló megjegyzése).

(Forrás: [Genetic Engineering & Biotechnology News](#),  
2019. május 20.)

## + KAPSZULA, MELY A VÉKONYBÉLBE MIKROTŰKKEL A BÉLFALBA JUTTATJA AZ INZULINT

Magazinunk korábbi számában beszámoltunk (2019/1. 40-41. oldal) az inzulin gyomorfalba juttatásának merőben új módjáról, amennyiben a magyar gömböc, ill. egy teknős-fajta alakjára hasonlító kapszula a gyomorban mindig „talpára” állva

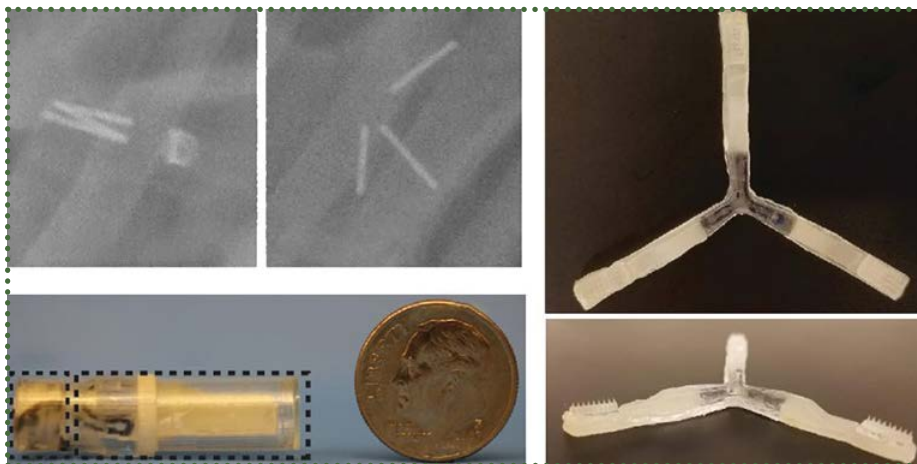
mikrotűket bocsát ki és ezeken át fájdalommentesen inzulint bocsát a gyomorfalba, feleslegessé téve az injekciózást.

Most egy újabb, hasonló megoldásról lesz szó. A Massachusetts Institute of

Technology kifejlesztett egy 3 cm-es kapszulát, mely lenyelve a gyomorsavnak ellenállva a vékonybélbe jut és 6-os pH-jú közegben kinyílik háromkarúra, melyeken szintén 1 mm-es mikrotűk vannak, melyek egy injekciós mennyiségű inzulint injiciálnak a bélfalba, ahonnan az azonnal a keringésbe jut, mégpedig a legfiziológiásabb módon, először a májba. Ezt követően a kapszula megemésztődik és a bélből kiürül.

A „karok” hosszának a méretezésével szabályozni lehet, hogy kisebb vagy nagyobb adag inzulint juttassanak a szervezetbe. Egyelőre még megoldandó probléma az inzulin mennyiségének az étkezésekhez történő igazítása. A sertésben végrehajtott vizsgálatok eredményei meggyőzőek, az emberi vizsgálatok még nem kezdődtek el.

(Forrás: [Nature Medicine volume 25, pages 1512–1518 2019](#))



## + ÚJABB ZÁRT RENDSZERŰ (CLOSED-LOOP) INZULINPUMPA RENDSZER

Az Egyesült Államokban eddig egyetlen zártrendszerű (vagyis CGM-mel összekapcsolt, megfelelő algoritmus segítségével a bázisinzulin rátát folyamatosan változtató) inzulinpumpa-rendszert forgalmaztak, a Medtronic 670G-t, mely már Magyarországon is elérhető.

Egy új amerikai vizsgálatban egy még fejlesztés alatt álló CGM-mel vezérelt inzulinpumpát (Control-IQ) vizsgáltak 468 1-es típusú diabéteszesen – köztük 29% serdülőkorún – melynek keretében az új closed-loop pumpát összehasonlították egy másik, szintén CGM-mel kapcsolt pumpával. A betegek kiindulási HbA1c szintje 7,4% volt.

A hat hónapos kezelés során a vizsgált closed-loop pumpakezelés mellett a betegek vércukra az idő 71%-ában mozgott a céltartományon (4–10 mmol/l) belül, míg a kontroll pumpával kezelték csak 59%-ban. Ezzel szemben a Control-IQ pumpa



mellett több volt a nem kívánatos esemény (14% a 4%-kal szemben), főként 16 mmol/l-es szintig kiugró vércukrok, a szerelések hibájából. Súlyos hipoglikémia egyik pumpakezelés mellett sem fordult elő.

Az eredmények ígéretesek, de még van teendő a rendszer és főként a pumpaszerelések javításában.

(Forrás: [N Engl J Med; 381:1707, 2019. október 31.](#))

## + ORRON ÁT ALKALMAZHATÓ GLUKAGON FORGALMAZÁSÁT ENGEDÉLYEZTE AZ EURÓPAI GYÓGYSZERÜGYNÖKSÉG

**Korábban hírt adtunk arról, hogy az amerikai gyógyszerügynökség (FDA) engedélyezte az orron át alkalmazható glukagon forgalmazását. Ez év októberében ugyanerre áldását adta az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) is.**

Súlyos, esetenként eszméletlenség-gel járó hipoglikémia kezelésére két évtizede hazánkban is rendelkezésre áll az injekcióban, a felkar izomba adható glukagon injekció. Ennek a hátránya az, hogy kissé bonyolult, tévesztések forrása lehet a külön oldószeres fecskendővel a port tartalmazó ampulla tartalmát feloldani. Ezt a problémát az elmúlt évben megoldották egyetlen, szobahőmérsékleten tárolható injekció révén.

Most egy orrspray formájában alkalmazható, egyszeri kiszerezésben forgalmazott glukagon készítmény kerülhet forgalomba Európában és



feltehetőleg rövidesen hazánkban is. Ennek előnye, hogy ugyanolyan gyorsan hat, mint az injekciós változat – 15–30 percen belül normalizálja a vércukrot – és az orra történő bejuttatáshoz semmilyen szakértelemre nincs szükség.

A készítmény mellékhatásai részben megegyeznek a többi glukagon készítményével, azaz fejfájást, hány-

ingert okozhat, emellett az alkalmazás helye miatt légúti irritációt és könnyezést is kiválthat. Mindezek a mellékhatások azonban eltörpülnek a készítmény előnyei mellett, amennyiben bárki által azonnal, késedelem nélkül alkalmazható és feleslegessé teszi az orvosi beavatkozást.

(Forrás: EMA News Release, 2019. október 16.)

## + MELYIK TESTTÁJRA HELYEZVE MÉR LEGPONTOSABBAN A CGM?

**A folyamatos szöveti glukózmonitorozáshoz (CGM) használt szenzorokat korábban leggyakrabban a hasra (az inzulinpumpa csatlakozási vagy az inzulin injekciók beadási helyétől legalább 6 cm távolságra), utóbbi években egyre gyakrabban – a Libre szenzorok esetében kizárólagosan – a felkar hátsó felére, a könyök és a váll közötti területre helyezik.**

Az Amszterdami Egyetemen egy kutató csapat 14 inzulinpumpával vagy napi többszöri inzulin injekcióval kezelt 1-es típusú cukorbeteg esetében mindkét helyre

felhelyezve, mérési pontosság szempontjából vizsgálták a szenzorokat. A vizsgálatból kizárták azon személyeket, akik hetente legalább 3 órán keresztül intenzív testmozgást végeznek (izzadás miatti szenzorleválás!).

Azt találták, hogy bár eltérés van a bőralatti vérellátásban a két vizsgált testrész között, hibahatáron belül azonos mérési eredményeket produkáltak a szenzorok akár a hasfalra, akár a felkarra helyezték azokat.

(Ezt jó tudni a hazánkban élő és egyre gyakrabban szenzort használóknak is – a referáló megjegyzése).

(Forrás: Diabetes Technology & Therapeutics 2019; 21(5).)

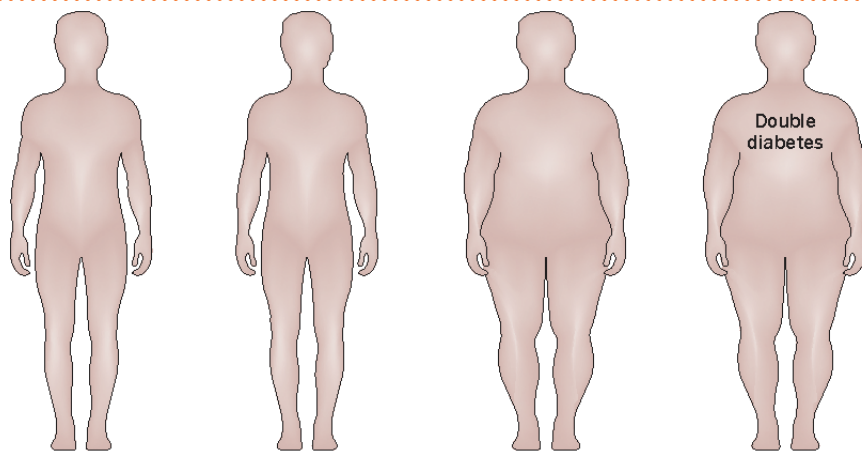


## + DOUBLE DIABETES (DD), VAGYIS KETTŐS, 1-ES ÉS 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ

Az 1-es típusú cukorbetegség egy jelentős (25–30%) hányadánál megtalálható a metabolikus szindróma egy vagy néhány jellemzője, leggyakrabban a kövérség/elhízás, és a hipertónia. Ezen esetek egy hányadánál a családban előfordul 2-es típusú diabétesz.

A „DD” fő kritériuma az elhízás, a 30 kg/m<sup>2</sup> feletti testtömegindex és a vele együtt járó inzulinrezisztencia. Mindezek ellenére nagyon nehéz a „DD” fennállását diagnosztizálni.

Talán a legmegfelelőbb módszer az inzulinrezisztenciára utaló becsült glukóz felvételi ráta (estimated glucose disposal rate: cGDR), melyet mg/kg/perc-ben fejeznek ki és kiszámításánál figyelembe veszik a HbA1c szintet, a haskörfogatot és a fennálló hipertóniát.



CHD: szívkoszorúér betegség

CHD risk

A „DD” jelentősége, hogy a kétfajta diabétesz egyidejű fennállása esetén durván megnő a szív-érrendszeri kockázat és ezért maximális hatékonyságú beavatkozásra van szükség: életmód terápiára, ezen belül jelentősen

csökkentett energia-felvételre, fokozott testmozgásra, az inzulinadagok párhuzamos redukciójára és mindezek révén a testsúly csökkentésére.

(Forrás: *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2019. október 25.)

## + ÚJ TERÁPIÁS ESZKÖZ 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZES GYERMEKEK KEZELÉSÉBEN

A gyermekek és serdülők 2-es típusú diabétesze – mint erről már több alkalommal beszámoltunk – sokkal rosszabb indulatú és kórjóslatú, mint a felnőtteké, illetve mint akár a gyerekkori 1-es típusú cukorbetegség.

Éppen ezért minden lehetséges eszközt be kell vetni a kezelés sikeressége érdekében. Eddig az első számú szer számukra a metformin volt. Ha ezzel nem sikerült alacsony szinten tartani a vércukrot és a HbA1c-t, akkor más lehetőség nem lévén, rá kellett állni az inzulin adására, mely nagyon kedvezőtlenül befolyásolta a testsúly további alakulását.

Egy új, „ELLIPSE” névre hallgató klinikai vizsgálatban 134 10–17 éves korú, 6,5–11%-os HbA1c szintekkel rendelkező kövér vagy elhízott 2-es típusú serdülő cukorbeteg vett részt. A betegek többsége inzulint is kapott. A III. fázisú vizsgálatot 2012 és 2018 között folytatták le.

A betegek fele liraglutidot, másik fele plácébó injekciót kapott 26 héten keresztül, fokozatosan emelkedő dózisban. E vizsgálati periódus végén a liraglutidot kapók HbA1c szintje 0,64%-kal csökkent, a plácébó kapóké pedig 0,42%-kal nőtt, a különbség durván 1% volt. A kezelést egy éven át folytatva, a HbA1c-különbsége 1,3%-ra emelkedett. A liraglutidot kapók között kétszer gyakrabban lépett fel hányinger és háromszor gyakrabban hányás, mint a plácébó kapók között. A liraglutidot kapók esetében a hipoglikémia gyakorisága is 82%-kal nőtt.

(Mint bizonyára sokan tudják, a liraglutid önmagában és degludek inzulinnal kevert változatában hazánkban is rendelkezésre áll, de eddig csak felnőtt 2-es típusú cukorbetegeknek adhattuk – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: *N Engl J Med* 2019; [Epub Ahead of Print])

## + AZ FDA ENGEDÉLYEZTE AZ ULTRA GYORSHATÁSÚ FIASP INZULIN PUMPÁBAN TÖRTÉNŐ ALKALMAZÁSÁT

Mint arról korábban már beszámoltunk, az ultra gyors hatású analóg aszpart inzulint bőr alóli felszívódását gyorsítandó, nikotinsavamidot kevertek az inzulinhoz. Ezáltal a beadást követően 2-3 percen belül elkezdődik a felszívódása hatásának kifejtése. Az új inzulint a Fiasp nevet kapta.

Most az amerikai FDA engedélyezte a Fiasp inzulint inzulinpumpában történő alkalmazását, mely a betegek számára még nagyobb rugalmasságot biztosít mind az étkezési, mind a korrekciós dózisok beadásakor.

(Forrás: *Diabetes in Control*, 2019. október 22.)



## + HIPOGLIKÉMIA, KETOACIDÓZIS ÉS DIABÉTESZES KISÉR-SZÖVŐDMÉNYEK GYAKORISÁGA FELNŐTT, 1-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZBEN

Egy 2014–2016 között lefolytatott retrospektív megfigyeléses vizsgálat keretében 4 korcsoportban (18–25, 26–49, 50–64, évesek és 65 év feletiek) elektronikus adatbázis alapján vizsgálták meg 31.430 1-es típusú cukorbetegnél az akut (hipoglikémia, ketoacidózis), valamint krónikus kísér (retinopátia, neuropátia, nefropátia) szövődmények gyakoriságát a HbA<sub>1c</sub> szintek (7% alatt, 7-9%, 9% felett) függvényében.

Azt találták, hogy a betegek 20%-ának volt 7% alatt a HbA<sub>1c</sub> szintje, minél idősebb volt valaki, annál több esetben fordult elő 7% alatti HbA<sub>1c</sub>. Ami a hipoglikémiák gyakoriságát illeti, leszámítva a 6% alatti HbA<sub>1c</sub> szintekkel rendelkezők kissé gyakoribb hipoglikémiáját, leggyakrabban a magas HbA<sub>1c</sub> szintek mellett lépett fel

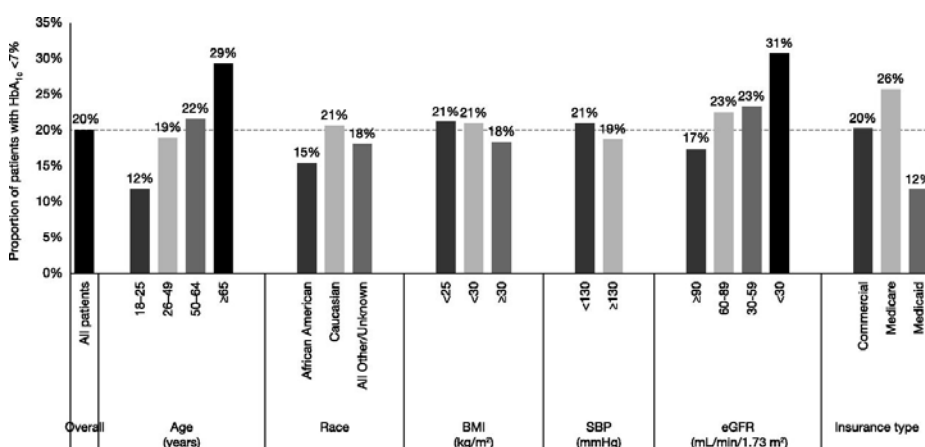
a hipoglikémia. Ami a ketoacidózisos állapotot illeti, a legalacsonyabb és legmagasabb HbA<sub>1c</sub> értékekkel rendelkezők között 1:12 volt az arány.

A kísér szövődmények közül a neuropátia és a nefropátia a 7% alatti HbA<sub>1c</sub> szinteknél 9, a magasabb szinteknél 11%-ban fordult elő. A retinopátia a fiatal korosztályban volt

a legalacsonyabb és a HbA<sub>1c</sub> szintekkel és a korral lassan emelkedett.

A vizsgálók szerint az 1-es típusú felnőtt diabéteszesek anyagcsere-állapota rosszabb volt, mint azt korábban megbecsülték.

(Forrás: *Diabetes Care* 2019. december; 42(12): 2220-2227.)



## + A VIZITEK KÖZÖTTI HbA<sub>1c</sub> INGADOZÁS MÉRTÉKÉNEK KAPCSOLATA A KIS- ÉS NAGYÉR-SZÖVŐDMÉNYEKSEL 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZBEN

Mind a diabétesz gondozással foglalkozók, mind maguk a betegek előtt is ismert, hogy az átlagos vércukorszinteket tükröző HbA<sub>1c</sub> értékek a vizitek között sokszor tág határok között ingadoznak.

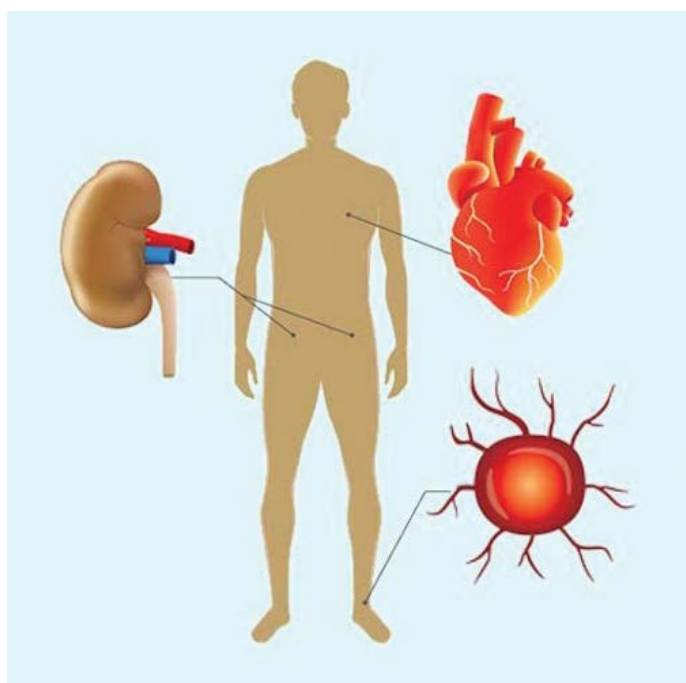
Skót kutatók elemezték ezen ingadozások mértékének a kapcsolatát a különböző kis- és nagyér szövődmények

gyakoriságával. A vizsgálatba szövődményenként 13-18.000 frissen felfedezett 2-es típusú diabéteszest vontak be, akiknél legalább 5 HbA<sub>1c</sub> meghatározás történt. (Arra nem tértek ki, hogy erre milyen időhatárok között került sor.)

Azt találták, hogy a legkisebb mértékű HbA<sub>1c</sub> szint ingadozással rendelkezőkhöz viszonyítva a legnagyobb mérvű ingadozást produkálók esetében 2,4-szeres volt a szív-érrendszeri megbetegedés, valamint a bármely okból bekövetkezett halálozás, illetve koszorúér elmeszesedés okozta halálozás, 2-szeres volt a sztrók, 3,2-szeres a szív-elégtelenség, 7,4-szeres a retinopátia, 3-szoros a perifériás neuropátia, 5,2-szer gyakrabban jelentkezett a diabéteszes lábszindróma és 3,5-ször gyakrabban fejlődött ki veseelégtelenség. Mindez független volt a HbA<sub>1c</sub> szintek átlagos magasságától.

(A nagyon érdekes és újdonságokat tartalmazó elemzések felhívják a figyelmet a szoros diabétesz-gondozás fontosságára, mely sajnos hazánkban a betegek többsége számára – elsősorban a háziorvosi gondozásban részesülők számára – nem adott, ennek minden nem kívánatos következményével együtt – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: *Diabetes Care* 2019. november; dc190823.)



# KISHÍREK... KUTATÁSOK

## + NAGY ADAGÚ SZTATIN-KEZELÉS FOKOZZA AZ OSZTEOPORÓZIST

A sztatinnal történő kezelést tartjuk ma a leghatásosabbnak a szív-érrendszeri megbetegedések kockázatának a csökkentésére. Az eddig is ismert volt, hogy a nem diabéteszes egyéneknél alkalmazott sztatinnal némiképp fokozzák a 2-es típusú diabéteszre való hajlamot. Ugyanakkor az általuk elérhető egészség-előny messze meghaladja a diabétesz kockázat növekedés hátrányát.

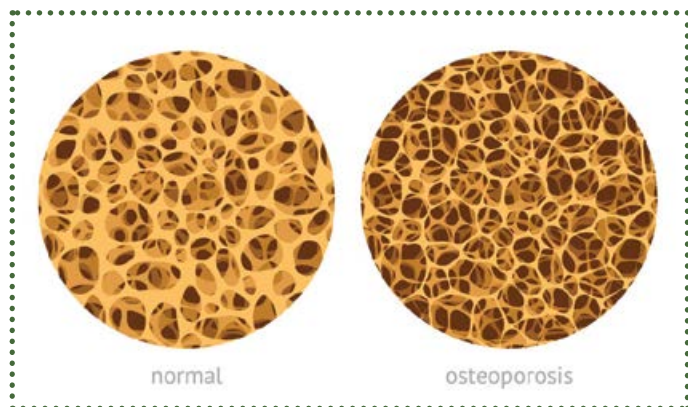
Egy az egész országra kiterjedő osztrák vizsgálat a sztatinnal való kezelés és az oszteoporózis (csontritkulás) közötti kapcsolatot elemezte.

2006-2007-ben rögzítették 353.502, a hétféle sztatinnal valamelyikével kezelt egyén adatait és azokat egybevetették 7,5 millió sztatinnal nem kezelt személyével.

Azt találták, hogy a napi 5–10 mg simvastatint, pravastatint, fluvastatint, atorvastatint vagy rosuvastatint szedő személyeknél csökkent az oszteoporózis gyakorisága a sztatinnal nem szedőkhöz képest. Viszont azon személyek között, akik legalább napi 20 mg atorvastatint vagy rosuvastatint szedtek, háromszor gyakrabban fordult elő oszteoporózis, mint a sztatinnal nem szedők között.

Egyébként a vizsgáltak mindkét csoportjában erős volt a női dominancia. Ennek a magyarázatát abban vélték megtalálni, hogy a nagydózisú sztatinnal csökkentik az ösztrogén hormonszintet és ezáltal olyan állapotot hoznak létre, mint a menopauza, mely egyébként az oszteoporózis leggyakoribb oka.

(Forrás: [Annals of the Rheumatic Diseases](#), 2019. november 12.)



## + CUKORBETEGENÉL GYAKRABBAN LÉP FEL ÉSZREVÉTELLEN CSIGOLYATÖRÉS

A csigolyatörések leggyakoribb okai az oszteoporózis és a sérülések. Ritkábban rosszindulatú daganatok át-tétei okoznak töréseket. A törések, csigolya-összeroppanások gyakran észrevétlenül maradnak, és csak

idővel utal rájuk fokozódó fájdalom, illetve a testmagasság csökkenése.

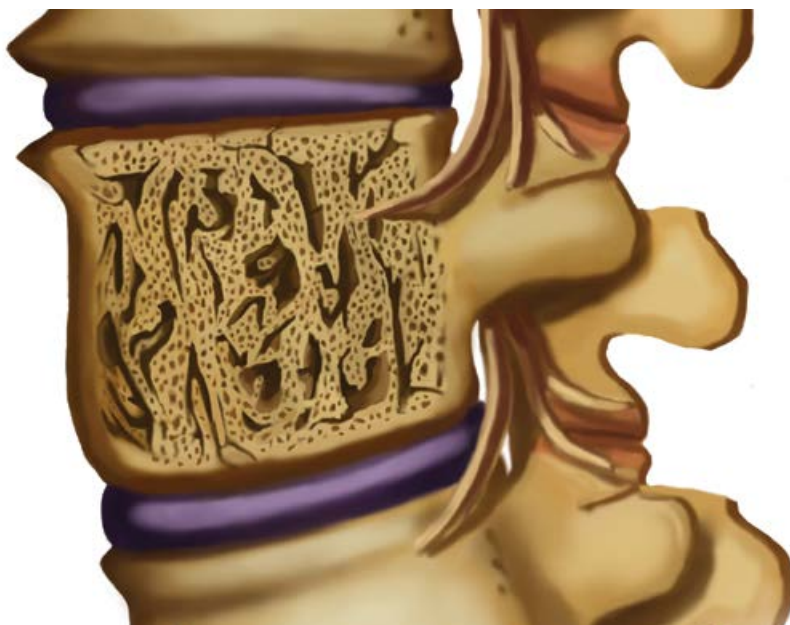
Az ismert, hogy főként 2-es típusú diabéteszben gyakrabban fordulnak elő csonttörések, köztük csigolyatörések.

Holland kutatók ennek jártak utána és 15 vizsgálatban résztvevő 852.705 férfi és nő, 2-es típusú cukorbeteg és nem diabéteszesek csonttörési és csigolyatörési gyakoriságát elemezték.

Azt találták, hogy 2-es típusú cukorbetegéknél a csonttörések gyakorisága mintegy 2,4-szer haladta meg a nem cukorbetegéket. A csigolyatörések esetén ez az arány 1,7-szeres volt. A csigolyatörésben szenvedő cukorbetegek halálzási aránya 2,1-szerese volt a nem diabéteszes csigolyatörötteknek. Az is szembetűnő volt, hogy a csigolyatörést gyakran nem is vették észre cukorbetegéknél.

Ez, valamint a fokozott halálzási kockázat arra hívja fel a figyelmet, hogy 2-es típusú diabéteszben fokozott odafigyelés szükséges a csont állapotára és oszteoporózis fennállása esetén a megfelelő csontterősítő terápiára.

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2019. október 28.)



## + AMPUTÁCIÓK: DICSTELEN ADATOK MAGYARORSZÁGRÓL

A magyarországi amputációs adatokat állították rossz példaként a szakemberek elé az Európai Érsebész Társaság hamburgi konferenciáján.

A szakpolitika és az érsebészek közötti szorosabb együttműködés fontosságát is hangsúlyozta **Christian-Alexander Behrendt**, a nemzetközi vaszkuláris regiszter titkára, aki az Európai Érsebész Társaság (European Society for Vascular Surgery, ESVS) Hamburgban, szeptember 24–27-e között megrendezett konferenciáján [elhangzottakat foglalta össze](#).

A német érsebész szerint az amputációk számának csökkentéséhez a végtagiszkémia megelőzésére és a perifériás érbetegségek kezelésére egyaránt nagyobb figyelmet kell fordítani, ami a szakpolitika és a szakma együttes fellépésével érhető el.

Kelet-Európában, és különösen Magyarországon az érbetegségek megelőzésére és gyógyítására fordított egészségügyi kiadások összege elmarad azoktól az országokétól, ahol alacsonyabb az alsóvégtagi amputációk aránya – ismertették a konferencián



egy nemzetközi tanulmány adatait. A felmérés rámutatott az egyes országok közötti szembetűnő különbségekre az alsóvégtagi amputációk számában. Példaként elmondta, hogy a nemzetközi vaszkuláris regiszter adatai szerint – amelyben 12 ország 259 millió páciensének adatait elemezték 2010–2014 között – Magyarország kiugróan magas amputációs rátával rendelkezik, az átlagos incidencia 100 ezer esetre vetítve 41,4 volt, míg ugyanez az arány a legjobban teljesítő Új-Zélandon mindössze 7,2.

A meglehetősen rossz amputációs arányra a hazai szakmai szervezetek is folyamatosan figyelmeztetnek, álláspontjuk szerint az amputációk száma az érbeteg ellátás egészéről tükröt mutat. Az ellátás elégtelenségben a betegek életmódja mellett a késlekedő diagnózis, a gyógyszeres megelőzés hiánya, a nem megfelelő gondozás, valamint a szükséges érsebészeti, vagy intervenciós radiológiai beavatkozások elmaradása egyaránt szerepet játszik. A betegutak optimalizálása mellett szükségesnek tartják az érbeteg ellátás centrumosítását is, hogy a páciensek a legmegfelelőbb helyen, időben és minőségben jussanak ellátáshoz.

Az amputációk számát 2030-ra felére csökkentenék az Emberi Erőforrások Minisztériuma is, ezt szolgálja a nemzeti keringési szakpolitikai program 2019–2022, amelynek részeként részletes javaslatokat dolgoztak ki az érintett orvosok bevonásával. Ebben többek között az is szerepel, hogy az érszűkület megelőzése érdekében harminc százalékkal csökkentik a dohányzók arányát és a keringési betegségek okozta korai halálozást, tíz százalékkal pedig azok számát, akik semmilyen fizikai aktivitást nem folytatnak. Mindezek mellett az érbeteg ellátás szervezett centrumosítására is ígéretet tett már a szakpolitika.

(Forrás: [MedicalOnline](#), 2019. október 25.)

## + A KUTYA A SZÍVÜNK LEGJOBB BARÁTJA

Azt eddig is tudtuk, hogy a kutya az ember legőszintébb barátja és számos területen segít az egészség megőrzésében. Ismertek a vakvezető kutyák, melyek mintegy rehabilitálják a látásukat veszítőket. Ismert az is, hogy a kutyával való rendszeres séta, gyaloglás igen komoly egészség-előnyvel járhat.

Egy meta-analízis keretében kanadai kutatók áttanulmányoztak 1–22 éven át tartó, főként skandináv és angliai vizsgálatokat, melyek a kutya-tulajdonosok halálozási rátáját elemezték.

Több mint 3,8 millió egyén esetében azt találták, hogy a kutyával együtt élők esetében

- 24%-kal csökkent a bármely okból bekövetkező halálozás,
- 65%-kal csökkent a halálozás azok esetében, akik valamilyen koszorúér esemény után voltak,
- 31%-kal csökkent a szív-érrendszeri halálozás.

Mindez azt sugallja, hogy a kutya-tartás nagymértékben javítja az életkilátásokat, megnyújtja az élettartamot.

A kutyával való együtt élés különleges előnyt jelent a magányosok számára. A kutya személyében a mindig hűséges társ az ő esetükben is a hosszú élet titkát képezi.

(Forrás: [Medscape's German Edition](#), 2019. október 21.)

# KISHÍREK, KUTATÁSOK

## + A BETEGEK RASSZISTA ELŐÍTÉLETEI A DOKTOROKKAL SZEMBEN

**Az Egyesült Államokban, ahol egyre többfajta etnikumból tevődik össze a társadalom és ezen belül az orvosok is számos etnikumhoz tartoznak, egyre nagyobb problémát jelent a rasszizmus a beteg orvos kapcsolatokban. Korábban ez inkább fordítva működött: az orvosok megkülönböztetéssel éltek főként a feketékkel és a spanyol amerikaiakkal szemben.**

Egy etnikai szempontból széles merítésű, összesen 50 orvost, rezidens orvost és orvostanhallgatót interjúvoltak meg. 52%-uk volt nő és hat nagy etnikai csoportból kerültek ki.

A megkérdezettek a betegek széles skálán mozgó előítéleteiről számoltak be: A betegek támadó kommentjeiről, az orvos etnikumára célzó durva

viccekről, a klinikusok szerepének a megkérdőjelezéséről, az orvosok etnikai háttérét célzó kérdésekről, sőt előfordult, hogy az etnikai hovatartozás miatt visszautasították az orvos segítségét is. Mindezekkel szemben az orvosok meglehetősen tehetetlenül néztek szembe, sokszor hiába próbálták elmagyarázni a kezelés szükségességét, a betegek nem is reagáltak válaszaikra és csupán védekezni igyekeztek a feszültség további növelése ellen.

A kommentelők számára mindez nem meglepő. Egy másik friss vizsgálat (*N Engl J Med* 2019; 381:1741). szerint sebész-rezidensek arról számoltak be, hogy a betegek részéről egyre több szexuális zaklatásnak vannak kitéve, éppen ezért az intézetvezetőknek az

eddiginél erélyesebben és szigorúbban kell fellépni beosztottaik védelmében és a nem megfelelően viselkedő betegekkel szemben. *(Hazánkban – mint egy másik referátumból kiderül – a ma itt dolgozó orvosok 10%-a más országokból jött. Még azon se jutottunk túl, hogy az erdélyi magyarokat lerománozzák, de ennél is több probléma merül fel a „nem fehér” orvosokkal kapcsolatban, betegoldalról. Ezzel a problémával – még ha nem is olyan mértékű, mint az USA-ban – szintén foglalkozni kellene. Legutóbb egyik betegem, miközben többször kijelentette, hogy ő nem rasszista, megtagadta, hogy felkeresse háziorvosát – a referáló megjegyzése.)*

*(Forrás: JAMA Intern Med, 2019. október 28.)*

## + ÚJABB LEHETŐSÉG A TRIGLICERID-SZINTEK CSÖKKENTÉSÉRE

**Talán nem mindenki van tisztában azzal, hogy a szív-érrendszeri betegségek kockázatát nem csak a magas LDL-koleszterin szintek fokozzák, hanem az ún. neutrális zsíroknak, a triglicerideknek (ezek a vaj, tejszín, zsírrok fő alkotóelemei) is komoly szerep jut ebben, mégpedig a koleszterinszintektől függetlenül.**

Nemrég beszámoltunk arról, hogy a hagyományos triglicerid szintcsökkentő gyógyszerek, az ún. fibrátok (leggyakrabban fenofibrát) mellett, a koleszterin szinteket egyébként nem csökkentő omega-3 zsírsavak (pl. halolaj kapszulákban) kifejezett triglicerid csökkentő hatással rendelkeznek, ezért helyük van a szív-érrendszeri betegségek megelőzésében, kezelésében is.

Még 2012-ben állították elő az omega-3 zsírsav eikozapentaénsav etilészterét, az ikozapent etilt, melyet egy öt évig tartó REDUCE-IT nevű klinikai vizsgálatban 8.200 3–6 mmol/l közötti triglicerid szintű betegen próbáltak ki. A szert koleszterincsökkentő sztatin készítmény mellé adták.

Az eredmény: ezen szert szedő betegek triglicerid szintje 20%-kal mérséklődött, a szív-érrendszeri megbetegedések pedig 25%-kal ritkábban fordultak elő, mint a placebo szedők között.

Ezt követően az amerikai gyógyszerügynökség (FDA) egyhangúan döntött gyógyszerként történő forgalmazása mellett.

*(Forrás: NEJM Journal Watch Cardiology coverage of REDUCE-IT)*



## + SENKI SEM ÉLTE TÚL. DIABÉTESZ A HUMANITÁRIUM KRÍZISEK IDEJÉN

Mikor egy hónapon keresztül a kongói-ruandai határ egy kisvárosi kórházának belgyógyászatán dolgoztam, örökre elköteleződtem a humanitárius krízisek és diabétesz kérdésköre mellett. Akkoriban rengeteg kongói menekült érkezett hozzánk, köztük számos fiatal férfi egyértelműen diabéteszes ketoacidózis állapotában.

Mivel nem állt rendelkezésünkre sem inzulin, sem a vércukormérésre szolgáló tesztcsík és glukométer, mindannyian órákon belül meghaltak. Senki nem élte túl. A 2-es típusú diabéteszes betegek újra és újra kórházba kerültek, mivel gyógyszer híján nem tudtuk kézben tartani a hiperglikémiájukat – mindössze a fertőzések vagy a trauma menedzselését tudtuk biztosítani.

Ennek az élménynek a hatására úgy döntöttem, hogy egész karrieremet ennek az ügynek szentelem. Napjainkban világszerte nagyjából félmilliárd ember érintett a diabéteszben. 80 százalékuk szegény vagy harmadik világbeli országban él. A betegek száma a következő húsz évben csak emelkedni fog, az urbanizációnak, klímaváltozásnak és hasonló más tényezőknek köszönhetően. A krízis tehát csak súlyosbodni fog.

Ugyanakkor viszont a harmadik világbeli és szegény országokat elsősorban és aránytalanul nagymértékben sújtják a humanitárius krízisek. Azok közül, akik valamilyen konfliktus miatt hagyták el hazájukat, a legtöbben évtizedeket töltenek menekültként vagy migráns státuszban. Az átlagos időtartam 27 év – és ezek az emberek sokszor diabéteszesek! Emiatt a humanitárius segítők számára elengedhetetlen, hogy új szerepet vegyenek fel.

Jelenleg azonban még csak nem is gyűjtöttek adatokat a témában. Nem létezik olyan evidenciákon alapuló iránymutatás, ami a diabétesz ilyen körülmények között történő menedzseléséről szólna, ahogy megfelelő



Dr. Sylvia Kahlenbrink

oktatásban sem részesülnek az érintettek. A gyógyszereket, köztük az inzulint nem küldik rutinszerűen ezekre a területekre – ez pedig minden 1-es típusú diabéteszes beteg számára egyenlő a halálos ítélettel.

Éppen ezért szimpóziumot rendeztünk idén áprilisban a Harvard Egyetemen. Az eseményen több mint 100 vezető vett részt, köztük olyan intézményekből, mint a WHO, a CDC, különféle gyógyszeripari és diagnosztikai cégek, valamint humanitárius egészségügyi szervezetek. A cél a jelenlegi állapotok megvitatása, együttműködések kiépítése, a közösségek elsődleges szükségleteinek megállapítása és projektek elindítása volt.

A találkozón elhangzottak lényegét a *The Lancet Diabétesz & Endocrinology*-ban tettük közzé. Ebben hangsúlyozzuk a hihetetlenül sürgős szükségletet az inzulinra, különösképp az 1-es típusú diabéteszes betegek esetében, valamint kiemeljük a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők krónikus ellátásának fontosságát is. Ez utóbbiba beletartozik a szív-érrendszeri kockázatok és az összes további társbetegség menedzselése, melynek nyomán reményeink szerint más krónikus betegségekben is javulhatna az ellátás minősége.

A 43 szervezet összesen 64 képviselőjéből álló csoportunk mindezeket túl a legfontosabb célokat is kijelölte. Az első ezek közül a jobb érdekképviselet és a globális figyelemfelhívás a kérdésben. A második a diabétesz és hipertóniával kapcsolatos diagnosztikához, nélkülözhetetlen gyógyszerekhez és az inzulinhoz való könnyebb hozzáférés. A harmadik fő cél a pontosabb klinikai és gyakorlati útmutatások kifejlesztése, melyek a szervezetek közötti koherenciát biztosítják. A negyedik cél pedig az adatgyűjtést, monitorozást és a szervezetek munkájának nyomon követését azonosítottuk. A következő három évben ezen a négy területen kívánunk jelentős változást elérni.

Sok új projekt indul és szeretnénk, ha mindenki részt venne ezekben. A *Global Endocrinology* weboldala, valamint az olyan humanitárius szervezetek, mint a *Doktorok Határok Nélkül (Doctors Without Borders)*, a *Nemzetközi Vöröskereszt* és a *Save the Children* mind szívesen várják a munkában részt venni kívánó szakembereket.

(Forrás: Dr. Sylvia Kahlenbrink, *Medscape*, 2019. október 8., a *WEBDOKI* referátuma nyomán)

# KISHÍREK... KUTATÁSOK

## + A DIABÉTESZ, A STRESSZ ÉS AZ ALVÁSPROBLÉMÁK KAPCSOLATA A HUNGAROSTUDY ADATAINAK FÉNYÉBEN

**A cukorbetegség világméretű problémája hazánkban is egyre súlyosabb népegészségügyi kérdéseket vet fel. Az elsődleges okaként megjelölt elhízásról az utóbbi években a civilizációs ártalmak komplex megértésére terelődött a hangsúly: felmerült és igazolódott az alvásproblémák és a stressz szerepe a betegség kialakulásában és az állapot súlyosbodásában.**

A vizsgálat célja a stressz, az alvásproblémák és a diabetes összefüggéseinek vizsgálata a reprezentatív *Hungarostudy 2013* kutatás mintáján. A keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatban 2.000 felnőtt vett részt. Átlagéletkor: 46,9 év, testtömegindex-átlag: 26,0 kg/m<sup>2</sup>. A felvett adatok:

szociodemográfiai adatok, a kezelt cukorbetegség jelenléte-re vonatkozó kérdés, tünetlista, Észlelt Stressz Kérdőív.

Az adatfelvétel időpontját megelőző egy évben kezelt cukorbetegség előfordulási gyakorisága 8,2%. A diabéteszrel kezelték észlelt stressz-szintje szignifikánsan magasabb, mintegy 2,5-szeres, mint a cukorbetegséggel nem kezelték. Az észlelt stressz a potenciális háttérváltozók kontrollja mellett tendenciaszintű kapcsolatot mutat a diabéteszrel. Az elmúlt hónapra vonatkozóan alvással kapcsolatos problémák jelenlétéről a válaszadók 26%-a, míg fáradtságról és energiahányról a válaszadók 40,2%-a számolt be. Az alvással kapcsolatos problémák jelenléte, és a fáradtság, illetve energiahány érzése egyaránt szignifikánsan gyakoribb a cukorbetegséggel élőkénél. A kezelt cukorbetegség a potenciális háttérváltozók kontrollja mellett is előre jelzi az alvásproblémák, valamint a fáradtság és energiahány jelenlétét.

Az eredményeink rámutatnak arra, hogy a világ más részein érvényesülő tendenciáknak megfelelően mind az alvásproblémáknak, mind a stressznek jelentős szerepe van a cukorbetegség alakulásában Magyarországon is. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy a nemzetközi protokolloknak megfelelően szükség lenne mind a cukorbetegség megelőzése, mind ellátása során ezen tényezők hatékony szűrésére és kezelésére.

(Forrás: Vincze Ágnes, Kertész Laura, Czeglédi Edit: *Orvosi Hetilap* 2019. november 16.)

## + AZ ALVÁS MINŐSÉGE ÉS A HbA1C SZINTEK KAPCSOLATA 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZBEN

**A rossz alvásminőség kedvezőtlenül befolyásolja a vércukorszintek és ezáltal a HbA1c alakulását 2-es típusú diabéteszben. Mivel az optimális alvást különböző szempontok szerint jellemzik, a jelen vizsgálatot lefolytató kutatók arra keresték a választ, hogy az alvás milyen jellemzői állnak a legszorosabb kapcsolatban a HbA1c szintekkel.**

172 2-es típusú diabéteszes viselt 7 napon keresztül csukló aktigráf-ot, (az éjszaka folyamán a csuklóra helyezve mindenfajta mozgást regisztráló eszközt) és kitöltött egy alvásra vonatkozó kérdőívet. Az elemzett alvás-jellemzők a következők voltak: az alvás teljes időtartama, az alvási idő variabilitása, az átlagos alvásidő, utóbbinak a variabilitása, az alvás hatékonysága, az alvásminőség szubjektív megítélése és az álmatlanság szubjektív tünetei, egyénenként és a betegek összességében.

Azt találták, hogy egyénenként az alvás időtartamának a variabilitása mutatott legszorosabb, szignifikáns összefüggést a HbA1c szintekkel, majd utána rögtön az alvás tartamával. Kevésbé szoros volt az összefüggés az alvásminőség szubjektív megítélésével, és nem találtak kapcsolatot az átlagos alvásidő variabilitásával és az álmatlanság szubjektív tüneteivel.

Ha kombinálták az alvás időtartam variabilitását, a teljes alvásidőt és az alvásminőség szubjektív megítélését,

ezek együtt már szignifikáns összefüggést mutattak a HbA1c-vel, mégpedig 10%-ban meghatározva azt. A teljes alvásidő és az alvásminőség szubjektív megítélése együtt a HbA1c variabilitását 6%-ban magyarázta meg.

**A következtetés:** az alvás általában egy módosítható fontos tényező a 2-es típusú diabéteszesek állapotának alakulásában. Ezért mindent meg kell tenni a megfelelő tartamú és minőségű alvás biztosításáért.

(Forrás: *Diabetes Care*, 2019. november)



## + CSALÁDTAGOK SZEREPE AZ IDŐSEK MŰTÉT UTÁNI FELÉPÜLÉSÉBEN

Új adatok szerint a családtagoknak igen lényeges szerepük van az idős betegek műtét utáni felépülésében, bevonásuk az idős, kórházban fekvő betegek ápolásába jelentősen csökkentheti a posztoperatív delírium (POD) kialakulásának kockázatát.

Már korábban más vizsgálatokban, pl. a HELP ([Hospital Elder Life Program](#)) programokban is igazolták, hogy a családtagoknak az ápolásba való bevonásával a betegek nagyobb biztonságban érzik magukat, jobb a komfortérzetük, mint a számukra idegen és steril kórházi környezetben.

**Dr. Yan-Yan Wang** (Department of Geriatrics at West China Hospital, Sichuan University, Chengdu) és munkatársai a JAMA Internal Medicine-ben megjelent tanulmányukban összehasonlították a professzionális, vagy önkéntes kórházi személyzet által alkalmazott POD prevenció program és a családtagok által végzett ápolás adatait, és meglepő eredményre jutottak. Bár alapfeltevésük is az volt, hogy az idős betegek 13–50%-ánál kialakuló posztoperatív delírium 30–40%-a megelőzhető lenne, ami a POD-hoz társuló számos káros tényező, többek között a hosszúra nyúlt kórházi ápolás, a funkcionális leromlás, a demencia és a megnövekedett halálozás csökkentése miatt is fontos lenne. Kínában (az amerikai HELP programtól eltérően) nem alkalmaznak az idős betegek kórházi ápolásában önkénteseket, viszont a családtagokat jóval gyakrabban vonják be az ápolásba, mint az USA-ban vagy Európában. A kulturális különbségek adnak lehetőséget a nem farmakológiai beavatkozások közötti eltérések és beavatkozások igazolására.

Kétkarú, randomizált vizsgálatban 6 sebészeti beavatkozás (gyomor-, kolorektális-, pancreas-, epe-, mellkas- és pajzsmirigy műtétek) után hasonlították össze a szokásos ápolás és az egyénre szabott („tailored” = tHELP), elsősorban a családtagok által végzett ápolás eredményeit. Ösz-



szesen 281 beteg kerül a vizsgálatba, átlagos életkoruk 74,7 év volt, 171 beteg (60,9%) volt férfi. A vizsgálat elsődleges végpontja a posztoperatív delírium (POD) kialakulása volt. A tHELP csoportban 152 beteg közül 4-nél (2,6%), a kontroll csoportban 129 beteg közül 25-nél (19,4%) észleltek delíriumot. Az igen jelentős hatás statisztikailag szignifikáns maradt az életkorhoz, a beteg neméhez, a sebészeti beavatkozás fajtájához való igazítás után is. A Memorial Delirium Assessment Scale kínai változatát használva a kutatók igazolták, hogy a családi beavatkozás hatásosan megelőzi a delírium kialakulását: 2 beteg (1,5%) vs 11 beteg (9,6%). A családi ápolásban részesült betegeknél kisebb mértékben romlott a fizikális állapot, a napi aktivitás, és kisebb volt a „Short Portable Mental Status Questionnaire” segítségével mért kognitív képességek romlása is. A megtartott kognitív funkciók a beavatkozásos tHELP csoportban idővel egyre javultak, míg a kontroll csoportban folyamatosan csökkentek (9,7% vs -9,2%,  $P < 0,001$ ). A családi segítségével ápolott betegek posztoperatív kórházi ápolásának ideje is jelentősen megrövidült: 16,41 napról 12,15 napra. Halálozást nem észleltek, a vizsgálat alatt mellékhatás nem volt észlelhető.

**Dr. Victoria Tang** (Division of Geriatrics, Department of Medicine, University of California, San Francisco) és munkatársai szerkesztőségi közleményükben rámutatnak, hogy

számos tényezőnek köszönhető a vizsgálat sikere. Például a betegek megnövekedett biztonságérzete és komfort-érzése mellett a családtagok, vagy a külön felfogadott személyhez kötődő ápolók segítségével könnyebben visszatér a beteg a valóságba, előbb mobilizálódik, csökken a szorongása, javul az alvása. A családtagok jobban odafigyelnek arra, hogy a betegnek visszaadják a szemüvegét, a hallókészülékét, így a beteg kevésbé érzi elszigeteltnek magát, és jobban bízik a felépülésében is. A „standard” ellátás során kevesebb gondot fordítanak ezekre, csak külön kérés nyomán kerülnek vissza a betegre. A hiányuk okozta érzékszervi funkció hátrányok is elősegíthetik a delírium kialakulását.

A vizsgálat eredményeit nem lehet általánosítani, mivel az egyes kultúrákban eltérően vonják be a családot az idős betegek ápolásába. Tang és munkatársai szerint az USA-nak bőven van tanulnivalója más kultúráktól. Ezek közé tartozik az a családi ápolási módszer is, amivel csökkenthető lenne perioperatív szakban a delírium előfordulása, és megakadályozható lenne a beteg kognitív és fizikális hanyatlása. Dr. Wang – aki a School of Nursing, the University of Texas, Austin munkatársa is – azt is hozzátette, hogy a HELP programban is igazolni szeretnék a delírium keletkezését csökkenteni képes tényezőket.

(Forrás: [JAMA Intern Med. Published online, 2019. október 21., az OTSZ online referátuma szerint](#))

# KISHÍREK... KUTATÁSOK



## + MI OKOZZA A VÉRCUKORSZINTEK ESÉSÉT VAGY EMELKEDÉSÉT FIZIKAI AKTIVITÁS KÖZBEN?

**A fokozott rendszeres testmozgást minden cukorbetegnek javasoljuk, de sokszor tapasztalják, hogy a fizikai aktivitás kapcsán a vércukorszint hol esik, hol emelkedik. A kérdés tehát: mely tényezők hatnak egyik vagy másik irányba?**

**A testmozgás általában csökkenti a vércukor szintjét, ha:**

- ➔ A keringésben lévő inzulin szintje magasabb, pl. evés után 2-3 órán belül nem inzulinnal kezelt betegeknél, ill. ugyanennyi idővel az utolsó étkezési inzulin beadását, vagy korrekciós inzulin alkalmazását követően.
- ➔ Közepes intenzitású aerob mozgásnál, ha az legalább 30 percen át tart vagy könnyebb mozgás esetén, ha az egy óránál hosszabb időtartamú.
- ➔ A vércukorszint normális közelében van a mozgás megkezdésekor.
- ➔ Az izom nem tartalmaz elég glikogént vagy már a mozgás kez-

detén, vagy annak későbbi szakaszában.

- ➔ Alacsony szénhidrát tartalmú étrendnél.
- ➔ Nem sokkal korábban végzett fizikai aktivitást követően.
- ➔ Nem megszokott, nagy megterhelést jelentő mozgás kapcsán.

**A testmozgás megemelheti a vércukrot, ha:**

- ➔ Reggel, éhomra mozognak, amikor az inzulin szint viszonylag alacsony, viszont a kortizon szint magas.
- ➔ Rövid tartamú, de intenzív, súlyos terhelésnél, mint súlyemelés, sprintelés vagy magas intenzitású intervallum tréning.
- ➔ Hiperglikémiás állapotban (általában 12-14 mmol/l-es vércukorszint felett), ha ketontestek is jelen vannak a vizeletben.
- ➔ Mozgás előtt vagy alatt túl sok étel elfogyasztását követően.
- ➔ Extrém körülmények (túl meleg, túl hideg, magas páratartalom, nagy tengerszint feletti magasság) között végzett mozgás.

- ➔ Meghűlés, vírusfertőzés vagy más típusú fertőzések állapot, mely rontja az inzulin hatásosságát és növeli a fizikai stresszt.
- ➔ Bármely okból megemelkedett vércukor emelő hormonszintek (adrenalin, glukagon, kortizon, és/vagy növekedési hormon) esetén.

Mindezen potenciális tényezők ellenére, a vércukorszintekre gyakorolt hatás tekintetében leginkább a mozgás időpontja és az aktivitás jellege a legfontosabb. E két tényező többnyire magyarázza a variációkat, míg a többi abból származik, hogy a beteg nem jól ítéli meg aktuális inzulin szintjeit, a mozgás körülményeit és szervezete állapotát.

A sokszor nem pontosan kiszámítható hatások ellenére minden diabeteszesnek maximálisan javasolható a mozgás, mely a fizikai és mentális állapotot egyaránt javíthatja.

(Forrás: Sheri Colberg, *Diabetes in Control*, 2019. október 5.)



## + HÉT EGYSZERŰ TÉNYEZŐ AZ EGÉSZSÉG MÉRÉSÉRE

Az Egyesült Államok Szívgyógyász Társasága (AHA) 2010-ben fogalmazott meg 7 tényezőt, melyek mérőszámként használva a lakosság egészségi állapotának felmérésére alkalmasak lehetnek. A hét tényező: diéta, fizikai aktivitás, dohányzás, testtömegindex, vérnyomás, koleszterin szint, vércukorszint (gyógyszeres kezelés nélkül).

A felsorolt hét tényező szerint elemezték 1999-től 2016-ig a National Health and Nutrition Examination Survey-ben (NHANES) 35.562 20 év-nél idősebb résztvevők egészségi állapotát, illetve annak változását. Életkor, etnikai hovatartozás (NHW: nem spanyol fehér, NHB: nem spanyol fekete), valamint nemi hovatartozás (men: férfi, women: nő) szerint értékelték az adatokat. Egy-egy mérőszám esetében 0 ponttal a rossz, 1 ponttal a közepes, 2 ponttal pedig a jó értékeket mérték. A maximális pontszám tehát 7x2 azaz 14 lehetett.

Mint a táblázatból látható, 16 év alatt egyetlen csoport esetében se

Évek	Korcsoport			Etnikai hovatartozás (életkor szerint)			Nem (életkor szerint)		Összes
	20-44	45-65	> 65	NHW*	NHB*	Spanyol-amerikai	Férfiak	Nők	
1999-2004	8.0	6.8	6.6	7.4	7.0	7.6	7.2	7.6	7.4
2005-2010	7.9	6.8	6.5	7.4	6.8	7.4	7.1	7.6	7.4
2011-2016	8.0	6.6	6.5	7.4	6.8	7.4	7.2	7.5	7.4

NHW: nem spanyol fehér, NHB: nem spanyol fekete

javultak a mutatók. A fehér és spanyol amerikaiak mérőszámai jobbabbak voltak, mint a fekete amerikaiaké. A nők mutatói jobbabbak voltak, mint a férfiaké. Az átlagos érték egyetlen demográfiai csoportban sem esett az ideálisnak mondható 10 és 14 közötti tartományba: legmagasabb a nem spanyol, 45 éves kor alatti fehér nőknél volt (9,3), míg legalacsonyabb a nem spanyol, 45 éves kor fölötti fekete nőknél volt (6,3). Tehát a spanyol amerikaiak a nem spanyol fehérekhez hasonló értékeket értek el, függetlenül a képzettségtől, a jövedelemtől, egészségbiztosítástól – eb-

ben valószínűleg az is közrejátszott, hogy a spanyolok a feketékkel azonos szocioökonómiai helyzetben is egészségesebben táplálkoznak – pedig a táplálkozást gyakran a képzettséggel és jövedelemmel kapcsoljuk össze.

A vizsgálatból levont következtetés eredménye lesújtó: minden erőfeszítés ellenére nem hogy 20%-kal csökkenteni sikerült volna a szív-érrendszeri halálozás arányát, hanem az amerikai társadalom egészségi állapota több mint másfél évtized alatt egy jótányit se javult.

(Forrás: [Hypertension, Originally published, 2019. szeptember 4.](#))

## + A SZÉNHYDRÁT-, FEHÉRJE- ÉS ZSÍRFOGYASZTÁS, VALAMINT AZ ÉTREND MINŐSÉGÉNEK TRENDJEI AZ USA-BAN

Az Egyesült Államokban az elhízás és a 2-es típusú diabetes utóbbi évtizedekben észlelt drasztikus növekedése szükségessé tette a változtatást a gazdaság, a táplálkozási ajánlások és az élelmiszer előállítás területén. Mindez maga után vonta a fő tápanyagok fogyasztási arányainak és az étrend minőségének a változását.

A jelen vizsgálat e változások tendenciáit elemzi közel két évtized távlatában. A lakosságra nézve reprezentatív kérdőíves felmérést végeztek 44 ezer átlag 47 éves (52%-uk nő) étrendjének 1999 és 2016 közötti változásáról.



Ezek eredménye: A napi energia felvételen belül az összeszénhidrát fogyasztás 52,5%-ról 50,5%-ra csökkent, míg a fehérje fogyasztás 15,5-ről 16,4%-ra, a zsírfogyasztás 32-ről 33,2%-ra emelkedett. Az alacsony táplálkozási értékű szénhidrátok (cukrok, fehér lisztből készült pékárúk, tészták) fogyasztása 3,25%-kal, 45,1-ről 41,8%-ra csökkent. A magas minőségű szénhidrátok (rostdús termékek) fogyasztása 1,23, a növényi eredetű fehérjék fogyasztása 0,38%-kal nőtt. Telített zsírsavakból 0,36%-kal kevesebbet, többszörösen telítetlen zsírsavakból 0,65%-kal többet fogyasztottak.

Mindezek mögött tehát a cukorfogyasztás csökkenése, a teljes őrlésű lisztek, dió- és mogyorófélék fogyasztásának növekedése keresendő. Ennek ellenére egyértelmű, hogy még mindig igen magas az alacsony értékű szénhidrátok és a telített zsírsavak aránya a felnőtt lakosság táplálkozásában.

(Forrás: [JAMA, 2019;322\(12\):1178-1187](#))

## + KÉPERNYŐ ELŐTT ELTÖLTÖTT IDŐ ÉS AZ ISKOLAI TELJESÍTMÉNY

Jól ismert, hogy gyermekeink/unokáink egyre több időt töltenek tévénézésrel és számítógépes játékokkal. Felmerült a kérdés, hogy ez milyen hatással van iskolai tanulmányaikra.

A kutatók a tévénézésrel és a videó játékokkal kapcsolatos, 23 országból származó 58 meta-analízist értékelték ki.

A vizsgálatokban résztvevő 480.479 fiatal életkora 4-18 év között mozgott. Azt találták, hogy a tv előtt eltöltött idő fordítva aránylott a tanulmányi eredményekhez, ezen belül a matematika- és nyelvtanuláshoz. Hasonlóan, minél több időt töltöttek videó játékokkal, annál rosszabb volt az iskolai teljesítményük. Ez érvényes volt mind a gyermekek, mind a serdülők esetében.

Mindezek alapján a szülőknek és a pedagógusoknak is hatással kellene lenni arra, hogy a gyermekek minél kevesebb időt töltsenek el a képernyők előtt.

(Forrás: [JAMA Pediatr. Published online, 2019. szeptember 23.](#))

## + CUKROS, ÉDESÍTŐSZERES ITALOK ÉS A 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ KOCKÁZATA

Az utóbbi időben számos tanulmány látott napvilágot a mesterséges édesítőszerrel készült üdítő italok elhízást és 2-es típusú diabéteszt növelő hatásáról.

Most az Egyesült Államokban a magazinunkban számos alkalommal különböző aspektusokból idézett három nagy utánkövetéses vizsgálat, a 76.531 nő bevonásával folytatott [Nurses' Health Study](#) (1986–2012), a 81.597 nő vizsgálatát felölelő [Nurses' Health Study II](#) (1991–2013), és a 34.224 férfi bevonásával lefolytatott [Health Professionals' Follow-up Study](#) (1986–2012) újabb szempontból történő feldolgozása igen érdekes eredménnyel járt.

Kérdőívek használatával 4 éves periódusokban felmérték a cukrozott üdítők ill. 100%-os gyümölcslevek, valamint a mesterséges édesítővel készült üdítők fogyasztásának a változását. 2.783.210 egyén-évre számolva 4 év alatt 11.906 új 2-es típusú diabéteszt regisztráltak. Azon személyeknél, akik a cukros italok fogyasztását legalább napi 1,2 dl-rel növelték, 16%-kal több lett cukorbeteg, míg azoknál, akik ugyanennyivel több mesterséges édesítőszerrel készült italt fogyasztottak, 18%-kal nőtt a diabéteszesek száma. Akik a cukros italokat vízzel, cukormentes teával, kávéval cserélték fel, 2–10%-kal csökkent a diabétesz kockázata.

Tehát ez a legújabb vizsgálat sem támasztja alá azon vélekedést, mely szerint előnyös lenne a cukros italok helyett a cukormentes „light” termékek fogyasztása. Marad tehát továbbra is a legegészségesebb italként a víz.

(Forrás: [Diabetes Care 2019;42:2181–2189](#))

## + AZ ÉLET DEREKÁN FELSZEDETT TÚLSÚLY IDŐ ELŐTTI HALÁLOZÁSSAL JÁR

Hazánkban és Európában, valamint az Egyesült Államokban is, ha valaki már nem hízik meg gyerekkorában, jó esélye van arra, hogy a húszas életévei végétől a negyvenes évei végéig súlyfeleslegre tesz szert.

Az Egyesült Államokban a Nemzeti Egészségi- és Táplálkozási Vizsgálat (National Health and Nutrition Examination Survey) keretében 36.000 átlag 57 éves felnőtt sorsát kísérték figyelemmel 12 éven keresztül, akik 25 és 47 éves koruk között híztak meg.

Ezen vizsgálati időtartam alatt 30%-uk meghalt. Szemben a felnőtt életük során normális testsúlyukat megőrzőkkel, az élet második 25 éve során meghízottak halálozási kockázata 22%-kal nőtt. Azok esetében, akik az ötvenes éveik elején csökkentették testsúlyukat, csökkent a halálozási kockázat, de még mindig meghaladta a normális súlyúakét.

A vizsgálok következtetése: már a korai felnőttkorban is maximálisan törekedni kellene a halálozási kockázat csökkentésére a normális testsúly megtartásával.

(Forrás: [BMJ 2019; 367, 2019. október 16.](#))

## + JOGHURT+NÖVÉNYI ROSTFOGYASZTÁS. VAN-E KAPCSOLAT A TÜDŐRÁKKAL?

A savanyított tejtermékek (joghurt, kefir), mint probiotikumok és a növényi rostok, mint prebiotikumok nagyobb mennyiségben történő fogyasztása az egészség megőrzése szempontjától széles körben igazolt. Fontos szerep jut mindkettőnek az elhízás, a 2-es típusú diabétesz és a vastagbél rosszindulatú daganatai megelőzésében.

Egy amerikai kutató csapat arra kereste a választ, hogy a fentiek érendbe illesztése és a tüdőrák kockázata között milyen kapcsolat áll fenn. Ennek érdekében 10 megfigyeléses vizsgálatot vetettek részletes elemzés alá, melyeket az Egyesült Államokból, Európából és Ázsiából összesen 1.445.850 személy bevonásával végeztek és átlag 8 éves időtartamúak voltak.

Azt találták, hogy a legtöbb joghurtot és növényi rostot fogyasztók között 17%-kal kevesebb tüdőrák lépett fel. Ha az elemzést a nem dohányosokon végezték, akkor a joghurt és rost-fogyasztás 30%-os, szignifikáns védelmet jelentett a tüdőrákkal szemben.

A különbség okát nem sikerült tisztázni, de egyértelmű, hogy mind a prebiotikumok, mind a probiotikumok érendbe illesztése számos egyéb előny mellett még a tüdőrák ellen is védelmet nyújt.

(Forrás: [JAMA Oncol, 2019.október 24.](#))

## + AZ ÉTKEZÉSEK UTÁNI (POSTPANDRIÁLIS) VÉRCUKORSZINTEK PROBLÉMÁINAK MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEI

Étkezéseket követően mindenkinek megemelkedik a vércukor szintje. Csak míg az anyagcsere egészséges egyéneknél ennek a mértéke ritkán haladja meg a 8 mmol/l-t, addig cukorbetegéknél ennél lényegesen magasabbra emelkedhet, inzulin túladagolás esetén pedig hipoglikémiás szintekre süllyedhet.

A vércukorcsökkentő kezelések mindegyike ezt a túlzott postprandiális emelkedést célozza kordában tartani, az életmód, ezen belül a diétás és mozgásterápia mellett a tablettás és injekciós vércukorcsökkentő készítmények, nevesítve elsősorban az inzulin alkalmazásával.

Az étkezést követő vércukor-emelkedés csúcsa többnyire a 60. percnél történik, de lehet valamivel előbb, ill. később is, egészen a 120 perces időtartamig. Sokáig viszonylag keveset tudunk a különféle szénhidrátok fogyasztását követően vércukor-emelkedésekről. Ebben hozott áttörést a valós idejű, folyamatos szöveti glükóz-monitorozás (CGM). Ennek alkalmazása egyformán fontos és előnyös mind napi többszöri inzulin injekciós, mind inzulinpumpa-kezelés kapcsán.

Az elmúlt év decemberében a kérdés széleskörű elemzésére egy konferenciát hívott össze az „Endocrin Society” (Endokrinológiai Társaság), melynek anyagát ez év októberében tették közzé. Elsősorban az inzulinnal

kezelt, világszerte mintegy 200 millió 1-es, és inzulinnal kezelt 2-es típusú cukorbeteg szempontjait tartották szem előtt.

### A konferencia nyomán kialakított főbb ajánlások

- Elegendő időt kell hagyni az inzulin hatásának kifejtéséhez. Ez gyors hatású humán inzulin esetében az étkezések előtt legalább 30 perc, ultra gyors hatású analóg inzulinok esetében 15–20 perc, mely a még gyorsabban felszívódó „fiasp” inzulin alkalmazásánál percekre rövidíthető.
- Szénhidrát fogyasztása előtt tíz perccel keményítőt nem tartalmazó zöldséget és/vagy fehérjét fogyasszanak és csak ezt követően tésztát, burgonyát, rizst, stb.
- A zöldségekre, salátákra célszerű alma-ecetet tenni a szénhidrátok felszívódásának lassítására.
- Magas rost-tartalmú búzakorpa, zabkorpa ételhez keverése nagymértékben csökkenti a szénhidrátok felszívódásának sebességét és ezáltal alacsonyabb postprandiális vércukrot eredményez.
- Legyenek tisztában azzal, hogy a magas zsírtartalmú ételek akár 3-4 óra is elnyújthatják a szénhidrátok felszívódását.
- Étkezést követően 10–20 perccel 10–20 perces könnyű vagy közepes mozgásgyakorlat szintén mérsékli a vércukor emelkedését.

A tanácskozók kiemelik, hogy a legújabb, a CGM által vezérelt, ún. „closed loop” inzulinpumpák, melyek a mindenkori szükségletnek megfelelően növelik vagy csökkentik az infúziós rátát, sőt alacsony vércukorértékek esetén átmenetileg fel is függesztik azt, sokat segíthetnek a postprandiális vércukorszintek menedzselésében, de még messze vagyunk a kérdés megoldásától. Addig is célszerű maximális erőfeszítéseket tenni annak érdekében, hogy minél több 1-es és inzulinnal kezelt 2-es típusú cukorbeteg – megfelelő egészségbiztosítási támogatással – élhessen a valós idejű CGM nyújtotta lehetőségekkel.

*(Egy CGM-et és korszerű inzulinpumpát használó betegem naponta 6–8 alkalommal él az ujjbegyes vércukormérés lehetőségével is, mivel a CGM-vezérelt pumpa által meghatározott bázisinzulin-ráta messze nem felel meg tényleges igényeinek. Lehet, hogy ő csak egyedi eset, de példázza azt, hogy még mennyi teendő van a pumpakezelések fejlesztésének területén – a referáló megjegyzése.)*

(Forrás: [J Endocr Soc. 2019;3:1942-1957. Full text](#))

## + A REGGELIZÉS ELŐTT VÉGZETT TESTMOZGÁS ELŐNYÖSEBB, MINT AZ ÉTKEZÉS UTÁNI FIZIKAI AKTIVITÁS

A rendszeres fizikai aktivitás elengedhetetlen feltételét képezi az egészség megőrzésének és főként a súlyfelesleggel rendelkezők testsúlycsökkentésének.

Egy új angliai vizsgálatban 30 kövér és elhízott személynél végeztek hathetes vizsgálatot oly módon, hogy egy

részük éhgyomorral, csak szénhidrátot tartalmazó reggelizés előtt, más részük csak szénhidrátot tartalmazó reggeli elfogyasztását követően végzett 90 perces közepes erősségű testmozgást, pl. kerékpároztak.

Azt találták, hogy akik éhgyomorral mozogtak, kétszeres mennyiségű zsírt égettek el, mint akik reggelizést

követően végezték a fizikai aktivitást. Tehát nem mindegy, hogy étkezések előtt, vagy azt követően végzünk gyakorlatokat. Ez érvényes az anyagcsere egészséges és a 2-es típusú diabetesesek esetében is.

(Forrás: [J Clin Endocrinol Metabol. 2019. október](#))



# GYÜMÖLCS- ÉS ZÖLDSÉGFogyasztás

## AGGASZTÓ MAGYAR ADATOK

A tudományos vizsgálatok szerint egyes betegségek akár 30 százalékban is megelőzhetők lennének megfelelő zöldség- és gyümölcsbevitellel. Magyarország azonban mindkét területen rosszul áll, különösen a zöldségfogyasztás terén maradtunk le az egész uniótól. A megelőzés részeként EU-s szinten negyedmilliárd eurót költenek az uniós iskolagyümölcs-, iskolazöldség- és iskolatejprogramra ebben a tanévben.

Phil Hogan, a mezőgazdaságért és a vidékfejlesztésért felelős ír biztos szeptemberben az egészségesebb étkezési szokások érdekében kampányolt, többek között azért is, mert az EU 250 millió eurót (mintegy 80 milliárd forint) költ ebben a tanévben erre a célra. Hogan biztos azt mondta:

„Az uniós iskolaétkeztetési programnak köszönhetően fiatal polgáraink nemcsak jó minőségű európai termékeket fognak fogyasztani, hanem ismereteket is szereznek a helyes táplálkozásról, a gazdálkodásról, az élelmiszer-termelésről és az ezzel járó kemény munkáról.”

A 2017–2018-as tanévben több mint 20 millió gyermek vett részt az [iskolaétkeztetési programban](#), ez minden ötödik gyereket jelent az EU-ban. Mintegy 159 ezer iskola csatlakozott a kezdeményezéshez, melynek keretében 178 millió liter tejet és több mint 255 ezer tonna friss gyümölcsöt és zöldséget szállítottak az uniós iskolákba. Az EU 2017-2018-ban több mint 182 millió eurót biztosított az uniós költségvetésből erre a célra.

Az idei 250 millió euróból 145 millió eurót szának zöldségre és gyümölcsre, 105 millió eurót pedig tejre és egyéb tejtermékekre. Bár az uniós iskolaétkeztetési programban önkéntes a részvétel, valamennyi uniós tagállam úgy döntött, hogy beszáll a programba, akár annak egy szakaszában, akár egészében. A részt vevő országok ezen kívül nemzeti forrásokkal is kiegészíthetik az uniós támogatásokat.

## Életmentő zöldségek

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének (WHO) nem túl új (2003-as), ellenben az egész világra kiterjedő vizsgálata mutatott rá arra, hogy évente 2,7 millió ember halálában játszhat szerepet a nem elegendő zöldség-, és gyümölcsfogyasztás. A 10 legjelentősebb kockázati tényezők között tartják nyilván ezeknek az élelmiszereknek az alacsony mértékű fogyasztását. A gyümölcsök és zöldségek a napi étrend részeként fogyasztva segíthetnek megelőzni a nem fertőző betegségek egy részét, például a szív- és érrendszeri betegségeket és bizonyos rákbetegségeket. A különféle zöldségek és gyümölcsök fogyasztása egyértelműen biztosítja a legtöbb mikrotápanyagot, táplálékrostot és számos alapvető tápanyagot. Ugyanakkor az átlagosnál is nagyobb mértékű gyümölcs- és zöldségfogyasztás segíthet a telített zsírok, a cukor vagy a só kiszorításában.

Világszerte a gyümölcsstermékek és zöldségek alacsony fogyasztása a gyomor-bélrendszeri rák 19 százalékánál, az iszkémiás szívbetegség 31 százalékánál és a stroke 11 százalékánál emeli a kialakulás kockázatát. A jelenlegi gyümölcs- és zöldségbevitel becsült szintje világszerte jelentősen változik, a kevésbé fejlett országokban kevesebb, mint 100 g/nap, Nyugat-Európában pedig körülbelül 450 g/nap.

## Módszertan

Az adatok felvétele során nemzeti kérdőíveket használtak: személyes vagy telefonos interjúkat készítettek, online kitölthető kérdőíveket vagy az előbbieket kombinációját alkalmazták. Vagyis valamennyi adat a megkérdezettek önbevallásán alapul, ennek megfelelően az sem kizárt, hogy a valós helyzet ennél is súlyosabb.

## A mediterrán államok lakói falják a gyümölcsöt

Az [Eurostat adatait](#) hívtuk segítségül annak megállapítására, hogy az EU tagállamaiban mennyi gyümölcsöt és zöldséget fogyasztanak. A felmérésben egyaránt szerepet kaptak a friss és a fagyasztott termékek. Az országokat úgy rangsoroltuk, hogy a statisztikában szereplő két adatsort összevontuk és azt néztük meg, hogy egy adott állam lakosságának hány százaléka eszik minden nap gyümölcsöt és zöldséget. A gyümölcsök terén az uniós átlag 64 százalék, nem meglepő módon a déli államok állnak a lista első három helyén: Olaszország (85%), Portugália (81%),

Spanyolország (77%). Tíz ország van az uniós átlagon vagy afölött, míg a nagy többség alatta.

A lista utolsó három helyén Litvánia (37%), Bulgária (37%) és Lettország (35%) áll, de Magyarország sincs túl jó helyen: az előbbieket megelőzve a 25. pozíció jutott a magyaroknak, akiknek csak a 40%-a eszik legalább egyszer naponta gyümölcsöt. Érdemes megnézni azt is, hogy az európaiak mekkora hányada hagyja ki az étrendjéből a gyümölcsöt. Nos, a spanyolok között nincs ilyen, de a horvátok és a románok között is igen kevés, a lakosság 0,5 százaléka. Az uniós átlag ezen a téren 1,6 százalék, a magyar érték e fölött van, 1,9 százalékkal. Ezen a téren a belgák és a britek teljesítenek a legrosszabbul, lakosságuk 4 százaléka soha nem fogyaszt gyümölcsöt.

A WHO és a FAO közös szakértői konzultációs jelentése az étrendről, a táplálkozásról és a krónikus betegségek megelőzéséről azt tartalmazza, hogy naponta legalább 400 g gyümölcs és zöldség bevitelére van szükség például szívbetegségek, rák, cukorbetegség és elhízás megelőzésére. A jelentés megállapítja azt is, hogy meggyőző bizonyíték van arra, hogy a gyümölcsök és zöldségek csökkentik az elhízás kockázatát, valószínűleg csökkentik a cukorbetegség kockázatát is.

## A magyarok eszik a legkevesebb zöldséget az EU-ban

A zöldségfogyasztást az előbbiekhöz hasonlóan elemezzük. Az első adat máris közös a két listában: az uniós polgárok ugyancsak 64 százaléka naponta egyszer vagy többször fogyaszt zöldséget. A lista első két helyén azonban már nem déli állam, hanem Belgium és Írország áll, lakosságuk 84 százaléka minden nap eszik zöldséget. Ugyanakkor a harmadik helyen már egy mediterrán ország, Olaszország következik 80%-kal, őket a portugálok követik 78%-kal.

Az EU-s átlagon vagy fölötté 12 ország van, a többiek alatta jönnek.

**A legrosszabb eredménnyel Magyarország rendelkezik, a lakosság csak a 30%-a eszik napi rendszerességgel zöldséget.**

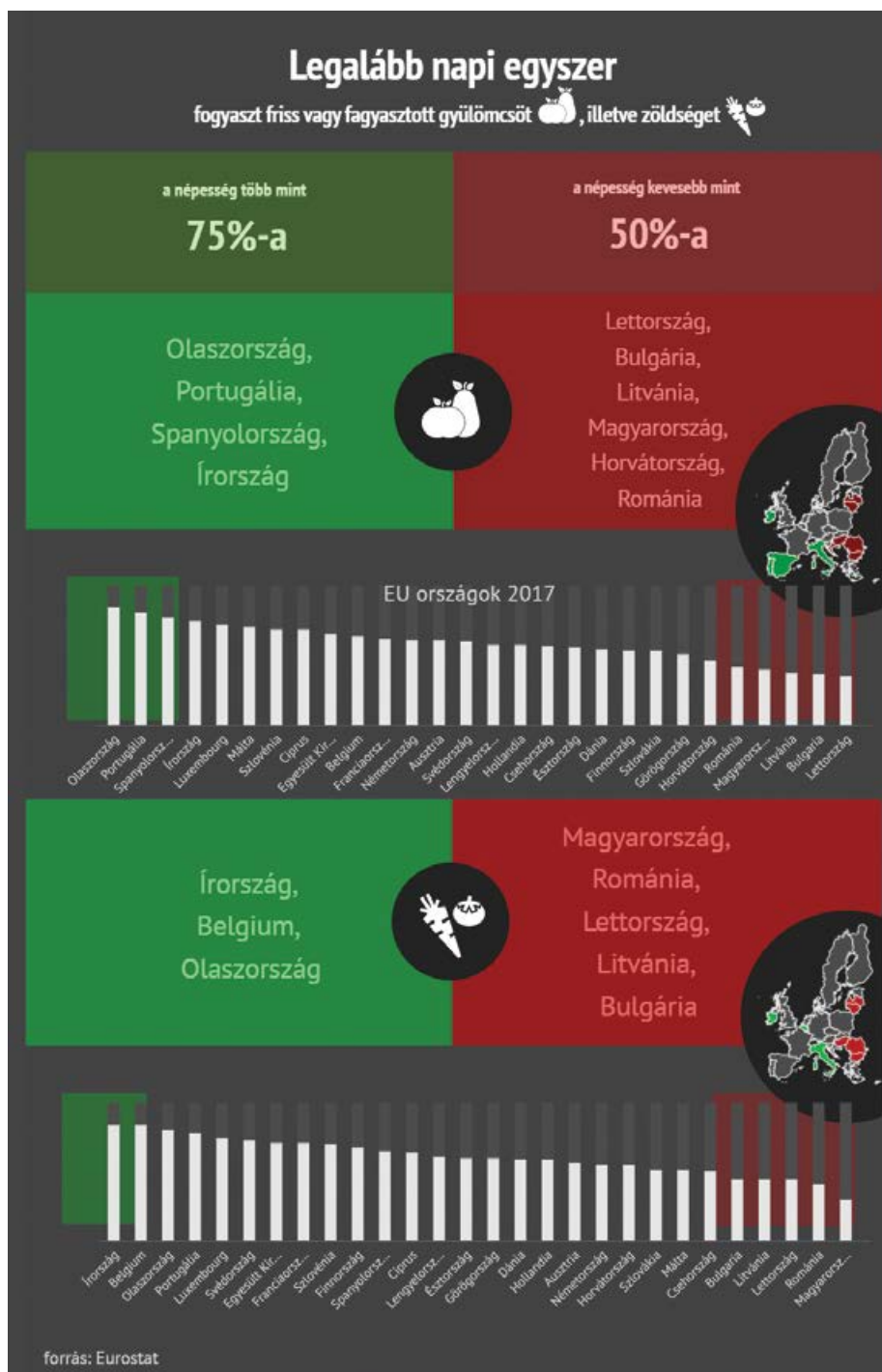
Előttünk a románok (41%) és a lettek (44%) állnak. Ebben a kategóriában is csak a spanyolok mondhatják el magukról, hogy nincs közöttük olyan, aki soha nem eszik zöldséget, de a litvánoknak és a horvátoknak is csak a 0,2 százaléka tartozik ide. Csak öt olyan ország van, ahol 1 százalék fölötti a zöldséget nem fo-

gyasztók aránya: ebbe a csoportba tartozik Magyarország (1,5%) is, a negatív listavezető azonban Málta 3,3%-kal.

A gyümölcs- és zöldségfogyasztás és a rák kockázatának magas szintű nemzetközi felülvizsgálata, amelyet a Nemzetközi Rákkutató Ügynökség (IARC) koordinál, arra a következtetésre jutott, hogy a gyümölcsök és zöldségek fogyasztása csökkentheti a rák kockázatát, különösen a gyomor-bél traktusban. Az IARC becslése szerint a gyümölcs- és zöldségbevitelnek a rákos megbetegedések 5-12 százaléka megelőzhető lenne, de a felső gyomor-bélrendszeri rákos megbetegedések esetében világszinten ez az adat már 20 és 30 százalék között van.

(Forrás: Index.hu, 2019. október 9.)

A cikk az [Euroológus](#) és az [Európai Adatújságírók Hálózata](#) közötti együttműködés eredményeként készült)





# AZ ELFOGYASZTOTT FEHÉRJÉK ÉS ZSÍROK IS EMELIK A VÉRCUKROT!

Több mint egy évszázadon keresztül a diabéteszeseknek csak a szénhidrátok fogyasztására vonatkozóan adtak tanácsot, mikor, mit, mennyit egyenek és később, inzulinkezelés mellett 10 g szénhidrátra mennyi inzulint adagoljanak. Csak az elmúlt három évtizedben kapott hangsúlyt a diéta energiatartalma, azaz a szénhidrátok mellett, azokkal együtt elfogyasztott fehérjék és zsírok mennyisége, elsősorban a hizláló hatásuk miatt, hiszen elsősorban a 2-es típusú cukorbetegség többsége kövér és számukra a lehető legenergiaszegényebb étkezés a kívánatos, hogy súlyuk ne növekedjen, inkább csökkenjen.

Az elmúlt 10–12 évben, az inzulinpumpa-kezelés és a vele együtt alkalmazott szöveti glukóz monitorozás elterjedésével irányult a figyelem a fehérjék és zsírok vércukor emelő hatására. Azt tapasztalták ugyanis, hogy a szénhidrátok mellett elfogyasztott különböző mennyiségű zsírok és fehérjék befolyásolták az étkezések utáni vércukorszintek alakulását, magyarul, nem kiszámítható vércukor-emelkedést eredményeztek.

Erről 10–12 éve jelennek meg a külföldi szakirodalomban beszámolók, a jelenség magyarázatát és megoldási lehetőségeit kutató vizsgálatok. Magyar nyelven viszont eddig egyetlen ilyen dolgozat látott napvilágot, a Diabetologia Hungarica ez év szeptemberi számában társszerkesztőnk társszerzőségével, melyet alább adunk közre.

Az irodalmi áttekintésből kiderül, hogy a táplálék keretében magunkhoz vett zsírok különböző mechanizmusokon keresztül emelik a cukorbeteg vércukrát. E mechanizmusok:

1. A zsírok legnagyobb hányadát képező trigliceridekből felszabaduló glicerín egy része glukózzá alakul és hozzájárul a vércukor megemelkedéséhez – legalábbis cukorbetegben.
2. A felszabaduló szabad zsírsavak ugyan fokozzák az inzulin elválasztását, de ez 1-es típusú diabéteszben nem érvényesül, viszont megváltoztatják a vércukor szabályozásában szerepet játszó bélhormonok és a glukagon elválasztását, mely inzulinhiányos diabéteszben kedvezőtlen következményekkel járhat. A magas zsírsavszintek akadályozzák a cukor sejtekbe jutását, ezáltal annak további emelkedését eredményezve.
3. A zsírok lassítják a gyomor ürülését, ezen belül a szénhidrátoknak a bélbe történő bejutását és ezáltal lassítják, elnyújtják a glukóz felszívódását. Ez az étkezést követő 1-2 órában viszonylag alacsonyabb, 3–5

óra múlva viszont akár jelentősen magasabb vércukorszinteket eredményez. Nagyobb mennyiségű zsíros étel fogyasztása még a következő étkezés után is lassíthatja a gyomorürülést.

## Mi a helyzet a fehérjékkel?

Egészséges anyagcseréjű személyeknél a fehérjék nem befolyásolják a vércukor szintjét. 1-es típusú diabéteszben viszont nagyobb mennyiségű fehérje fogyasztása akár 3–5 órán át is megnövelheti a vércukor szintjét. Ennek magyarázata:

1. Ha nincs elegendő inzulin, a cukorrá átalakulni képes (glikogén) aminosavak a májban glukózzá alakulnak és hozzájárulnak a vércukorszint túlzott megemelkedéséhez.
2. A fehérjék fokozzák a vércukrot emelő glukagon elválasztását. Azonban amíg egészségesekben egyidejűleg megnő az inzulin elválasztás, addig inzulinhiányos diabéteszben utóbbi elmarad és a vércukor emelkedik.
3. Fentiek mellett a magas fehérjefogyasztás emeli a kortizon elválasztását, utóbbi pedig növeli a vércukor szintjét.

## Mi történik, ha mindhárom fő tápanyagot, szénhidrátot, fehérjét és zsírt tartalmazó ételt fogyasztunk?

Ha magas a szénhidrát-tartalom, gyorsan emelkedik a vércukorszint. Ha viszont az ételben sok fehérje és zsír van, akkor 3–6 óra múlva fog jelentősen megemelkedni a vércukor. Ennek megakadályozásához akár 30-60%-kal több inzulinra van szükség. Ennek bevitelével azonban a probléma az, hogy ha nem inzulinpumpával kezelnek valakit, akinél ún. szögletes vagy kombinált bólus formájában elhúzódva lehet ezen többlet inzulint bevinni, tehát az esetek túlnyomó többségében napi többszöri injekcióval kezelt, főként 1-es típusú diabéteszeseknél, a többlet inzulint az étkezést követően 3-4 órával később külön injekcióban kell beadni. Hogy kinél mennyit, azt a napi inzulin igénye szabja meg, valamint az egyes ételfajták elfogyasztását követően óránkénti mérésekkel igazolt vércukor változása. Ezen a téren jelenti a legnagyobb előnyök egyikét a CGM, azaz a valós idejű folyamatos szöveti glukóz monitorozás.

(Forrás: Dr. H. Nagy Katalin, Dr. Soltész Gyula: Diabetologia Hungarica 27: 147-154, 2019.)

**Manapság egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek a különböző növényi alapú tejhelyettesítő italok. Több oka lehet annak, hogy valaki növényi italokat választ a tej helyett, például: vegán étrend és egyéb vegetáriánus irányzatok, divatdiéták követése, tejfehérje-allergia vagy tejcukorérzékenység fennállása, különböző állat- és környezetvédelmi elvek.**

Egy 2019-es online lakossági kutatás (1093 fő) eredményei alapján a felnőtt internetezők 82%-a hallott már a növényi italokról, 29%-a próbálta is valamelyiket, de nem vált fogyasztóvá, 11% fogyasztja őket, de nem heti rendszerességgel, 4%-a pedig heti rendszerességgel fogyaszt valamilyen növényi italt. Ennek a felmérésnek az eredményeit a teljes magyar lakosságra vetítve, ez körülbelül 250 ezer rendszeres, és összesen 900 ezer fogyasztót jelent. A legnagyobb felhasználók a speciális étrendet követők vagy környezettudatos életmódot folytatók, 50%-uk már legalább kóstolt növényi italt. A kókuszital a legismertebb (75%) és legnagyobb arányban fogyasztott (17%) növényi italfajta, ugyanakkor ha csak a heti rendszerességű fogyasztást nézzük, akkor a kókusz-, a mandula- és a rizsital fej-fej mellett haladnak, a felnőtt internetezők körülbelül 3-3%-a választja ezeket a termékeket rendszeresen. A szójaital ismertségben vetekszik a rizs-, és a mandulaitallal (66–69%), ugyanakkor felhasználásában elmarad azoktól.

Az Amerikai Egyesült Államokban 2012 óta 61%-kal nőtt a növényi italok értékesítése.

### Helyük az egészséges étrendben

A tehéntej a szervezet számára nélkülözhetetlen tápanyagokat tartalmaz: fehérjéket, szénhidrátokat, zsírokat, igen gazdag ásványi anyagokban, például káliumban, kalciumban, magnéziumban, szelénben, valamint vízben és zsírban oldódó vitaminok egyaránt megtalálhatóak benne. A magyar táplálkozási ajánlás, az OKOSTÁNYÉR® szerint naponta fél liter tejet vagy ennek megfelelő tejterméket javasolt fogyasztani. A tej és tejtermékek kizárása az étrendből csak orvosilag indokolt esetben történjen, hiszen fontos makro-, és mikrotápanyag-források. Az egészséges lakosság számára a különböző növényi italok megfelelő tej- és/vagy tejtermékfogyasztás mellett beilleszthetőek az étrendbe.

### Hogyan nevezzük őket?

Gyakran tévesen „növényi tej”-nek nevezik őket, azonban semmi közük a hagyományos tejhez. Az 1234/2007/

EK rendelet meghatározza azt az alapelvet, amely szerint a „tej” szót az állati eredetű tejekre szabad ráírni és a „tejtermékek” a kizárólag tejből származó termékek, amelyekhez csak az előállításukhoz szükséges anyagok adagolhatók, feltéve, hogy ezeknek a használata nem a tej bármely alkotóelemének teljes vagy részleges helyettesítését szolgálja. Az alapelv alkalmazása alól kivételt képeznek a következő elnevezések: vajretek, gyümölcsajt (pl. birsalmasajt), disznósajt vagy hússajt vagy fejsajt, haltej, kakaóvaj, kókusztej, mogyoróvaj, vajbab, vajkörte. Tehát a növényi italok közül egyedül a kókuszából készült nevezhető tejként, a többi esetében az „ital” elnevezést ajánlott alkalmazni, azonban a kókusz esetében is pontosabb a kereskedelmi forgalomban kapható készítményeknél a „kókusztej-ital” megnevezés.

### Miből és hogyan készülnek?

Növényi italok többféle alapanyagból készülhetnek:

- gabonából: rizs (barna rizs is), zab, tönköly, kamut, köles
- álgabonából: quinoa, hajdina (ezek rizzsel keverték), amaránt
- száraz-hüvelyesekből: szója, csicseriborsó
- olajos magvakból: mandula, dió, mogyoró, kesudió, brazil dió, szezám
- pálmafélékből: kókusz
- egyéb növény: pl. kender

Általában a különböző alapanyagokat több órán keresztül vízben áztatják, majd turmixolják és leszűrik, esetlegesen sót, cukrot, növényi olajokat, ízesítő anyagokat, vitaminokat, ásványi anyagokat, egyéb adalékanyagokat adnak hozzájuk, így válnak a tejhez hasonló itallá. A legtöbb kereskedelmi mandulaitalt például úgy állítják elő, hogy a magot pörkölik és őrlik, majd nagy mennyiségű vízzel és más összetevőkkel keverik össze, azt követően szűrik. A szűréssel a fehérje- és a rosttartalom nagy része kikerül a végtermékből. Fontos figyelembe venni a növényi italoknál, hogy a készítési mód miatt tápanyag-összetételük különbözik az alapanyagétól.

### Makrotápanyagai

A növényi italok közös táplálkozás-élettani jellemzője, hogy fehérjéik kisebb fokú biológiai hasznosulásúak a tehéntejhez képest. Fontos tehát figyelembe venni a növényi italok étrendbe illesztésénél, hogy fehérje- és aminosavbevitel szempontjából nem megfelelő helyettesítői a tehéntejnek. A legtöbb növényi ital jóval kisebb

fehérjetartalommal rendelkeznek (kb. 0-1,7 g/100 g) mint a hagyományos tej (3,4 g/100 g), ez alól a szója a kivétel (2,9-3,4 g/100 g).

A 2,8% zsírtartalmú tehéntejhez hasonlítva a növényi italok többsége alacsonyabb zsírtartalmú. Zsírösszetételüket tekintve főként egyszeresen és többszörösen telítetlen zsírsavakat tartalmaznak és koleszterinmentesek, mely szív- és érrendszeri szempontból kedvezőbb, mint a hagyományos tejben jelenlévő koleszterin és nagyobb telített zsírsavtartalom. A növényi italok közül kivételt képez a kókuszital, mely nagyrészt telített zsírsavakat tartalmaz.

A szívre és érrendszerre kedvező hatás szempontjából a szója kiemelkedő. Az amerikai Élelmiszer és Gyógyszerügyi Hivatal (FDA) 46 tanulmány eredményeinek elemzése után napi 25 g szójafehérje elfogyasztását javasolja összkoleszterin-, illetve LDL-koleszterinszint csökkentés céljából.

Mandula és szójabab esetében mind az egyszeresen telítetlen (MUFA), mind a többszörösen telítetlen zsírsavtartalmuk (PUFA) szignifikánsan nagyobb, mint a telített zsíroké. Mind a MUFA-ról, mind a PUFA-ról megállapították, hogy jótékony egészségi hatásokkal bírnak a kardiovaszkuláris események és egyes daganatos megbetegedések megelőzésében.

## Tehéntej és növényi italok tápanyagtartalma 100 ml-ben

Ital megnevezése	Energia (kcal)	Fehérje (g)	Zsír (g)	Szénhidrát (g)
<b>Tehéntej (2,8% zsírtartalmú)</b>	<b>60</b>	<b>3,4</b>	<b>2,8</b>	<b>5,3</b>
Rizsital hozzáadott cukor nélkül	45-64	0-0,5	0,8-1,2	9-13
Mandulaital hozzáadott cukor nélkül	13-22	0,5	1,1-2,1	0-0,3
Mandulaital hozzáadott cukorral	19-34	0,2-0,5	0,6-2,1	3-3,3
Zabital hozzáadott cukor nélkül	40-50	0,2-0,7	1,3-1,6	5,6-7,8
Kakaós zabital hozzáadott cukorral	62	0,9	1,8	9,8
Kókuszital hozzáadott cukor és rizs nélkül	14-15	0,1-1,7	0,4-1,2	0-1,3
Kókuszital rizszel, hozzáadott cukor nélkül	19-22	0,1	0,9	2,6-3,2
Ízesített kókuszital hozzáadott cukorral	41	0,4	1,1	7
Szójaital hozzáadott cukor nélkül	32-35	2,9-3,4	1,8-2	0,2-1
Szójaital hozzáadott cukorral	39-45	3-3,7	1,7-2,1	2,5-2,6
Ízesített szójaital hozzáadott cukorral	54-61	3	1,7-1,8	6,5-7,8

*Forrás: MDOSZ saját szerkesztése, élelmiszerek címkeinformációi alapján*

A növényi italok szénhidrátartalma változó, ez attól is függ, hogy tartalmaznak-e hozzáadott cukrot vagy sem. Általánosságban elmondható, hogy a gabonákból (rizs, zab) készült fajtáknak akkor is nagyobb a szénhidrátartalma a tehéntejhez képest, ha nem adtak hozzájuk cukrot a felhasznált nyersanyagból származó keményítő miatt. Van olyan rizsital, amelynek deciliterenként 13 g a szénhidrát tartalma, miközben a hagyományos tejé 5 g körüli. A mandula-, kókusz- vagy szójaitalnak hozzáadott cukor nélkül minimális szénhidrát tartalmuk van.

A tejhelyettesítők energiatartalma általánosságban kisebb, mint a 2,8%-os hagyományos tejé, de például a rizsitalok között találunk olyan fajtákat, amelynek akár még több is lehet. Fogycúrák étrendbe energiatartalmuk figyelembe vételével ezek az italok beilleszthetők.

## Növényi italokhoz adott adalékanyagok, vitaminok, ásványi anyagok

A tehéntejben sokféle vitamin és ásványi anyag jól hasznosuló formában van jelen, közülük kiemelkedő a kalcium. Bár sok növényi ital dúsítva van (de nem mind!) kalciummal és különböző vitaminokkal, abból a célból, hogy a tehéntejhez hasonló tápanyag-összetételt érjenek el, ezen mikrotápanyagok biológiai hozzáférhetősége bizonytalan,

több tényezőtől függő. Egy vizsgálat eredményei alapján a kalcium biológiai hozzáférhetősége szignifikánsan eltér a dúsított italokban, és a termékek címkéin feltüntetett mennyiség nem egyezik meg feltétlenül a hasznosuló mennyiséggel.

A gyártók a kalcium pótlására leggyakrabban trikálcium-foszfátot, kalcium-karbonátot és Lithothamnion algából nyert kivonatot szoktak használni. A Lithothamnion egy mézszomszatok rendjébe tartozó alga, mely porózus szerkezetének köszönhetően a tengerben lévő kalciumot jelentős mennyiségben képes megkötni. Általában 120 mg kalcium található a dúsított italok egy deciliterében. Magnéziummal dúsított termék is van már a boltok polcain (egy adagban, 250 ml-ben a napi ajánlott mennyiség 29%-a található).

A vitaminok közül általában D-, A-, E-, B2-, B12-vitamint használnak dúsításra a gyártók, de egyes termékekben más vitaminokat tesznek az előállítók, pl. B3-, B5- és B6- vitamint. A dúsított termékeket mindig alaposan rázzuk fel fogyasztás előtt, hiszen a hozzájuk adott anyagok kiülepedhetnek a csomagolóanyagra.



Az élelmiszercímkéken gyakran találkozhatunk laikusok számára talán ijesztően hangzó kifejezésekkel, mint stabilizátorok, emulgeálószer, különböző gumik. Ezek az élelmiszerek megfelelő állományát kialakító adalékanyagok főleg növények szerkezeti anyagaiból készülnek, tehát jelentős részük természetes.

Az emulgeálószer két olyan anyag elkeveredését segítik, amik jellemzően nem tudnának elegyedni, mint például a víz és az olaj, amihez leggyakrabban napraforgó lecitint használnak.

A guar gumit, egy növényből, a guarbab (*Cyamopsis tetragonoloba*) magjaiban található táplálószerből (endospermium) állítják elő. A megfelelő konzisztencia (állag) kialakítására használják. Az ember számára gyakorlatilag emészthetetlen, ezért rostforrás.

A szentjánoskenyér lisztet is használják állományjavításra, stabilizátorként, melyet a mediterrán térségben élő szentjánoskenyérfa magjából (*Ceratonia siliqua* L.) állítanak elő.

Találkozhatunk az összetevőlistában különböző növényi olajokkal is, mint a napraforgóolaj vagy a pórsáfrány olaj. A zabitalok között van rosttal (inulin) dúsított változat is.

Ma már kaphatóak olyan növényi alapú italok (kókusz, mandula, rizs) is, amelyek gyümölcssűrítménnyel ízesítettek, hozzáadott cukrot nem tartalmaznak, édesítésüket stevia növény kivonattal oldották meg, melyekbe dúsításra terméktől függően magnéziumot vagy B3-, B5-, B6-, E-vitamint is használnak.

## Tejfehérje-allergia és tejcukorérzékenység

A tejfehérje-allergiások számára az egyetlen kezelési módszer a tejfehérjementes étrend. A tej és tejtermékek tápanyagtartalma egyetlen ételiszterrel sem pótolható teljesen, de konyhatechnológiai helyettesítése megvalósítható különböző növényi alapú termékekkel. A növényi italok tejfehérjementesek. Tejfehérje-allergia esetén az étrend összeállításában dietetikus szakember tanácsát szükséges kérni, hiszen figyelemmel kell lenni a tej és tejtermékek tápanyagtartalmának, mint például a teljes értékű fehérje, kalcium, D-vitamin más forrásokból történő biztosítására. A növényi italok étrendbe illesztésénél vegyük figyelembe a különböző fajták meglehetősen eltérő tápanyagtartalmát. Például a rizsital szénhidrát-tartalma deciliterenként 10 gramm körüli, míg a mandulaital szénhidrát-tartalma elhanyagolható. A szójaital fehérjetartalma kb. 3 g deciliterenként, míg a többi növényi ital minimális (0–1,7 g között) fehérjetartalommal rendelkezik. Nagy különbségek észlelhetők ízben és konyhatechnológiai tulajdonságaikat tekintve is a különböző tejhelyettesítők között. Sós jellegű ételekhez inkább a semlegesebb ízű fajtákat érdemes választani, mint például a rizs-, zab- vagy szójaitalt, édesekhez pedig jól passzolhat a mandula, kókusz vagy mogyoró alapú ital. Ízben akár ugyanabból a növényből készülő italok között is lehet különbség, ezért érdemes több gyártó termékét megkóstolni. A mandula-

ital esetében attól is nagyon függ az íz, hogy pörkölt vagy pörköletlen magból készítették az italt. Tejfehérje-allergia fennállása esetén gyakran előfordul egyidejűleg szójaallergia is, így ilyen esetekben szójaitallal sem helyettesíthető a hagyományos tej.

A tejcukorérzékenység esetén a tej és tejtermékek elhagyása az étrendből nem javasolt. A laktózintolerancia a tejcukor emésztésének zavara. Ennek a problémának a fennállása esetén elegendő, ha bizonyos tejtermékekből a laktózmentes változatot választjuk, de egyes tejtermékek, mint például a kemény sajtok eredendően laktózmentesnek, illetve erőteljesen lecsökkent laktóztartalmúnak tekinthetők. A laktózszegény étrend is a kiegyensúlyozott táplálkozási ajánlásoknak felel meg, tehát tartalmazza az ajánlott fél liter tejet vagy annak megfelelő kalciumtartalmú tejterméket, csak az étrendet úgy állítjuk össze, hogy annak laktóz tartalma ne haladja meg a még tolerálható mennyiséget, amely egyéni szinten különböző. Ettől függetlenül a változatosság jegyében laktózintolerancia esetén az egyén étrendjébe is beilleszthetők a növényi italok, hiszen azok eredendően laktózmentesek.

## Cukorbetegség

Manapság többször előkerülő tejjel kapcsolatos tévhit, hogy cukorbeteg és különböző szénhidrát-anyagcsere problémákkal küzdők (inzulinrezisztencia, emelkedett éhomi vércukor, csökkent glükóztolerancia) étrendjébe nem illeszthető be. A tehéntej fogyasztható a cukorbetegség és szénhidrát-anyagcsere problémák fennállása esetén is, csak bizonyos szabályok betartása fontos. Szénhidrát-tartalmával számolni kell az étrendben (5,3 g/100 g), hozzáadott cukrot nem tartalmazhat, de figyelembe kell venni azt is, hogy természetes tejcukortartalma gyorsan emeli a vércukorszintet. A személyre szabott étrendben a megfelelő napszakban és a meghatározott szénhidrát-mennyiségnek megfelelő mértékben illeszthető be a tej. A cukorbeteg diétájában a növényi italok is helyet kaphatnak, melyek közül előnyösebbek lehetnek a kisebb szénhidrát-tartalmúak, mint például a mandula, melynek elhanyagolható (0–0,3 g /100g) vagy a kókusz (0–1,3g) melynek adott terméktől függően szintén minimális a szénhidrát-tartalma. Legyünk figyelemmel a növényi ital választásánál annak szénhidrát-tartalmára, például a rizs- vagy zabital nagyobb szénhidrát-tartalommal rendelkezik, mint a hagyományos tej. A kókuszitalba gyakran tesznek rizst is, így az emeli a termék szénhidrát-tartalmát. A növényi italok közül sem ajánlottak a hozzáadott cukrot tartalmazó fajták, ezért mindig olvassuk el figyelmesen az ételisztercímke tápértékekre és összetevőkre vonatkozó részét. Ma már kaphatóak alternatív édesítővel (stevia) készült változatok is, melyek fogyaszthatóak például cukorbetegségben, főként, ha valaki a cukrozott változatokhoz hasonló édesebb ízt preferálja.

(Forrás: [MDOSZ](#), Táplálkozási Akadémia, 2019. november)

# 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEK GYÓGYÉTRENDJE

## 4. RÉSZ

AVAGY: MIT (T)EHET, HA DIABÉTESZÉT FRISSEN DIAGNOSZTIZÁLTÁK?



Receptek a  
cikk végén

### ÍZEK: ÉDES

**Eledeleink íze alapvetően határozza meg étel-választásunkat. Ha innen közelítjük, az ízben benne foglaltatik a zamat és az aroma is. Komplexen érezzük őket a száj- és az orrüreg receptoraival. A 4+1 alapítz a nyelvünk különböző részein érezzük: édes, sós, savanyú, keserű, umami.**

Az édes ízt a nyelv első harmadával érzékeljük. A csecsemők tapasztalatlan ízlelését vizsgálván ismerték fel, hogy az édes ízt (és az umamit) kifejezett előnyben részesítik a kicsik, míg a többit csak később kezdik elfogadni. A kutatások arra engednek következtetni, hogy az embernél az édes íz adta kellemes és preferált érzés minden bizonnyal összefügg az anyatej édes voltával – tápláló, nyugtató, éltető erejéhez való korai kötődéssel. Az édes íz szeretete veleszületett tulajdonság, mely gyermek és serdülőkorban kitart – valószínűsíthetően a testi fejlődéshez, az

idegrendszer működéséhez szükséges gyors energiaforrás (szénhidrát) volta miatt is. Felnőttkorban az édes íz igénye sokaknál csökken, de egyetemes vonzerejét természetesen továbbra is megtartja.

Mikor egy egyénnél kiderül cukorbetegsége, gyakran tapasztalható, hogy az addig nem is annyira áhított cukrozott étek, édességek, desszertek irányában sokkal nehezebben tud ellenállni. Ezt az állapotot persze sok minden befolyásolja: életkor, genetikai háttér, gyerekkorból hozott szokások, tapasztalatok és persze a környezet, kultúra is.

### Mit (t)egyen a cukorbeteg, ha édes ízre vágyik?

Manapság ez a kérdés már nem ejti kétségbe az emberek többségét. Élelmiszer vásárláskor kifejezetten hasznos és tanácsos tájékozódni a címkén olvasható információkról. Indulásnak mindig nézzük meg a termék szénhidrát-tartalmát (persze ez önmagában még nem elegendő a választáshoz). Tudnunk kell különbséget tenni természetesen jelenlévő cukrok és hozzáadott cukrok között. Természetes cukrok gyümölcsökben, mézben, malátában, tej és tejtermékekben fordulnak elő (pl. szacharóz [répavagy nádcukor], gyümölcs- és tejcukor) – ezt az összetete-

vők listájában nem tüntetik fel. A természetes cukrokon túl az élelmiszerek egyéb szénhidrátot is tartalmazhatnak: rostok, keményítőfélék. Az összetevők listájában feltüntetett szénhidráttartalom a termék összes szénhidrátját takarja (természetes és hozzáadott egyaránt). Egyes élelmiszereken külön kiemelik, hogy szénhidrát, ebből cukrok/poliolok. A fő, hogy ha az összetevők között nem szerepel cukor (vagy a „hozzáadott cukor”-nál alább felsorolt anyag), akkor ez a cukor természetesen előforduló cukrot takar.

**Természetes cukrokkal jól kielégíthető az édességvágy – itt jöhetnek a gyümölcsök!** Persze csak módjával és beszámolva a napi szénhidrátba. Szőlő, szilva, banán és az aszalványok nem javasoltak! **Hozzáadott cukrok fogyasztása diabéteszben teljesen ellenjavallt.**

„Hozzáadott cukor” megnevezés alatt az alábbi anyagok számítanak az összetevők között: cukor, barna cukor, (bio) nádcukor, kókuszcukor, invertcukor, glükóz, glükóz-szirup, glükóz-fruktóz szirup, dextróz, maltóz, szacharóz, melasz, maltodextrin, karamell, kukoricaszirup, keményítőszörp vagy szirup, juharszirup, agávészirup, rizsszirup, méz.

**A hozzáadott cukrok jellemző forrásai:** édesipari termékek, cukorkák, cukrászsütemények, édes ízű pékáruk, cukros üdítők, szörpök, energiaitalok, cukrozott gyümölcsjoghurtok, tejdesszertek, pudingok stb.



Feldolgozott élelmiszereknek (pl. ketchupok, salátaöntetek, szószok, konzervek, majonéz) is lehet hozzáadott cukortartalma, ezekről nem biztos, hogy gondolnánk, mégis jelentős kívülről hozzáadagolt cukrot tartalmazhatnak; szükséges az ellenőrzésük a csomagoláson.

### A megoldás...

Manapság, a diabéteszes talán legnagyobb ellensége: A CUKOR (és fentebb említettek) helyettesítésére, már számtalan édes íz pótló érhető el. Tapasztalatom szerint azonban a páciensek körében ez az egyik leggyakoribb megosztó kérdés.



*Lilly*





„Milyen édesítőt vegyek? Merjem-e használni őket? Annyi rosszat olvasni, hallani róluk. Természetes vagy mesterséges? Nem fog meghajtani?”

## Az édesítőszer-csoportosítása

### 1. Természetes, kalóriát adó édesítőszer-csoport

Pl. répacukor (szacharóz), szőlőcukor (glükóz), gyümölcscukor (fruktóz), tejcukor (laktóz), invertcukor, méz, keményítőszörp. (e csoportból csak a gyümölcscukor és a tejcukor engedélyezett diabéteszben; mennyisége a napi szénhidrát bevitelbe beleszámítandó)

### 2. Természetes, kalóriamentes édesítőszer-csoport

pl. édesgyökér kivonat, szteviozid (stevia), taumatinn

### 3. Cukorszármazékok vagy polialkoholok

pl. xilit (nyírfacukor), eritrit, szorbit, mannit, maltit



### 4. Mesterséges, minimális kalóriát adó édesítők

pl. aszpartám

### 5. Mesterséges, kalóriát nem adó édesítőszer-csoport

pl. szacharin, aceszulfám-K, ciklamát

## Ezek az anyagok a terméken E-szám formájában is előfordulhatnak!

E-950 – K-aceszulfám (mesterséges édesítőszer)

E-951 – Aszpartám (mesterséges édesítőszer)

E-952 – Ciklaminsav, ciklamátok (mesterséges édesítőszer)

E-953 – Izomalt (mesterséges édesítőszer)

E-954 – szacharin és natrium-, kálium-, kalciumsói (mesterséges édesítőszer)

E-957 – Taumatinn (természetes édesítőszer)

E-959 – Neoheszperidin dihidro-kalkon (mesterséges édesítőszer)

E-960 – Stevia (édesítőszer)

E-965 – Maltit (édesítőszer)

E-966 – Laktit (édesítőszer)

E-967 – Xilit (édesítőszer)

E-968 – Eritrit (édesítőszer)

Cukorbetegeknek az eritrit, az eritrit-stevia keverék, a stevia – ezek egyike sem ad energiát és nem is igényel inzulint a feldolgozásuk – javasolható cukor-alternatíva. Az eritrit (édesítő ereje a cukorhoz képest 60%, enyhén hűvös ízű) a cukor volumenének pótlására alkalmas, pl. süteményekben. (A sütőélesztő azonban nem fut fel vele). Az eritrit és stevia keveréke a cukorhoz képest 4x-es erősségben édesít. Az eritritnek és az eritrit-stevia keve-

réknek – arra érzékenyeknél – puffasztó hatása előfordulhat (egyénre jellemző, hogy ennek mekkora mennyisége tehető felelőssé a puffadás előidézéséért). A maltit és a xilit háztartási viszonylatban nem javasolt – egy-egy cukormentes termékben fogyasztva néha helye lehet a diétában.

A mesterséges édesítőszerekről sok negatív vagy használatától eltántorító hír/cikk lelhető fel. Az alábbiakban szeretném megerősíteni azokat, akik félnék ilyeneket fogyasztani.

### Megjegyzés

Úgy tűnik az arany középút itt is segíthet: ha többféle édesítőt is használunk (mesterséges/természetes) annál kisebb az esély arra, hogy valamelyikkel túlterheljük a szervezetünket.

### Édesítőszerbiztonságossága

Minden élelmiszeradalék, így az összes édesítőszer engedélyezése és alkalmazásuk feltételrendszere is az EU egész területén összehangoltan valósul meg. Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hivatal (EFSA) felelős a tudományos háttér biztosításáért, mely fontos minden európai uniós szabályozáshoz és irányelv kialakításához, melyek közvetlen vagy közvetett hatással lehetnek az élelmiszerekre és az élelmiszerbiztonságra. Biztonságossági vizsgálatok sora előzi meg egy-egy édesítőszer engedélyezését, ezek a procedúrák akár 10 éven keresztül is eltarthatnak.

Az EFSA dolga többek között meghatározni, az adott édesítőszer Megengedhető Napi Beviteli (ADI) szintjét.

**ADI:** iránymutató, mely megmutatja azt a napi rendszerességgel, akár egy teljes életen keresztül biztonságosan fogyasztható mennyiséget, melynek egészségre káros hatása nincs.

Tehát az „ADI-szint” biztosíték arra, hogy az édesítőszer biztonságosan fogyasztható. ADI értéket csak akkor kap egy adalékanyag (jelen esetben édesítőszer), ha egy független tudományos testület biztonságosnak találta, majd pedig az EU is engedélyezte azt.

### Az édesítőszerbiztonságossága

Köztudott, hogy a hozzáadott cukor az elfogyasztott étel összes kalóriatartalmára hatással van. (10 dkg kristálycukor – 400 kcal) Amíg egy élelmiszer energiatartalmát főleg annak hozzáadott cukortartalma adja (pl. üdítőitalok) az energiamentes édesítőszer minimálisra vagy 0-ra csökkentheti a kalóriatartalmat. A zsírt és/vagy fehérjét (pl. gyümölcs joghurt, jégkrém) illetve más szénhidrátot is (pl. sütemények) tartalmazó étkeknél a cukor helyettesítése már kevesebb összenergia tartalom csökkentést eredményez. Ha a zsírtartalmat nem csökkentik egy édesítőszerrel gyártott élelmiszerben, akkor ez a termék jó eséllyel továbbra sem lesz alkalmas pl. fogyáshoz. A cukormentes élelmiszerek közötti eligazodáshoz tanácsos dietetikus szakember segítségét kérni.

Az energiamentes édesítőszerbiztonságossága nem befolyásolja a vércukor- és inzulinszintet, nem hízlalnak, szerepük lehet a 2-es típusú diabéteszesek testtömeg-csökkentésében és annak megtartásában is.

Diabéteszben a szájhygiénére is nagy hangsúlyt kell fektetni, mivel a fogágybetegségek előfordulása jóval gyakoribb. Az energiamentes édesítőszerbiztonságossága nem segít a szájbaktériumok szaporodását, ezáltal védő szerepet játszanak a fogszuvasodás elleni harcban, a fogágy gyulladás és a fogvesztés elleni küzdelemben. A fogkrémek íze édesítőszerbiztonságossággal elfogadhatóbbá tehető, a fogzománc védelmében ennek is jelentős szerepe lehet.



# ✓ RECEPTEK

## Édes kiflik

### Hozzávalók:

28 dkg tönkölyliszt  
21 dkg margarin  
10 dkg őrölt dió  
10 dkg eritrit por  
1 db tojássárgája  
pár csepp vaníliaaroma  
egy csipet só

### A szóráshoz:

eritrit alapú porcukor, melyben előzőleg vanília rudat tartottunk

### Elkészítés:

1. A lisztet és az eritrit port átszitáljuk. Adjuk hozzá a felkockázott hideg margarint, a darált diót, a tojássárgát, a csipet sót és a vanília aromát. Gyors mozdulatokkal dolgozzuk össze tésztává és tegyük hűtőbe, minimum 30 percre.
2. Ezután hengergessünk ujjnyi vastag, hosszú kígyókat a tésztából, majd pedig késsel vagdossunk kb. 4-5 cm-es darabokat és alkossunk kis kifliket.
3. A kifliket helyezzük sütőpapírral bélelt tepsire, majd előmelegített sütőben 180 fokon süssük 10–15 percig (figyeljük, hogy ne égjenek meg).
4. Miután elkészültek, néhány perc hűlés után szórjuk meg gazdagon vaníliás eritritporral!

### Tápanyagtartalom – az egészben:

Energia: 2354 kcal, Fehérje: 61,6 g, zsír: 232,8 g, szénhidrát: 182,2 g



(Ha meg akarjuk tudni, egy darab kifli tápértékét, osszuk el az egészet annyival ahány darab kifli készült.)



## Túrós-zabpelyhes szeletek

### Hozzávalók:

- 25 dkg sovány túró
- 10 dkg vaj
- 16 dkg eritrit
- 1 rúd vanília
- 1 db citrom leve
- 4 db tojás
- 10 dkg zabpehely
- 5 dkg zabpehelyliszt
- 1 csipet só
- 1 késhegynyi szódaikarbóna



### A gyümölcsmártáshoz:

- 30 dkg fagyasztott vegyes erdei gyümölcs
- 5 ek. eritrit
- 1/2 db bio citrom leve
- 4 ek 10%-os tejszín

### Elkészítés:

1. A túróát áttörjük, és a margarinnal, a cukorpótlóval, a tojás sárgákkal, a vanília kikapart belsejével és a citromlével egy nagy keverőtálba tesszük, majd addig keverjük, amíg homogén masszát kapunk.

2. A tojás fehérjét habbá verjük, majd a túró keverékhez forgatjuk. A zabpehelyt a zabpehelyliszttel, a sóval és a szódaikarbónával elkeverjük, és fokozatosan a túró részhez adjuk.
3. A masszát sütőpapírral bélelt tepsi-be egyengetjük, és 170 fokra előmelegített sütőben 35-40 perc alatt megsütjük.
4. A gyümölcset egy lábasba tesszük, megszórjuk eritrittel, ráöntjük a citrom levét, és egy kevés vízzel felöntve lassú tűzön főzzük. Apránként hozzácsorgatjuk a tejszín, és még forrón a felszeletelt süteményre locsoljuk.

### Tápanyagtartalom – 1 szeletben az öntettel, ha az egészet 10 részre osztjuk:

- Energia: 196 kcal,
- Fehérje: 8,3 g,
- Zsír: 115 g,
- Szénhidrát: 13,1 g

(Fotó: [mindmegette.hu](http://mindmegette.hu))

## Meggyes-almás reformsüti

### Hozzávalók:

- 80 dkg reszelt alma
- 25 dkg zabpehely
- 35 dkg magozott (fagyasztott) meggy fahéj
- 6 dkg margarin
- 1 ek. eritrit-stevia keverék édesítő
- 1/2 csomag sütőpor
- 4 dkg aprított dió
- kevés margarin a tepszi megkenéséhez

### Elkészítés:

1. Minden hozzávalót egy nagy tálba teszünk, és alaposan összekeverjük. A kapott masszát kézzel belenyomkodjuk egy közepes nagyságú, magasabb falú, margarinnal kikent tepsibe.
2. A tetejét dióval megszórjuk.
3. Előmelegített sütőbe tesszük, és addig sütjük, amíg a tetejére szórt dió meg nem pirul.

### Tápanyagtartalom – 1 szeletben, ha az egészet 10 részre osztjuk:

- Energia: 208 kcal,
- Fehérje: 4,8 g,
- Zsír: 8,7 g,
- Szénhidrát: 26 g



(Fotó: [mindmegette.hu](http://mindmegette.hu))



**Diétás cikk  
és receptek:**  
**Holzmann Brigitta**  
dietetikus  
[www.mitegyel.hu](http://www.mitegyel.hu)

The logo consists of the letters 'C', 'D', 'F', and 'D' in a stylized, rounded font. The 'C' and 'F' are blue, while the 'D's are orange. The letters are arranged horizontally and are enclosed within a light gray circular background.

**CDFD**

[www.diabforum.hu](http://www.diabforum.hu)