

A MAGYAR DIABETES TÁRSASÁG TÁMOGATÁSÁVAL

// 2022. 1. SZÁM // MÁRCIUS

CDIABFÓRUM

WWW.DIABFORUM.HU



Közeledik a húsvét

(DIABFÓRUM) – CUKORBETEGSÉGRŐL NEM CSAK CUKORBETEGEKNEK – WWW.DIABFORUM.HU

TARTALOM

Segítségnyújtás



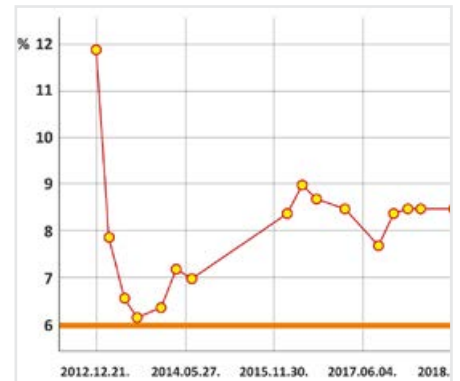
4 Segítsünk az ukrán (nem csak) cukorbeteg közösségnek

Gyermekeket érintő diabetes



9 Bemutatkozik a rovat új orvos-szerkesztője

Telemedicina



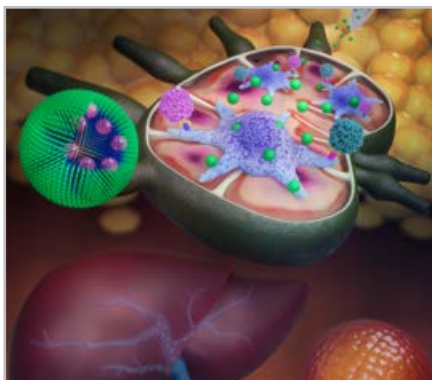
30 Orvos-beteg kommunikáció: Dcont.hu és CGM rendszer

Kezelés



27 Covid és diabétesz

Kishírek, kutatások



52 Immunszuppressziós nanoterápia

Táplálkozás, diéta



73 Közeleg a húsvét

19 Beszámoló

20 Sorstársaink

25 Covid és véralvadást gátló kezelés diabéteszeseknél

29 Magyarországon forgalmazott vércukorcsökkentő szerek

35 COVID-lapszemle

43 Lapszemle

69 10+ év pluszt jelent az egészséges táplálkozás

70 Sokszínűség frissen és fagyasztva

76 Receptek

A DIABFÓRUM MAGAZIN MEGJELENÉSÉNEK TÁMOGATÓI



KÖSZÖNTŐ

(DIABFÓRUM)



MIÉRT?

Miért halt meg Covidban több mint 44 ezer (előrejelzések szerint májusra ez a szám 46 ezerre emelkedhet) ember Magyarországon, több mint háromszor annyira, mint Ausztriában? Miért áll Magyarország a koldus-szegény Peru és a két szegény balkáni állam – Bulgária és Bosznia-Hercegovina – után a világon a negyedik helyen a lakosságárányos Covid halálozásban? Miért fordul elő, hogy többször heteken át a mi országunkban szedte a legtöbb áldozatot a pandémia? Miért nem publikus a kórházban ápoltság súlyos, a lélegeztető gépeken lévő és az elhalálozott betegek életkora, és

hogy közülük milyen arányt képeztek az oltatlanok, ill. az egyszer, kétszer vagy háromszor oltottak? Erről miért nem nyilatkozhatnak az orvosok, kórházi dolgozók, pedig ez magától értetődően végtelenül hasznos gyakorlat tőlünk nyugatra és keletre egyaránt? Miért volt egyes egyedül e sorok írója február 19-én az oltóponton, amikor felvette a negyedik oltást? Miért nálunk hal meg a legtöbb rákos beteg a világon? Miért végtelen hosszúak az egészség megőrzése szempontjából fontos beavatkozások terén a várólisták és ezek miért lettek januárban titkosítva? Miért nem hozta meg a kívánt eredményt az orvosok fizetésemelése és miért nem emelték meg tisztességesen az egészségügyi szakdolgozók bérét? Miért egyértelmű szinte mindenki számára, hogy a magyar egészségügy sokkal rosszabb állapotban van, mint egy évtizeddel ezelőtt? Miért menekül egyre több szakdolgozó és orvos a magánegészségügybe vagy külföldre? Miért támogatja sok százmillió forinttal a kormány a magánklinikákat, amikor az emberek többsége képtelen megfizetni a magánellátást? Miért kell a betegeknek egyre mélyebben a zsebükbe nyúlni és ellátásukért sokkal többet fizetni, mint a környező országok polgárainak? Miért nincs egészségügyi miniszterünk és miért láthatatlan az egészségügyi államtitkárunk? Miért katonák irányítják az egészségügyet? Miért, miért, miért? Sokan tudják a választ és ezt részben meg is adják a Magazinunk hasábjain is nyilatkozó egészségügyi szakértők. De ettől sajnos még nem változik semmi.

A kétségbeejtő miértek és a szintén kétségbeejtő eddigi válaszok után e sorok írásakor március 2-án szomszédágunkban százezres inváziós hadsereg pusztít, ami fokozza a kétségbeesésemet. Pár napja még nem tudtam, hogyan fogom folytatni az írást, tudok-e valami jóval is szolgálni. Hála Istennek, igen. Ugyanis miután a Gyermek Diabetes Rovat kiváló vezetőjétől, Soltész Gyula professzortól el kellett búcsúznunk és feladatának átvételét három gyermekdiabetológus professzor és egy neves nyugdíjas főorvos nem tudta felvállalni, a tündéri diabetológus-háziorvos dr. Nagy-Szakáll Zsuzsanna igent mondott felkérésemre és – mint láthatják – kiváló anyag összeállításával debütált. További nagy öröme szolgál az anyagokban olvasni, hogy az általam eddig nem ismert két civil kezdeményezésre létrejött MentaPRO Alapítvány és a Nyír Diabet Egyesület milyen fantasztikus munkát végzett eddig és alig várom, hogy utóbbiak könyvét – „Amikor beüt a cukor” – mielőbb elolvashassam. A mindenre elszánt ukrán civilek és a hazai diabéteszes gyermekek végtelenül aktív családtagjai okot adnak remélni, hogy világunk pozitív értelemben is megváltozhat, ami hazai viszonylatban többek között diabéteszes fiataljaink életminőségének és életkilátásainak optimalizálását eredményezheti. Adja Isten, hogy úgy legyen.

a főszerkesztő:

FELELŐS KIADÓ

Renomédia Kft.
1052 Budapest,
Simmelweis u. 14.

FELELŐS SZERKESZTŐ

Tusor Ildikó

FŐSZERKESZTŐ

Dr. Fövényi József

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Dr. Fövényi József
belgyógyász,
diabetológus

Dr. Nagy-Szakáll Zsuzsanna
házi gyermekorvos,
gyermekdiabetológus
szakorvos

Gyurcsáné Kondrát Ilona
dietetikus

TECHNIKAI HÁTTÉR

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

A megjelent cikkek, anyagok csak a szerkesztőség hozzájárulásával sokszorosíthatók.

Címlapkép: pixabay.com

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

✓ SEGÍTSÜNK AZ UKRÁN (NEM CSAK) CUKORBETEG KÖZÖSSÉGNEK!

Forrás: cukkerberg.blog.hu, 2022. március 03. – szabari.betti

Oroszország megtámadta Ukrajnát. Ez önmagában is szörnyű, de mi is a jelenlegi helyzet az ukrán diabéteszel élők tekintetében? Ukrajnában napjainkban körülbelül 130 ezer 1-es típusú, és több, mint 2,3 millió 2-es típusú cukorbeteg szembesül azzal, hogy nehezen, vagy nem tud inzulinhoz, gyógyszerhez, eszközökhöz és egyáltalán cukorbeteg-ellátáshoz jutni. A becslések szerint 15–20 ezer 1-es típusú diabéteszes gyermek és családjaik közül sokan nyugat felé menekülnek a határokhöz abban a reményben, hogy átjuthatnak (időben) más országokba.

A hírek szerint a jelenlegi inzulinkészlet régióként eltérő Ukrajnában: egyes gyógyszertárakban körülbelül három hónapra elegendő inzulin van készleten az emberek ellátására, ellenben az ország keleti, Oroszországgal határos részén a készletek csak néhány napra elegendők. Fontos megjegyezni azonban, hogy sok álhír és pontatlan információ terjed az interneten a háborúról. Mi lehetőségeink szerint több ellenőrzött forrásból próbáltunk reális képet alkotni a helyzetről, főként a diabéteszeseket érintő kérdésekben.

Ukrajnában nemrég került bevezetésre az e-recept, az elektromos hálózat instabilitása miatt azonban az elektronikus receptrendszerhez való hozzáférés jelenleg egyáltalán nem működik. Az országban élők azzal próbálkoznak, hogy papíralapú recepteket szerezzenek az inzulinhoz és minden más kellékhez, de ezt nem mindenki tudja megoldani, valamint már nincs is nyitva minden patika. A legtöbb inzulin és egyéb készlet nem-kormányzati szerveken keresztül fog az országba jutni, a szankcionált humanitárius erőfeszítések részeként. A Direct Relief a napokban kijelentette: még múlt héten egy nagy szállítmányt küldtek az országba cukorbetegséggel kapcsolatos kellékekből. Ez mindenképp pozitív hír az ukrainai készletek helyzetét nézve, ugyanakkor ha a háborús helyzet nem rendeződik néhány héten belül, számos cukorbeteg életveszélyes helyzetbe sodródhat.

Hogyan segíthetünk? A háború által érintett ukrán és kárpátaljai cukorbetegeknek mindenképp segítségre van szükségük, függetlenül attól, hogy a jelenlegi helyükön rekedtek, az országon belül egy biztonságosabb területre utaztak, vagy átlépték a lengyel, román, moldovai, szlovák vagy magyar határokat.

Diabétesz-specifikus pénz- és egyéb adományok

Direct Relief. Aktívan dolgoznak azon, hogy az országban biztosítsák a szükséges orvosi ellátást, és még az orosz invázió előtt nagy szállítmánnyal látták el Ukrajnát. A Nemzetközi Diabétesz Szövetség arra kéri azokat, akik segíteni szeretnének az ukrainai cukorbetegeknek, hogy adományozzanak [a Direct Relief-nek ezen az oldalon](#).

Egy rózsza Ukrajnának. A [Spare a Rose for Ukraine](#) program egész márciusban fut majd, és minden adományt a diabéteszesek támogatására fordítanak majd Ukrajnában és azon kívül is. A pénzbeli adományokat az Insulin for Life nevű, bejegyzett jótékonyági szervezethez irányítják, amely több, mint két évtizedes tapasztalattal rendelkezik a forráshiányos országok inzulin- és diabétesz-ellátásában, valamint a vészhelyzetekre való reagálásban.

Diabernyő Alapítvány. Az alapítvány a BociOvi Alapítvány jogutódja. A BociOvi Alapítvány 2019-ben alakult meg az 1-es típusú diabéteszel élő gyerekek óvodai intergációjának segítéséért. 2021-ben új nevet és koncepciót álmodtak meg és a kuratorium elnöke Bak Bernadett lett. A helyzetre való tekintettel elindították az ukrán-magyar nyelvű diabétesz központ segélyvonalukat (+36-30-311-4977), ezen a számon várják, hogy a Magyarországra érkező, vagy Ukrajnában maradt diabéteszel élők hívják őket, hogy ezáltal segíthessenek nekik, támogathassák őket. **A DiabErnyő alapítvány az alábbiakban támogatja és segíti a Magyarországra érkező 1-es típusú diabéteszel élő menekülteket:**

Tudnak nekik szállást biztosítani, olyan családoknál, aki érintettek diabéteszben, el tudják őket juttatni a kiválasztott szállásra, orvosi segítséget tudnak nekik biztosítani, ingyenesen juthatnak hozzá orvos által felírt inzulinhoz, ingyenesen segíti őket a közösség diabéteszeses eszközökben, speciális élelmiszert (cukromentes, gluténmentes) biztosítanak nekik, operátoraik magyarul és ukránul is beszélnek, így számukra tolmácsolni tudnak az orvosnál, vagy szükség esetén, a továbbutazókat is tudják segíteni korlátozott mértékben, van szállás lehetőség Ausztriában és Németországban is egy-egy család részére. A [Facebook csoportjukban figyelhetitek](#), hogy az alapítványnak, illetve a cukorbeteg menekülteknek éppen hol és mire van szükségük (diétás élelmiszer, inzulin, szerelékek, tartályok, pen, tűk, tesztcsík, szenzor, stb.), valamint itt tehetitek meg felajánlásaitokat ezzel kapcsolatban! Aki tud, csatlakozzon! **Az Egy Csepp Figyelem Alapítvány is segít a szervezetnek a háttérből információkkal, szervezéssel, valamint kommunikációval.**

Підтримуємо і пропонуємо допомогу.
**ВСІМ ТИМ ХТО ПРИБУВ
НА ТЕРИТОРІЮ УГОРЩИНИ,
і хворіє першою ступінню цукрового діабету.**

**TÁMOGATJUK és segítjük a MAGYARORSZÁGRA
ÉRKEZŐ 1-es típusú diabéteszel élő
menekülteket!**

Телефонуйте на нашу гарячу лінію.

0036 30 311 4977

Помічники розмовляють українською.



Egyedi inzulin- és cukorbeteg szállítmányok Ukrajnába.

A [BeyondType1](#) mindenkit arra kér, hogy ne kíséreljen meg kellékeket vagy inzulint küldeni / szállítani közvetlenül Ukrajnába, mivel a legtöbb szállítási útvonal le van tiltva, vagy korlátozva van. A katonai tevékenységek miatt felfüggesztettek minden légi közlekedést az országba, és onnan kifelé. Az ukrán egészségügyi minisztérium szerint minden intézmény továbbra is biztosít egészségügyi ellátást, az ukrán személyek a **0 800 50 52 01**-es forródrótot hívhatják, hogy meghatározzák számukra a legközelebbi nyitott orvosi rendelőt.

Általános orvosi segítségnyújtáshoz pénzadományok

Orvosok Határok Nélkül (MSF). Az [Orvosok Határok Nélkül](#) a környező országokban mozgósít, hogy sürgősségi orvosi segélytáborokkal segítse a határokat átlépő menekülteket. Megpróbálják támogatni a szükséges egészségügyi felszerelések Ukrajnába való szállítását is.

Vöröskereszt. A [Vöröskereszt Nemzetközi Bizottsága](#) jelenleg az ukrán orvosi klinikákat segíti a szükséges felszerelésekkel, készletekkel, valamint élelmiszerekkel és higiéniai cikkekkel látja el a rászoruló családokat.

A menekültek segítésére szolgáló adományok

Az ENSZ Menekültügyi Ügynöksége (UNHCR). Az [UNHCR](#) nem csak figyeli és szolgáltatja az adatokat, hanem aktívan segíti azokat, akiknek azonnal segítségre van szükségük. Márciusig 1-ig több, mint 660 ezer menekült hagyta el Ukrajnát, és ahogy folytatódik a háború, még többre számítanak a szomszédos országok. Az UNHCR tevékenységéről ezen országokban itt olvashatunk részletesen.

Baptista Szeretetszolgálat. Az [oldalukon pár kattintással](#) pénzadománnyal is hozzájárulhatsz az ukrán menekültek számára történő gyűjtéshez, utalhatsz is („Ukrajnai Krízis” közleménnyel a UniCredit **10918001-55555555-55555555**-os számlaszámra), vagy hívhatod az **1355**-ös segélyvonalat, ezzel 300 Ft-tal támogatva az ukrán miszsiót. Ezen kívül a kijelölt gyűjtőpontokon (melyek listáját és nyitvatartási idejét itt találod) lehetőség van leadni tartós élelmiszereket (tésztát, tartós kenyeret, készételeket, konzerveket), higiéniai cikkek, matracokat, ágyneműket, hálósákokat, gyógyszereket.

Ökumenikus Segélyszervezet. A szervezet azonnali segítséget nyújt azoknak, akik kénytelenek voltak mindenüket hátra hagyni, és átfogó segélyprogramot indí-



tottak a háború hatásai miatt nélkülözők támogatására. A segélyprogram egyszerűen támogatható a [szervezet oldalán](#) bankkártyás adományozással, illetve a **11705008-20464565** számlaszámon, „Ukrajna” megjelöléssel. Önkéntes felajánlásokat az onkentes@segelyszervezet.hu e-mail címen várnak. Szállítás vagy szolgáltatás felajánlásokat a karpataljaert@segelyszervezet.hu e-mail címen, illetve a **+36 70 664 8645** telefonszámon fogadnak. Vállalati felajánlásokat a csr@segelyszervezet.hu e-mail címre lehet küldeni.

Unicef. Az [oldalukon](#) egyszerű bankkártyás fizetéssel adományozhatsz. Céljuk, hogy egészségügyi csapatokat mozgósíthassanak a szükséges helyszínekre, orvosi eszközöket, gyógyszereket, kötszereket szerezhessenek be, élelmet, tiszta vizet és higiéniai eszközöket juttathassanak el a családokhoz, valamint meleg ruházatot, takarókat biztosíthassanak a fedél nélkül maradt, óvóhelyre kényszerült gyerekeknek.

People in Need. A szervezet humanitárius segítséget nyújt több, mint 200 ezer embernek a helyszínen. A leginkább rászorulóknak élelmiszercsomagokat, menedéket biztosítanak. Segítenek ivóvízhez, higiéniai cikkekhez jutni. [Itt tudsz adományozni nekik!](#)

International Medical Corps. Ők a frontvonalban vannak, és sürgősségi egészségügyi szolgáltatásokkal, valamint mentális egészségügyi és pszichoszociális támogatással látják el a rászorulókat. A szervezet a háborús helyzet teljes ideje alatt szem előtt tartja a járványt is, és kiemelten kezeli a COVID-19-et megelőző programokat is. [Adományozz nekik itt!](#)

Save the Children. A háborús helyzet által érintett gyermekek és családjaik szükségleteit igyekeznek kielégíteni. Élelmet, vizet, készpénzt, óvóhelyet biztosítanak ezen családok számára, [az oldalukon egyszerűen tudod őket támogatni](#) bankkártyás fizetéssel.

Források:

[baptistasegely](#) | [beyondtype1](#) | [diabernyo](#) | [doctorswithoutborders.org](#) | [index.hu](#) | [insulinforlife.org](#) | [icrc.org](#) | [jdrf.org](#) | [globalcitizen.org](#) | [segelyszervezet.hu](#) | [unicef.hu](#) | [unrefugees.org](#) | [unhcr.org](#)

BOMBAZÁPORBAN IS FOLYTATJÁK A GYÓGYÍTÁST

Az orosz invázió kezdete óta egyre rogyadozott Ukrajnában a diabéteszellátás, ám mostanra már inzulinhoz is alig jutnak hozzá a kórházak és félő, hogy nincs megszervezés a krízis.

Tavaly az ukrán populáció 7 százaléka, 2,3 millió ember élt diabéteszrel. Ebből 120-120 ezer fő volt azoknak az 1-es és 2-es típusú cukorbetegnek a száma, akiknek inzulinra van szükségük az életben maradáshoz.

Az Ukrán Diabetológiai Társaság elnöke, **Dr. Borisz Mankovszkij** szerint habár február vége óta folyamatosan érkezik az országba orvosi adomány, köztük inzulin is, mostanra a logisztika vált a legfőbb problémává.

A Novo Nordisk csökkentett üzemmódban ugyan, de továbbra is működik helyben és azon dolgozik, hogy patikákon vagy humanitárius szervezeteken keresztül eljuttassa ezeket a betegekhez. Dr. Mankovszkij ugyanakkor kiemeli, nem tudja pontosan, hogy a folyamat melyik elemében van a legnagyobb fennakadás, de mindenképpen komoly hiányokat tapasztalnak.

Az orvos hozzátette: minden hálájuk mellett meg kell azt is jegyezni, hogy a központi koordináció hiányában nagy eltérések vannak régióként és típusonként is; eltérő arányban érkeznek gyors- és hosszú hatású, analóg valamint humán inzulinszállítmányok.

A segélyek java része az ország nyugati felére, Kijevbe érkezik; a keleti régiókban, különösképpen Mariupolban krízishelyzet alakult ki.

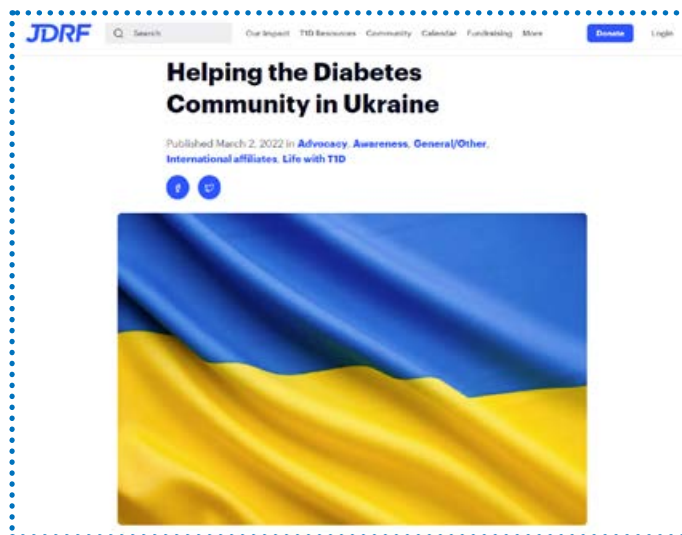
A harkivi regionális kórház endokrinológiai osztályvezetője, **Dr. Ivan Szmirnov** továbbra is a városban praktizál: beszámolója szerint intézményük tele van sérült civilekkel, a városban sokan meghaltak és rengeteg épületet leromboltak. Kollégáival közösen próbálnak a munka segítségével felülemelkedni a rettegésen. A rutinvizitek online konzultációt biztosítanak, de a legtöbb idejüket az inzulint igénylő diabéteszes betegek gondozása teszi ki.

A kijevi illetőségű Dr. Mankovszkij is dolgozik tovább – az ő esetében ugyanakkor főként telemedicinális munkáról lehet csak szó. Habár szívesen fogadná a pácienseket, azok számára rendkívüli veszélyt jelentene eljutni a klinikára, ezért inkább az interneten vagy telefonon konzultálnak. Tapasztalata szerint még így is van lehetőség a kezelés kisebb változtatásaira vagy az inzulinterápia korrigálására.

Azt mondja, hiába kerítik be lassan az oroszok a fővárost, ő maradni fog, valószínűleg a végsőkig. Bombatámadások közben dolgoznak minden egyes nap.

Dr. Mankovszkij kiemelte a menekültek kérdését is: a belső menekültek közül is sokan inzulinos ellátásra szorulnának. Ráadásul a JDRF nevű, 1-es típusú cukorbetegséggel foglalkozó szervezet információi alapján sok 60 év alatti diabéteszes férfi maradt Ukrajnában harcolni. Ugyanakkor a becslések szerint tizenötezren lehetnek azok a cukorbeteg gyerekek, akik jelenleg is édesanyjukkal menekülnek a környező országokba.

A JDRF egy március 2-i nyilatkozatában úgy fogalmazott, miszerint „akik eljutnak Magyarországra, Moldovába, Lengyelországba vagy Romániába csodálatos nagylelkűséggel találkoznak: hallottunk olyan történeteket, hogy a kormányzatok lehetővé tették az ingyenes, vénymentes inzulint, illetve magánszemélyek a saját otthoni készleteiket adományozták oda a rászorulóknak.”



A Novo Nordisk 55 millió dán koronát (mintegy 2,8 milliárd forintot) adott a menekülteket segítő nemzetközi szervezetek javára.

A kassai orvosgyógyász professzora, **Dr. Ivan Tkac** is menekültek ellátásában segít. Országáig ugyan leginkább tranzitónát jelent a háború elől menekülő ukránok és harmadik országból származó, Ukrajnát elhagyni kényszerülők számára, szolidaritásból sürgősségi ellátást biztosítanak számukra – mondta.

Kiemelte, hogy a menekültkérelemért folyamodók teljeskörű egészségügyi ellátást kapnak a szlovák kormánytól, aminek keretében inzulint és antidiabetikumokat is kaphatnak a cukorbetegség kezeléséhez. Az ehhez szükséges anyagi háttérrel az Európa Tanács biztosítja az Ukrajnával szomszédos országoknak. Emellett a Szlovákia a harctérre is küld többek között inzult tartalmazó segély-csomagokat.

Nem csak a környező országokban, hanem világszerte megmozdultak a szervezetek az ukrán egészségügyi katasztrófát megelőzése érdekében. Ukrajna egészségügyi minisztériuma a [Direct Relief](#) humanitárius szervezettel és a [Nemzetközi Diabétesz Szövetséggel \(IDF\)](#) közösen igyekszik meghatározni az ellátási hiányok pontos részleteit, megszervezni az európai segélyeket és zöld folyosókat biztosítani a szállítmányoknak a háborús övezetben. Arra kéri a segíteni vágyó lakosságot, hogy a Direct Relief számára, annak ukrainai krízisalapjának adjanak pénzdörményt.



Dr. Andrew Boulton, az IDF vezetője napi kapcsolatban van az ukrán diabéteszellátásban dolgozó kollégáival és a [Life for a Child](#) partnerszervezettel is együttműködik. Ugyanakkor a Diabéteszkutatás Európai Szervezete inkább arra buzdít, hogy a helyben segélyező szervezeteknek, az ENSZ menekültalapjának és a Vöröskereszt nemzetközi bizottságának utaljanak.

Dr. Mankovszkij minden segítségért köszönetét fejezte ki: „Rengeteg támogatást, telefonhívást, levelet kapok... nem csak én, mindannyian. Emberileg és barátiilag is komoly támogatást érzünk. Ez nagyon fontos, érzelmileg is és az inzulin- és gyógyszerkészletek szempontjából is. Ha ezek nem lennének, sokkal nehezebb lenne” – mondta.



Mindeközben az is igaz, hogy a koronavírus-járvány során eszközölt drámai változtatásoknak most az orosz invázió során is jó hasznát lehet venni. Mankovszkij egy 2020-as publikációjában épp arról ír, hogy a járvány épp akkor tört ki, amikor az egészségügyi rendszerük kezdett

volna átállni állami irányításról biztosítássalapú rendszerre.

Azelőtt az 1-es és 2-es típusú cukorbetegség ellátását is döntő többségben a posztsovjet, kórházi alapú ellátási mód uralta, ami rendszeres hospitalizációt és kontrollvizsgálatokat, inzulinbeállítást és hasonló kezeléseket foglalt magában. Ez azonban elavultnak és pazarlónak számít a modern gyakorlat tükrében.

A lassú változást azonban drámai váltás követte a Covid-19 megjelenésével, innentől ugyanis kizárólag metabolikus vészhelyzetben fektettek be cukorbetegét kórházba.

Dr. Szmirnov is azt támasztja alá, hogy az extrém fennakadások ellenére azért létezik még egyáltalán bármilyen cukorbetegellátás is az országban, mert a pandémia hosszú éve alatt beletanultak a telemedicinális megközelítésbe.

Szintén a koronavírus hozta el a papír alapú receptről digitálisra történő átállást is. Dr. Mankovszkij cikke kitér arra is, hogy ez nem csak kényelmesebbé tette a beteggondozást, hanem növelte a páciensek biztonságát is a fertőzések rizikójának csökkentése révén.

Az új fajta fenyegetettség fényében azonban úgy fogalmaz: „az, hogy nem látjuk a beteget szemtől szemben, a legkisebb bajunk jelenleg”.

(Forrás: WebDoki, 2022. március 13., a Medscape cikke nyomán)



KEDVES OLVASÓK!

A DiabFórum online magazin Gyermekdiabétesz rovatának új szerkesztőjeként szeretnék bemutatkozni.

Dr. Nagy-Szakáll Zsuzsanna vagyok, 1994-ben végeztem a SOTE Általános Orvostudományi Karán. Az egyetem elvégzése után a Budai Gyermekkorházban dolgoztam 12 éven keresztül. Ezen időszak alatt megszereztem a csecsemő- és gyermekgyógyász szakvizsgát és a diabetológusi minősítést. A kórházban fekvő kis betegek gyógyítása mellett a cukorbeteg gyermekek gondozásában vettem részt. Egészségügyi pályaválasztásomat nagymértékben meghatározta, hogy 13 éves korom óta 1-es típusú diabéteszrel élek együtt.

2006 óta házi gyerekorvosként dolgozom. Ezáltal teljesült az a régi vágyam, hogy egy olyan hosszú távú kapcsolatot alakíthassak ki a pácienseimmel és családjaikkal, amelynek során egészen a születésüktől kezdve a felnőtté válásukig végigkísérhetem és segíteni tudom fejlődésüket és növekedésüket.

2017-ben páciensem szavazatai alapján elnyertem az „Év Gyermekorvosa” díjat. A Szurikáta Alapítvány orvos tanácsadójaként online publikált cikkeim sok diabéteszes családhoz jutottak el,



melyek segítették őket a diabétesz önmenedzselésében.

A Juvenilis Diab-Help Alapítvány képviselőjeként rendszeresen szervezek cukorbeteg gyermekek számára nyári táborokat és programokat. Magyarországon egyedülálló módon már 30 éve rendezünk kamaszok részére korosztályspecifikusan edukációs nyári diabétesz táborokat, ahol táboroztatóként, tábororvosként, később táborvezetőként jártam végig a ranglétrát.

Globális és nagyon különleges szemszögből látom a diabéteszes gyermekek és családok gondozását és mindennapjaikat, hiszen orvosként, diabéteszesként és – már egy felnőtt – diabéteszes gyermek édesanyjaként mondhatni nincs az az élethelyzet, amellyel ne találkoztam volna az elmúlt évtizedekben.

Dr. Soltész Gyula professzor úr több évtizedes odaadó, lelkes és szakmailag is kiemelkedő szintű gyermekdiabétesz rovatvezetői munkáját folytatni hatalmas megtiszteltetés számomra. Igyeksem a továbbiakban orvosilag korrekt és érdekes cikkeikkel, a fontosabb hazai eseményekről és a gyermekdiabetológiai alapítványok munkájáról én is folyamatosan tájékoztatni a DiabFórum kedves olvasóit.

Dr. Nagy-Szakáll Zsuzsanna

Kihívások: áttérés a gyermek-diabetológiai gondozásból a felnőtt ellátásba

Tabitha Randell a Nottinghami Egyetemi Kórház 1-es típusú diabéteszes tinédzserek kezelésére szakosodott orvosa a diabéteszes gyerekek felnőtt gondozásba való átadásának nehézségeire hívta fel a figyelmet a Diabetes Professional Care (DPC) londoni konferenciáján.

A legnagyobb probléma, hogy nincsenek nemzetközileg elfogadott irányelvek arról, hogy hogyan lehet a leghatékonyabban átadni a fiatal 1-es típusú diabéteszeseket a gyermek-diabetológiai gondozásból a felnőtt ellátásba. Véleménye szerint ennek a folyamatnak a megfelelő lebonyolítása a hosszútávon hatékony diabéteszgondozás egyik legfontosabb lépése. Ha az átadás nem előre

tervezetten történik, a kamaszt is aktívan bevonva és megkérdezve, akkor páciensek egy része akár évekig teljesen ellátatlanul marad vagy szükségszerűen továbbra is a gyermekorvosához fog majd visszajárni.

Randell szerint ezzel a kérdéssel az egész világon foglalkozni kell, mivel nincs tudomása egyetlen országról sem, ahol az átadási folyamat tökéletes – bár azt elismerte, hogy egy-egy adott országnak lehetnek helyileg jól működő, saját módszerei.

Dr. Grazia Aleppo, a Chicagó állambeli Northwestern Egyetem endokrinológiai részlegének orvosa is tökéletesen egyetértett azzal, hogy az 1-es típusú diabéteszes gyermekek felnőttellátásra való átállása „egyedülálló kihívásokat” jelent. Ezt az in-

dokolja, hogy gyermekkorban az 1-es típusú diabétesz kezelését nagyrészt a gyermekek szülei és a gyermekdiabétesz-ellátó csoport tagjai felügyelik. Átkerülve a felnőtt gondozásba, ott hirtelen elvárják tőlük, hogy teljesen önállóan tudják követni az orvosi javaslatokat és egyedül is meg tudják oldani a cukorbetegség kezelésének gyakorlati vonatkozásait (receptek felíratása és kiváltása, a cukorbeteg-ellátáson, a laboratóriumi vizsgálatokon való megjelenés és az időpontok betartása, stb.).

Tapasztalata szerint ezáltal az „önállóságra nem megfelelően felkészített fiatalok körében” jelentősen csökkenhet vagy akár teljesen meg is szűnhet a kontrollvizsgálaton való megjelenések száma és ideje – így a gondozás hatékonysága.

(Forrás: Dr. Grazia Aleppo, Lisa Nainggolan, Medscape Medical News, 2022. január 21.)

AMIKOR EGY ÁLOM VALÓRA VÁLIK

A Nyír-Diabet Egyesület személyes érintettség miatt alakult meg 2008-ban. Már a kezdetekkor éreztük, hogy a kamaszok nagyon fontosok nekünk. Különböző könyveket tanulmányoztunk, tanfolyamokon vettünk részt annak érdekében, hogy minél jobban tudjunk segíteni ennek a korosztálynak.

A lázadó korszakban igazán nehéz a fiataloknak, tapasztalatból tudjuk, hogy ebben az életkorban különösen nehéz a betegség elfogadása. Tudjuk, hogy felnőttek szájából elhangzó szavakkal nehéz meggyőzni őket, ezért egy merész ötletünk támadt: egy szórakoztató ifjúsági regény, amiben a főszereplők 1-es típusú diabéteszesek. Olyan könyvet képzeltünk el, ami a diabosok számára megkönnyíti az elfogadást, a szülők számára pedig segít megérteni a kamaszok világát. Ugyanilyen fontos volt, hogy a diabbal nem érintettek számára a kötet olvasása pont olyan szórakoztató legyen, mint bármelyik élvezhető ifjúsági regény, de olvasás közben észrevétlenül épp elegendő információt kapjanak az 1-es típusú diabéteszről, amennyi még nem megterhelő, de jól jöhet, ha a baráti körben van érintett. A könyv megírására Ling-Balogh Ernát kértük fel. Ernát már korábban ismertük, mert testvérként ő is érintett. Meghívtuk, hogy töltsen velünk a tábori napokat, érezze át a hangulatát, szellemiségét. Pár hónapos babájával és férjével szinte beolvadtak a táborba. A regény alkotása közben visszaemlékezett saját tapasztalataira, hiszen 17 éves volt, mikor az öccsét diagnosztizálták. Merített öccse, édesanyja történeteiből, Szabó Eszterrel folytatott beszélgetésekből, valamint a tábori tapasztalatokból.

A könyvet 2021 októberében, büszkén, igazán értő közönség előtt Debrecenben, a Gyermekdiabétesz konferencián jelentettük be. Megható pillanatok voltak, jó érzés volt látni az elmorzsolgott könnycseppeket, utána örömmel vettük a gratulációkat és az érdeklő kérdéseket.

Könyvbemutatót Nyíregyházán és Budapesten egyaránt tartottunk. November elején Nyíregyházán a Selfie Múzeumban, ami fiatalos és vidám jellege miatt igazán találó helyszín volt.



Izolda: 13 éves vagyok, van egy majom bátyám, és szerelmes vagyok az úszásba. Az életem fél évvel ezelőtt kifordult a négy sarkából. Diabéteszes lettem, úgyhogy a napjaim anya vizslató tekintete mellett vércukormérésből, inzulinadagolásból és diétából állnak. A testem megváltozott, de nem csak úgy, ahogy a kortársaimnak, a lehetőségeim szűkültek, a világot pillanatnyilag eléggé utálom. Nem akarok táborozni, inzulinpumpát viselni, sőt, ha lehet, nem is szólnék senkihez. Köszönöm a figyelmet!





Panka: Annyira várom a diabéteszes tábort! Addig is shoppingolok anyával, ottalvós bulikat tartunk Lillával, és elmegyek az orvosomhoz is, hogy megnézzük az értékeimet. A fiúkkal leszámoltam, főleg azokkal, akik egészségesek, de amúgy jól vagyok. Minden reggel pozitív megerősítésekkel indítom a napot, az ágyam alatt rejtegetem a rajzaimat, és imádom a tábort. Vagy ezt már mondtam?

Az esemény nagy érdeklődésnek örvendett. Elmeséltük a könyv születését, meséltünk a táborról, valamint Erna felolvasott a könyvből. Felolvasás közben láttam a felnevelő és elérzékenyült érintetteket és hozzátartozóikat.



Budapesten a Bártfai étteremben tartottuk a könyvbemutatót, ahol nagy megtiszteltetés ért minket, hiszen Novák Katalin családokért felelős tárca nélküli miniszter családjával együtt vett részt eseményünkön. Nagy öröm és elismerés volt számunkra, hogy Katalin olvasta a könyvet és nagyon tetszett neki. Közös beszélgetés és felolvasás után a programot ezúttal mini koncerttel folytattuk. A Perpétuum zenekar énekesé, Girincsi Fruzsina – aki szintén érintett az 1-es típusú diabéteszben – gyönyörű hangja járta be a termet, őt Takács Dániel kísérte gitárral. Finom falatok elfogyasztása közben kellemes beszélgetéssel zártuk az eseményt.





A könyvvel a Károli Gáspár Református Egyetemen érzékenyítő órát tartottunk leendő pedagógusoknak. Meséltünk a könyv születéséről, a főszereplőiről és az 1-es típusú diabéteszről. Beszélgettünk arról is a hallgatókkal, hogyan tudnak majd segíteni, ha az osztályukba vagy csoportjukba 1-es típusú diabéteszrel élő gyermek kerül. Majd felolvasással és kérdésekkel zártuk az órát.

Tervezünk hasonló alkalmakat, melyek célja az érzékenyítés, információátadás az 1-es típusú diabéteszről. Legközelebb Gödöllőre megyünk, majd március végén Nyíregyházán a megyei könyvtárban várjuk a gimnazistákat. Célunk, hogy minél többen, a diabéteszben nem érintett fiatalok is megismerjék és megszeressék, hiszen a könyv diabétesztől függetlenül mindenki számára szórakoztató.



Mór: Fesztiválozni akartam azon a héten, vágod? De most ott tartunk, hogy a húgomat, Izzit kell elkísérem egy táborba, amiről semmit nem tudok, és nem is érdekel. Arról már ne is beszéljünk, hogy a családom fél éve átnéz rajtam, mert minden percüket szénhidráttáblázatok fölött töltik. Az persze feltűnik nekik, amikor picikét kések otthonról egy buli után...

A könyv számos könyvesboltban elérhető, azonban, ha a Nyír-Diabet Egyesület weboldalán (www.nyirdiabet.hu) rendelik meg, akkor táborainkat támogatják. Köszönjük!



changing diabetes®

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

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


novo nordisk®

✓ BEMUTATKOZIK A MENTAPRO ALAPÍTVÁNY A CUKORBETEGSÉGGEL ÉLŐ GYERMEKEK CSALÁDJAIÉRT CIVIL SZERVEZET

Az alapítványt érintett szülőkként álmotduk meg férjemmel, Kerekes Gáborral. Fiunkat, Áront, 10 és fél évesen, 2009. szeptember 22-én diagnosztizálták, és ahogy az életünk újratervezése után belerázódtunk a dolgokba, úgy döntöttünk, hogy tapasztalatainkkal segíteni fogjuk a frissen diagnosztizált gyerekek családait.

Rátaláltam a Széchenyi István Egyetem közösségi és civil tanulmányok mesterképzésére – és mivel úgy láttam, hogy sok olyan ismeretet lehet majd ott megszerezni, ami egy civil szervezet alapításához és működtetéséhez jól jön, hát belevágtam. 2015-ben diplomáztam, a diplomamunkám már az alapítandó szervezetünk céljaihoz adott muníciót. Egy szükségletfelmérést végeztem 110 diabéteszrel élő gyermek szülei között, hogy milyen segítségnyújtásra lett volna szükségük a diagnózis után. Az eredmény megerősítette előzetes feltevésemet, miszerint a pszichés tra-

uma nagymértékben jelen van a cukorbetegség diagnózisakor, amelynek feldolgozásához szükség lenne segítségre. A legtöbb szülőnek a lelki terhek feldolgozása okozta a legnagyobb nehézséget, így alapítványunk fő célja a sorstársak pszichés támogatása lett.

2015. szeptember 22-én – a fiunk 6. diabszülinapján – megalapítottuk a szervezetet: a férjem az alapító, én pedig azóta is vezetem az alapítványt.

Tevékenységünk három alappillérré épül:

ÚJRATERVEZÉS

Segítjük a diabéteszrel diagnosztizált gyermekek szüleit és tágabb családait a diagnóziskor átélt pszichés trauma feldolgozásában, a diabéteszrel együtt járó életmóddal történő szembenézésben, elfogadásban.

EDUKÁCIÓ

Bővítjük és elmélyítjük a cukorbetegséggel és a hozzá kapcsolódó életmóddal kapcsolatos ismereteket az érintettek, a velük kapcsolatba ke-



rülők, valamint a társadalom tagjai körében.

TÁRSADALMI ÉRZÉKENYÍTÉS

Elősegítjük a cukorbetegséggel élő gyermekek közösségi elfogadását, küzdünk a cukorbetegséggel élő gyermekek hátrányos megkülönböztetése, valamint az 1-es típusú diabéteszrel kapcsolatos tévhitek ellen.

Bóta Tímea pszichológus kurátorunk vezetésével négy évig működtettünk egy önszervező csoportot, amely nyitott csoportként bárkit fogadott, akinek aktuálisan elakadása, kérdése volt, vagy csak beszélgetni szeretett volna. Bár a Covid-járvány elhozta a végét ennek a programunknak, új formába öntöttük a megküzdés elején



lévő családoknak nyújtott társas támogatást. Már korábban is mentoráltunk egyénileg családokat, de két éve **MentaHÁLÓ** néven országos hálózattá növeltük a mentorprogramunkat. Jelenleg 25 mentorral dolgozunk együtt, és több mint 80 családnak segítettünk az elmúlt két évben.

2018 óta működtetjük nyári napközis táborunkat, a **MentaBOLYGÓT**, ahol is minden júliusban 2 hétig szervezünk élményedukációs programokat 5–10 éves, diabéteszsel élő gyerekeknek és testvéreiknek. A gyerekekre nagyon jó hatással vannak ezek a közösségi élmények – sokat



tanulnak egymástól, és megélhetik, hogy nincsenek egyedül a diabéteszükkel. A testvérek pedig szintén részesei mindennek, és maguk is jobban megismerhetik a diabéteszszel kapcsolatos tudnivalókat. A táborokat **Szászné Bedő Ágnes** kurátortársammal és **Kerekes Adria Flóra** program- és önkéntes koordinátorral (Áron nővérével) szervezzük. Minden héten más-más tematika köré csoportosulnak az élmények, így azok a gyerekek is mindig nagyon várják az új kalandokat, akik a kezdetektől velünk táboroznak. Voltunk már úrkalózok, szuperhősök, voltunk vízi világban és zenebonabolygón – az ideji program egyelőre legyen meglepetés!





Büszkék vagyunk a kiadványainkra is. [A MENT-A-KALAUZ](#) már a 2. kiadásánál tart, az alcíme **DIABtípek családoktól családoknak** – vagyis kifejezetten a hétköznapokhoz ad hasznos útmutatót. Mi legyen otthon, amikor hazaengednek a kórházból? Sportolhat-e a gyermeked ezután? Hogyan tudod megszervezni a nyaralást? Ilyen és ehhez hasonló kérdésekre kapnak választ a családok – de e kiadványnak is nagyon hangsúlyos eleme a pszichés támogatás. **MENTA DIABKALANDJAI** egy 10 képregényből álló sorozat (nemcsak nyomtatásban, hanem a honlapunkon online is elérhető: www.mentapro.hu), amit kifejezetten az óvodás, kisiskolás korosztálynak készítettünk. A főhős, MentaBéka sorsát követhetjük a diagnózistól a szülinapi bulin, edzésen, osztálykiránduláson át addig, amíg inzulinpumpát kap. Az érintett gyerekek könnyebben megérthetik a saját diabéteszüket, a barátaik pedig azt, hogyan tudnak segíteni, mire kell figyelniük.

A társadalmi érzékenyítés projektjeink 2018 óta **1-es típusú találkozások a diabéteszsel** cím alatt futnak. Ezt tekintve két fő irányt viszünk: a fent említett képregény mellett kisfilmeket készítettünk ([szintén online elérhetők](#)), amelyeknek már százezres



elérésük van, illetve összeállítottunk egy tréningprogramot munkahelyi közösségek számára. Ez utóbbi sajátélményen és ismeretátadáson alapul, és a tapasztalataink szerint annyira hatékony, hogy a tréning végére mérhető, pozitív irányú attitűdváltozás történik a résztvevők többségénél.

Hamarosan megrendezzük az első **MentaHÁLÓ Családi Hétfévégét** – most erre készülünk nagyon. Reméljük, hogy az is hasznos és élménydús lesz, és hagyományt teremthetünk vele.

Sokat köszönhetünk a SE Bókey Gyermekklinika diabetológusainak, akik a kezdetektől segítették a mun-

kánkat, és partnerként dolgozhatunk velük. Ma már az ország gyermekdiabétesz-centrumainak felében ott vagyunk a kiadványainkkal – és bízunk a további közös munkában. A diabéteszsel élő gyerekekkel és családjaikkal való foglalkozás ugyanis csapatmunkát kíván meg: a szakellátást végzők és a civil szervezetek együttes erőfeszítései, támogatása szükséges ahhoz, hogy a diabétesz az érintett gyermekek és családok életének természetes részévé válhasson. Mi ebben hiszünk, így dolgozunk.

*Kerekes Andrea
kuratóriumi elnök*

Kedves Diabéteszel Élő Családok! Kedves Kollégák!

2022. január 11-én ünnepeljük azt a sorsfordító eseményt, hogy Torontóban egy 14 éves diabéteszes fiú – Leonard Thompson – a világon elsőként megkapta az inzulininjekciót, és ezzel a lehetőséget, hogy életben maradjon. Akkoriban a diabétesz diagnózisa még egyenlő volt a halálos ítélettel, amitől ez a fiú – hála az inzulinnak – megmenekült.

Bár a diabéteszről már Kr. e. 1500-ban az Ebers-papiruszban is tesznek említést, a több évszázados intenzív kutatómunka és a sok részeredmény ellenére a 20. század elején még mindig nem volt kezelése a végzetes kórnak. A hatalmas áttörést az 1921-es év hozta el, amikor egy kutató lépett a színre, aki alig 5 éve fejezte be egyetemi tanulmányait. Ő volt Frederick Grant Banting, aki egy orvostanhallgatóval, Charles Herbert Besttel együtt végezte kísérleteit John James Rikard Macleod, az élettan professzorának laboratóriumában. Banting és Best kutya hasnyálmirigyének eltávolításával diabéteszt idézett elő, majd hasnyálmirigykivonatokkal próbálta meg csökkenteni az állatok megemelkedett vércukorszintjét. A két kutató éjjel-nappal megfeszítve dolgozott, kísérleteikhez számos kutyát használtak fel, mire eljött a nagy nap, hogy a hasnyálmirigy-kivonatot emberben is kipróbálhassák.

Ekkor 1922. január 11-ét írtak...

Ezért határozta el a Gyermekdiabétesz Szekció (Szabó László szombathelyi főorvos kezdeményezésére), hogy minden évben a január 11-hez legközelebb eső szombaton Gyermekdiabétesz Napot szervez, emléket állítva az inzulin által elsőként megmentett gyermeknek és a nagyszerű férfiaknak, akik ezt a csodás megmenekülést lehetővé tették.

Idén elérkeztünk a 100. évfordulóhoz! A centenáriumi megemlékezést mi, az I. sz. (Bókay) Gyermekklinika munkatársai két civil szervezettel (Sportos Cukorbeteg Egyesülete és MentaPRO Alapítvány) karöltve terveztük megszervezni. A lassan két éve velünk levő COVID-19 pandémia ellenére hittük és reméltük, hogy ezt a jubileumi Gyermekdiabétesz Napot meg fogjuk tudni rendezni. De sajnos nem így lett: csak az elmúlt napokban tudtuk meg, hogy az Egyetem vezetősége semmilyen rendezvény megtartását nem támogatja.

Elkeseredtünk, és gondolkodni kezdtünk az alternatív megoldásokon. Felmerült, hogy az eredeti időpontban egy online rendezvényt tartunk. Végül úgy döntöttünk, hogy nem mondunk le a személyes találkozás lehetőségéről, és a Gyermekdiabétesz Napot hagyományos formában, egy későbbi időpontban rendezzük meg.

Várunk Benneteket április 23-án! A részletekkel hamarosan jelentkezünk. De addig is január 11-én megkülönböztetett tisztelettel emlékezzünk azokra a kiváló tudósokra, akiknek a felfedezése nyomán a diabétesz egy halálos betegségből egy élhető állapottá szelődött.

Mindannyiunk nevében

Dr. Körner Anna

a Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Magyar Diabétesz
Társaság közös Gyermekdiabétesz Szekciójának elnöke



2022. április 23.
SE - 1089 Budapest, Nagyvárud tér 4.

gyerekdiabnap2022@gmail.com
facebook.com/gyerekdiabnap2022



✓ CSALÁDI ERZSÉBET-TÁBOR

A Sportos Cukorbetegségek Egyesülete és az Erzsébet Alapítvány együttműködésében 2022-ben is lehetőség nyílik Családi Erzsébet-táborban való ingyenes részvételre péntek délutántól vasárnapig a Balatonnál.

Az Erzsébet Alapítvány biztosítja a felújított táborban családonként a szállást, a teljes ellátást és rengeteg programot kicsiknek, nagyoknak és felnőtteknek is. Az SCE ismerkedős, edukációs beszélgetéseket tart.

További információ:
sportoscukros.hu
[Facebook esemény / regisztráció](#)

Részletek a családi táborokról:
erzebettaborok.hu



CSALÁDI ERZSÉBET-TÁBOR

**AZ ERZSÉBET ALAPÍTVÁNY CSALÁDI HÉTVÉGÉT SZERVEZ,
AMELYEN LEHETŐSÉG NYÍLIK INGYENESEN RÉSZT VENNI
A SPORTOS CUKORBETEGEK EGYESÜLETÉNEK
EGYÜTTMŰKÖDÉSÉVEL.**

**IDŐPONT: 2022. JÚLIUS 8-10.
HELYSZÍN: ZÁNKAI ERZSÉBET-TÁBOR**

**JELENTKEZÉS, BŐVEBB INFORMÁCIÓ:
WWW.SPORTOSCUKROS.HU**

**RÉSZLETEK A CSALÁDI TÁBOROKRÓL:
WWW.ERZSEBETTABOROK.HU**



CUKORBETEGEK EGRI EGYESÜLETE

Sikeres évet értékelt a Cukorbeteg Egri Egyesülete a február 26-án rendezett Közgyűlésén, amin a teljes vezetőség, akik közül heten alapító tagok is, és a nagy létszámú tagságuk 70%-a vett részt.

„A több mint két évtizedes működésünk alatt még egy betegoktató programunk és rendezvényünk sem maradt el. A veszélyhelyzet idején sem engedték el a tagság és a

hozzánk fordulókat kezét. Online formában jelentkezettek be sorstársaink az ország minden részéből és a határon túlról is.

Idén pedig a személyes jelenlét és online kapcsolódási lehetőség közül is választhatnak az érdeklődők. Köszönjük a tagságnak és támogatóinknak a munkánkhoz nyújtott segítséget!”

– Jakabné Jakab Katalin, elnök.



GYÖRGYI DIABÉTESZ TÖRTÉNETE

1959-ben születtem. A diabéteszem 1979-ben fedezték fel egy rutin laborvizsgálatnál: a 10,3 vércukorérték mellett a vizeletben is megjelent már a cukor. Akkor már néhány éve küzdöttem azzal, hogy a súlyom 43-49 kg között ingadozott, illetve a felfedezést megelőző évben már állandóan szomjasnak éreztem magam, sokat jártam mosdóba, és nem volt étvágyam.

1979. augusztus 22-től szeptember 4-ig feküdtem az akkor Korányi F. és S. Kórház III. belosztályán, ahol Dr. Hollander Erzsébet főorvos és Dr. Szilágyi László orvos állították be az első inzulinterápiámat. (12 E Novo Semilente és 8 E Novo Lente)

Ekkor lettem főiskolás, így Szegedre költöztem 4 évre. Ott Dr. Beke Sándor belgyógyász főorvos lett a gondozóm. 20 évesen, tele bizonytalanságokkal, kérdésekkel megnyugtató volt számomra, hogy a doktor úr partnerként, humánusan és empátiával kezelte. Nemcsak a diabéteszem kapcsán, de más orvosi problémák esetén is fordulhattam hozzá tanácsokért. Visszaemlékezve azokra az évekre, csak a gondtalan, változatos, élményekben gazdag időszak jut eszembe. Pedig akkor még kifőzős fecskendők, tűk tartoztak a mindennapjainkhoz. Szegeden ismertem meg a férjemet is.

1983-ban kaptam meg a tanári diplomámat, költöztem vissza lakóhelyemre, Kiskunlacházára. Ekkor, egy ismerősöm tanácsára kerestem fel a SOTE I. sz. belgyógyászati klinikáját. Itt találkoztam először Dr. Kerényi Zsuzsa egyetemi tanársegéddel. Azóta Ő a kezelőorvosom.

Az év júliusában férjhez mentem. Hamarosan várandós lettem. Ekkor már Actrapid és Lente inzulinnal kezelték. 1984. június 13-án született meg az első, majd 1989. december 12-én a második fiam. Mindketten egészségesen. A várandósságaimat, a

szüléseimet végig segítette Dr. Kerényi Zsuzsa és az akkor Orvostovábbképző Intézet Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán dolgozó Dr. Csákány György nőgyógyász. A két intézmény közös csapatot hozott létre akkoriban a diabéteszes kismamák gondozására. Ez az együttműködés nagyon sok kisbaba életét mentette meg. Úgy tudom, egészen az Orvostovábbképző megszűntéig működött a két intézmény együttműködése.

A második gyermekemmel voltam várandós, (ekkor háromszori Actrapid MC és egyszeri Monotard MC kezelésben részesültem már) amikor főorvosnő megpályázta és el is nyerte a Szent Imre Kórház Belgyógyászati Osztályának főorvosi állását.

1990-ben, a szülést követően követtem főorvos asszonyt a Szent Imre kórházba. Ebben a kórházban zajlott le a laporoszkópos epeműtétem (1996), majd egy évvel később itt „szültem” meg az első veseköveimet is.

A diabetológiai szakrendelések általában kettő és fél, három havonta zajlottak. Ahol az előzetes laborleletek és a diabéteszes füzetbe leírtak alapján átbeszéltek az eltelt időszakot, majd a következő kontrollig tartó módosításokat, változtatásokat. A rendelésekbe mindig belefért egy kis lelkizés is, amire azt gondolom, minden betegnek szüksége van. Hiszen, a test a lélekkel egységet alkot, s ha a lélek törődés nélkül marad, a testtől nem várható javulás. Főorvosnő ezen kívül a saját diabéteszén keresztül nem csak orvos volt számomra, hanem egy másik sorstárs, aki hasonló dolgokat él át. Elmondta a tapasztalatait, neki mi vált be, mi nem. Vallott a diétás „vétkeiről” is. Sokszor nem csupán orvosnak tekintettem őt, hanem közeli hozzátartozónak, akinek a tanácsait érdemes meghallgatni és követni. Így igyekeztem ezeket a tapasztalatokat is felhasználni, és szerencsésnek mond-



hatom magam, hogy szervezetem megfelelően alkalmazkodott az aktuális inzulinterápiákhoz.

Az újabb változások a kétezres évek első évtizedében kezdődtek. Az számomra sosem volt kérdés, hogy a főorvosnőt követem, bárhová megy is dolgozni. Követtem tehát Csepelre, a Tóth Ilona Szakorvosi Rendelőbe, majd végül a magánpraxisába is, ahol jelenleg a Covid okozta változások miatt online rendeléseken találkozunk. Közel 40 éve ismerjük egymást, szinte egymás családtagjainak számítottunk mostanra. Csodálom, hogy rengeteg energiával, hittel, erőfeszítéssel dolgozik a mai napig azért, hogy a diabéteszesek megkapják a legjobb kezelést. Ha kell harcol, ha kell haragszik, máskor pedig a legkisebb pozitív erőfeszítésnek is tud örülni.

1983 óta pedagógusként dolgozom, dolgoztam. A főorvosnő inspiráció volt számomra, hogy saját területemen fejlődjek, tovább képezem magam, hogy a lehető legtöbbet kihozzam magamból. A magasabb vezetői feladatok 2007-ben találtak meg. Az előbb említett változások a szervezetben is ekkor kezdődtek. Lassan felborult a rend bennem. A szívem

✓ UTAZÁSUNK AZ 1-ES TÍPUSÚ DIABÉTESSZEL TÖBB MINT FÉL ÉVSZÁZADON ÁT

🔥 PÁRBESZÉD A BETEG, A HÁZASTÁRSA ÉS A GONDOZÓ ORVOSA KÖZÖTT

Larry

Történetünk több mint 50 évvel ezelőtt kezdődik. Orvostanhallgató voltam az Iowa Állami Egyetemen, és volt szerencsém találkozni egy gyönyörű fiatal lánnyal. Az egyik első randevúnk alkalmával megkérdeztem Lindát, nem szeretne-e a tanulás után elfogyasztani velem egy pizzát. Igent mondott, de nagyon meglepődtem, amikor azt mondta, hogy nem ehetsz pizzát este 9-kor, vagy ami azt illeti, bármikor. Ekkor tudtam meg először, hogy 16 éves korom óta diabéteszes. Magam akkor még semmit sem tudtam a cukorbetegségről.

Linda 16 évesen jelentkezett házi orvosánál polidipsziával (sok folyadékfogyasztás), poliuriával (gyakori vizelés) és fogyással. Azonnal diagnosztizálták az 1-es típusú diabéteszt és bevitték a kórházba, ahol 1 hetet töltött. Megtanulta, hogyan adja be magának inzulint, és cukorbeteg oktatása enyhén szólva nagyon érdekes volt. Azt mondták neki, hogy valószínűleg fiatalon fog meghalni, és valószínűleg nem lesz képes gyermekket szülni. Szóba került a veseelégtelenség és a vakság lehetősége is. Szerencsére akkor és most is eltökélt szándéka volt, hogy alaposan vizsgáljon magára, még azelőtt, hogy tudtuk volna, hogy a megfelelő kontroll képes minimalizálni és kiküszöbölni a cukorbetegség számos szövődményét.

Linda

Amikor diagnosztizálták nálam a cukorbetegséget, az egyetlen elérhető inzulin az NPH és a gyors hatású volt. Az első néhány évben szépen egyensúlyban tudtam magam tartani, reggelenként 12–14 egység NPH inzulint adtam be és diétáztam. Utólag visszagondolva ez volt a „honeymoon” (remissziós) fázisom, mivel valószínűleg még mindig termelt a hasnyálmirigyem inzulint. Számos olyan dolog, amit ma már természetesnek tartunk, mint például az otthoni vércukormérés, a folyamatos glükózmonitorozás, a hosszú hatástartamú inzulin, az inzulinpumpák, nem állt még rendelkezésre.

A monitorozás abból állt, hogy havonta meglátogattam a házi orvosomat (nem volt endokrinológus abban a városban, ahol laktam) éhgyomri és étkezés utáni vér-

cukorszintet néztek vénás vérből. Az otthoni tesztelés tesztsíkkal történő vizeletcukor ellenőrzésből állt és ha valami betegség lépett fel nálam, vizsgálnom kellett a vizelet acetont is. Végül napi egyszeri NPH már nem volt képes szinten tartani a vércukromat és áttértünk a naponta kétszer adott NPH és gyors hatású inzulin kombinációjára. Az átállás nehezen ment vércukorszint-ellenőrzés hiányában, de úgy tűnt, egész jól kijöttem vele. Larry orvosi pályafutása előrehaladtával nagy figyelmet szentelt a cukorbetegség ellátásával kapcsolatos aktuális irodalomnak. 1982-ben megkezdődött a DCCT (*Diabetes Control and Complications Trial – magazinunk hasábjain többször foglalkoztunk vele – a referáló megjegyzése*). Nehéz elhinni, de e tanulmány előtt sok orvosszakértő nem volt tudatában annak, hogy van kapcsolat a diabétesz kezelése és a szövődmények megelőzése között. Lényegében azt mondták, hogy ez a betegség természetes lefolyású és nem sokat tehetsz ellene. Ez nem volt különösebben jó érzés egy olyan fiatal és egyébként egészséges cukorbetegnek, mint amilyen én voltam.

Larry

A DCCT-vizsgálat egy nagy, többközpontú, randomizált, kontrollált vizsgálat volt, amelyben napi négyszeri inzulinkezelést alkalmaztak az 1-es típusú fiatal diabéteszeseknél, szemben a napi egyszeri vagy kétszeri inzulinon lévő kontrollokkal és vizsgálták a szövődmények kifejlődését a betegek két csoportjában. A vizsgálatot a tervezett idő előtt leállították, mivel a szövődmények jelentősen csökkentek a jól kontrollált, intenzív inzulinkezelésen lévő betegeknél. Az elkövetkező néhány évben kialakult az intenzív inzulinterápia gyakorlata. Elérhetővé váltak a hosszú hatástartamú inzulinok, és a Mayo Klinika intenzívebb terápiát hirdetett. Linda és én megbeszéltük ezt a fajta kezelést, majd elment a Mayo Klinikára, ahol hosszú hatástartamú (bázis) inzulinnal és étkezések előtt alkalmazott ultra gyors hatású analóg inzulinnal kezdték kezelni. Ekkor vált elérhetővé az otthoni vércukorszint-mérés és a hemoglobins A1c vizsgálata is bevonult a rutin klinikai gyakorlatba.

Mindezek az előrelépések Linda cukorbetegségének kezelését sokkal könnyebbé és hatékonyabbá tették.

Linda

Larry és én összeházasodtunk, amikor még első éves medikus volt az Iowai Egyetemen. Három év házasság után úgy döntöttünk, hogy ha gyermekünk lesz, valószínűleg az lenne a legjobb, ha a diabéteszes terhességet egy erre specializálódott központban kezelnék. Ez a Iowai perinatális csapat volt. A továbbiakban a cukorbetegségem kontrollálása abból állt, hogy hetente kétszer találkoztam gondozó orvosommal, amikor éhgyomorra és reggeli után 2 órával vénás vérből meghatározták a cukorszintemet. A terhesség jól haladt előre. A 37. héten felvettek az osztályra, majd miután a szülést nem sikerült gyógyszerrel beindítani, császármetszést végeztek. Megszületett a fiunk, Mathew, 4 kg és 37 dkg születési súllyal. Nyilvánvalóan azért volt ekkora a súlya, mivel mai fogalmaink szerint a vércukromat csak heti 2 napon ellenőrizték és akkor is csak két alkalommal. Szerencsére az egész terhességem alatt se súlyos hiperglikémiám, se súlyos hipoglikémiám nem volt. Később másodiknak megszületett egy gyönyörű kislányunk, Mary. Larry akkor éppen családorvosi rezidens

éveit töltötte. Érdekes módon Mary súlya a terhességem 37. hetében történt születésekor ugyanannyi volt, mint a kisfiamé.

Larry

A rezidens évek után a családuink Manchesterbe költözött, ahol elkezdtem családorvosi tevékenységemet. Linda jól kezelte magát, továbbra is aktív és egészséges volt, retinopátia és veseszövődmény nélkül. Linda az 1990-es évek közepén kezdte megtapasztalni a cukorbetegség első szövődményét, ami a hipoglikémia észlelésének a hiánya volt. Nem tudta időben érzékelni a vércukorszint csökkenését, ami miatt nőtt a hipoglikémia kockázata. Szerencsére ekkor már volt lehetőség otthoni vércukormérésre, és napi többszöri méréssel sikerült javítani az állapotot.

Linda

Ennek ellenére a hipoglikémia-veszély folyamatosan fennállt, mely problémássá tette a gépkocsi vezetésem, mivel nem éreztem magam biztonságban. Csak rövid távokon vezettem a kocsimat, vezetés előtt mindig megmértem a vércukromat, nehogy gyerekekkel valami baj történjen.

Sensor Modal Days

Patient: Linda Severidt
ID: 73195457

MiniMed Solutions: CGMs sensor
MMT-7319 3.CA

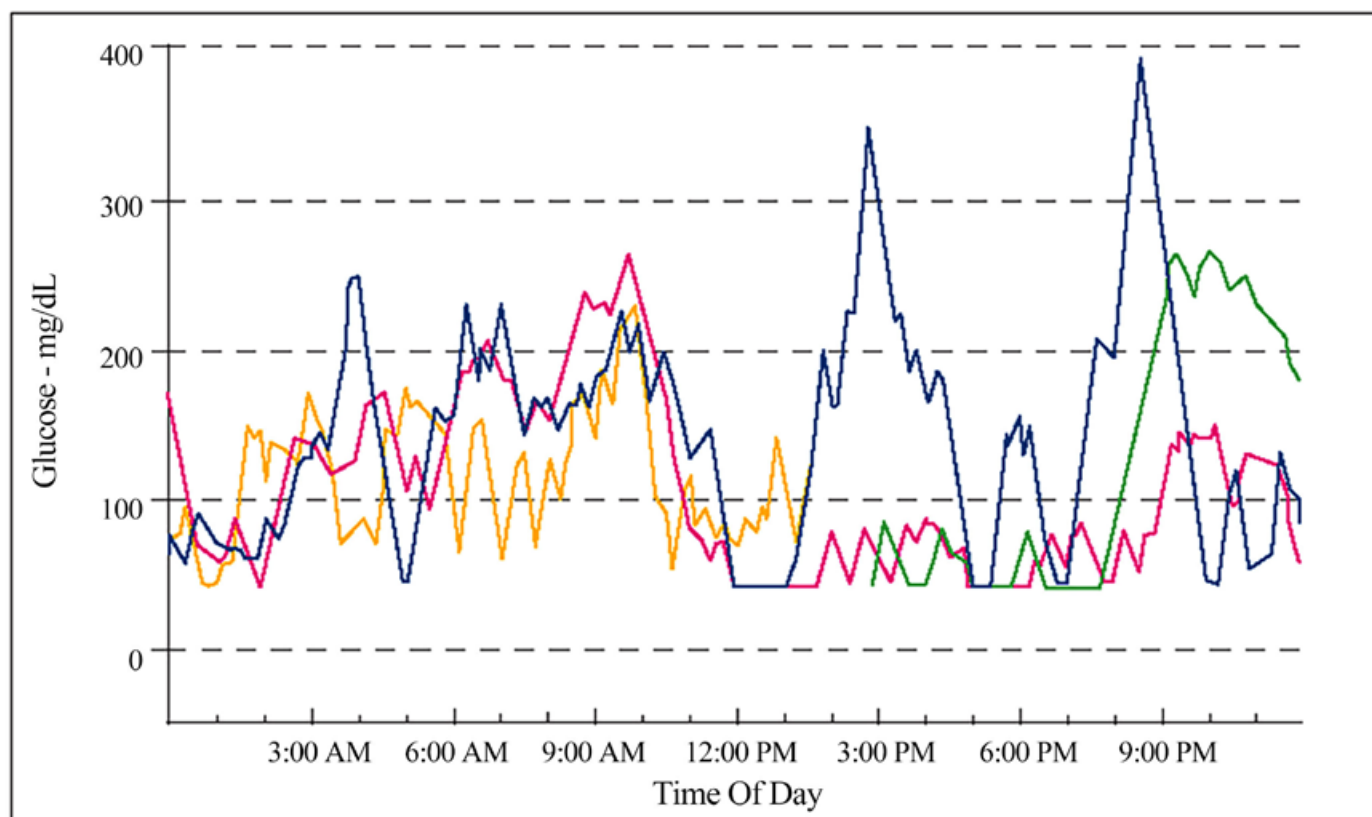


Figure 1
Continuous glucose monitoring for 4 consecutive days
Monday Tuesday Wednesday Thursday

Report Printed: 19-Sep-02 8:25 AM

Larry

Nagyjából ekkortájt kapta Linda első inzulinpumpáját. Ez minimális javulást eredményezett a cukorbetegség kontrolljában és a hipoglikémia megérzésében.

2000-ben Dr. Shapiro, az Albertai Egyetemen publikált egy cikket a *New England Journal of Medicine*-ben a szigetsejt-transzplantációról. Ez a munka sok éve folyt, de Dr. Shapiro új protokollt dolgozott ki, amely új eljárásokból és nem szteroid immunszuppresszióból állt. (*Ez volt az ún. Edmonton-i protokoll* – a referáló megjegyzése). Vizsgálatában a szigetsejt-transzplantáción átesett 7 betegből 7 inzulinmentessé vált az átültetést követően 1 évig. Ez nagyon felkeltette érdeklődésemet, és miközben tanulmányoztam a cikket, rájöttem, hogy Linda tökéletes jelölt lenne a transzplantációra. Dr. Shapiro különösen érdeklődött a hosszú időtartamú cukorbetegség iránt, akiknek minimális szövődményei vannak, és akik nem érezték meg a hipoglikémiát. Ez még szigorúan kutatási projekt volt, de először a Minnesotai Egyetemet, majd a Chicagói Northwestern Egyetemet tudtuk elérni, és Lindát felvették egy transzplantációs programba. Némi isteni beavatkozással, valamint csodálatos barátok és kollégák támogatásával Linda 3 szigetsejt-transzplantáción esett át, amivel majdnem 4 évig inzulinmentessé vált.

Linda

Három szigetsejt-transzplantációban részesültem; először 2002-ben és utoljára 2005-ben. A legerősebb emlékem a megkönnyebbülés, a hála és a csodálkozás volt. Teljesen tisztában voltam a folyamattal, amikor ébren voltam az intervenció radiológus által végzett beavatkozáson. Izgalmas élmény volt nézni a testembe beültetett szigetsejteket, és tudni, hogy az eredmény valószínűleg gyógyulás lesz. Az 1-es típusú cukorbetegségeket arra utasították, hogy tanulják meg az önmaguk kezelését a túlélés érdekében, de soha nem említik meg, hogy számíthatnak a gyógyulásra is.

A beültetett sejteim 24 órán belül elkezdtek inzulint termelni. Az egyik első nagy esemény számomra az volt, hogy 3 mérföldet sétáltam anélkül, hogy aggódtam volna a hipoglikémia fellépése miatt. A hipoglikémia érzetem szinte azonnal visszatért, és az első beültetés után nagyon kevés inzulinra volt szükségem.

Szigeteim megőrzése érdekében számos immunszuppresszív gyógyszerrel kezeltek, és mivel részt vettem egy vizsgálatban, havi rendszerességgel jártam a transzplantációs klinikára. Fenntartottam a kúrát, így 4 évig nem kellett inzulint adnom. A következő néhány évben fokozatosan csökkent, majd megszűnt a beültetett szigetek inzulintermelő képessége. Mindazonáltal határozottan hálás voltam, amiért nem volt szükségem inzulin injekcióra, és ami még fontosabb, a hipoglikémia megérzésének a visszatérésére.

Az átmeneti gyógyulástól függetlenül mindig is cukorbetegnek tartottam magam, és nem változtattam az étke-

zési szokásaimon vagy a fizikai aktivitási szintjeimen. Több hónapon át rendszeresen ellenőriztem a vércukorszintemet, hogy megbizonyosodjak a beültetett szigetsejtek működőképességéről. Miután egy alkalommal elmeséltem történetemet egy orvosokból álló közönségnek, egy pszichiáter azt mondta, hogy „van értelme a diabéteszes gondolkodásnak, mivel a cukorbetegség önmenedzselése képezi a legfőbb biztosítékát annak, hogy minél tovább, minél jobb életminőséggel élhessenek”. Ezért mindig is cukorbetegként éltem, és folyamatosan figyeltem arra, hogy helyes legyen a diétám, kiegyensúlyozott a testmozgásom és hogy folyamatosan ellenőrizzem magam.

Bízom benne, hogy végül gyógyítani tudják a diabéteszt. A szigetsejt-transzplantációs kutatásban való részvételem kapcsán személyesen is megtapasztalhattam a kutatást végző orvosok és munkatársaik professzionalizmusát és elhivatottságát, valamint a gyógymód megtalálása iránti elkötelezettségüket.

Larry

Hol tartunk most? Amint az valószínű volt, Linda diabétesze 4 évvel az átültetése után visszatért. Szerencsére ekkor már sokkal jobban megérezte a hipoglikémiát. Továbbra is rendkívül jól teljesít, továbbra is nagyon aktív, és a mai napig hálát adunk, hogy nincs se retinopátiája, se vesebetegsége.

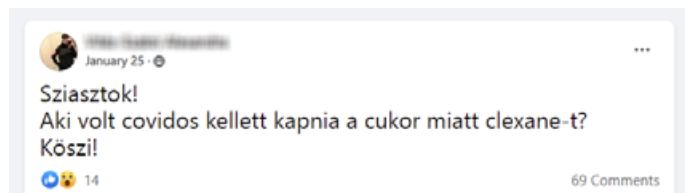
Három évvel ezelőtt, miután részt vettünk egy színházi előadáson, egy hideg téli éjszakán az autónkhoz sétáltunk. Amikor beszálltunk a kocsiba, Linda elmondta, hogy valami homályos kellemetlen érzése van a mellkasában, ami elmúlt, miután beült a meleg autóba. Ahelyett, hogy hazamentünk volna, bementünk a kórházba, és ezt követően koszorúér angiográfiát végeztek, amely izolált elváltozást mutatott ki, és szövődmények nélkül koszorúér-szűkítést végeztek nála. Ez nem váratlan jelenség egy 50 évesen át fennálló diabétesznél, de az egészségügyi ellátás fejlődésének köszönhetően ez a probléma is gyorsan kezelhető volt.

Lindával nemrég ünnepeltük a 48. házassági évfordulókat. Nagyon áldottnak érezzük magunkat, hogy megosztottuk egymással ezt az utat. Két gyönyörű gyermekünk született és jelenleg 2 csodálatos unokánk van. Reméljük, hogy történetünk reményt ad más cukorbetegségeket, hogy ez a betegség kezelhető, és lehetséges teljes életet élni vele, csak közben gondosan kell kezelni a diabéteszt. Bízunk abban is, hogy a folyamatos kutatással több és jobb lehetőség válik elérhetővé az 1-es típusú diabétesz kezelésére és remélhetőleg gyógyítására is. Azt is reméljük, hogy egészségügyi rendszerünk odáig fejlődik, hogy a legújabb kezeléseket biztosítani tudja minden beteg számára társadalmi-gazdasági helyzetüktől függetlenül. Úgy gondolom, hogy mindenkinek meg kell adni azt a gondoskodást és szakértelmet, amely Linda rendelkezésére állt.

(Forrás: [Journal of Diabetes Mellitus](#), 11, 388-393.)

COVID ÉS VÉRALVADÁSGÁTLÓ KEZELÉS DIABÉTESZESEKNÉL

Az egyik cukorbeteg Facebook csoportban ismét tanulságos diskurzus alakult ki, ezúttal a Covid kapcsán. Ezt adjuk alábbiakban – kissé szerkesztve – közzé.



Aki volt covidos kellett kapnia a cukor miatt Clexane-t?

Nem a cukor miatt adják a vérhígítót, hanem a trombózis, embólia megelőzésére! Ezeket mind okozta nekem a covid, plusz szívritmus szabályozót is adtak mert azzal is gond lett! Szívritmus zavarra vérhígítót is adnak! Nekem egy életen át kell szednem tablettában!

Egy hétig a kórházban kezeltek covid okozta tüdőgyulladással. Ott adták a vérhígítót, itthon már nem kellett.

Terhességi cukorbetegségem volt, viszont vele született véralvadási defektusom van. Ennek ellenére a hematológusom nem javasolta a Clexant most a Covid fertőzés lefolyása alatt (a terhesség alatt végig kellett adagolnom).

Én kaptam a kórházban, még itthon is 10 napig szúrtam magam.

Egy éve december elején kerültem kórházba, az oltásokat utána hozták be! Most már oltott vagyok 3-szor és semmi bajom! Akkor majdnem belehaltam a covidba!

Azért kérdeztem csak kedves tőled, hogy tudjam az oltás fontosságát. Én 3x oltattam magam, de annyiféle véleményt olvastam, jó, hogy válaszoltál. Köszönöm.



Szívesen! 31 évig nővér voltam, a saját kollegáim ápoltak, kezeltek! Egy diabetológus főorvosnak köszönhetem és Istennek, hogy élek!

Nekem is Covid szövődményként szívritmus zavarom lett. A vérhígítót életem végéig szednem kell, hogy elkerüljem a sztrókot, trombózist!

Én kaptam, annak ellenére, hogy szedem az Aspirin protect-et

Nekem is az Aspirint javasolták.

Én nem kaptam vérhígítót, cukros vagyok covidos voltam meg kaptam 2 Astra-Zeneca meg 1 Pfizer oltást

Én sem. Nekem is ezek az oltások vannak és én is voltam covidos.

Semmit nem kaptam pedig kétszer voltam covidos.

Én a kórházban, a Nefrológián kaphattam el, mert mikor hazaengedtek egy pár nap múlva lettem Covidos. Az igaz én évek óta vérhígítót szedek.

Nem kaptam vérhígítót, de az oltás óta nagyon sűrű a vérem (?) így szednem kell az aszpirin protect gyógyszert. úgyhogy nem kérek a többi oltásokból az tuti.

A szívemet támadta meg a covid. Szívritmus zavarom lett. Azért kell szűrni a vérhígítóval magam.

Bent a kórházban Clexant kaptam. Itthon már Trombex tablettát kellett szednem 6 hétig, azóta Asa protectet.

A Trombexet vérrög képződés ellen kell szednem, mert cukorbeteg vagyok és érszűkületem is van.

Tavaly márciusban kaptuk el a covidot, nekem és a férjemnek kellett Clexant szúrunk 15 napig, majd 1 hónap még tablettát szedtünk. Mi nem vagyunk cukisak, "csak" túlsúlyosak. Hozzá teszem, nagyon sz.rul voltunk közel 2 hónapig nem tudtam dolgozni.

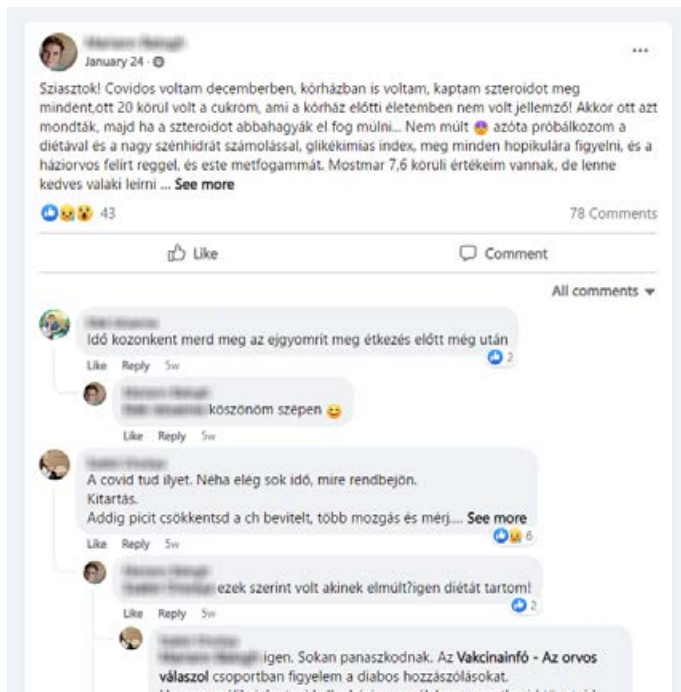
Mi be vagyunk oltva. Mégis az egész család beteg volt októberben. A férjem és nagylányunk közepes influenza-szerű tünetekkel vészelte át. A nagyobbik fiam épphogy produkált tüneteket, de nekem is és a 3 éves fiúnknak is tüdőgyulladásunk volt. Szerencsére nem kerültünk kórházba, otthon kaptuk a gyógyszereket, de elég sokáig tartott amíg jobban lettünk. Nekem a cukrom azóta is az egekben van. A kisfiamnak azóta lett bárányhimlője újabb tüdőgyulladással. Akkor már muszáj volt befeküdnie a kórházba és decemberben átesett a skarláton is. Szóval elég nehéz év volt ez a családnak, de remélem, idén már jobb lesz.

A Clexane-t nem a cukor miatt adják, hanem mert akadályozza a vérrög képződést ami érelzáródást okozhat. A Covid többek között erre is hajlamosít.

Igen, kaptam kórházban is és itthon is kellett még tízet szúrnom!

Én voltam covidos és cukros vagyok, de nem kaptam Clexane-t

Covid után 2 hónappal a cukrok még mindig 19-20 között mozog. Mikor várható javulás? Bár a covid még mindig fejt ki negatív hatásait, a hajam is csomókban hullik, a tüdő se tökéletes, de a magas cukor idegesít nagyon.



Szia! Én november végén lettem beteg és mostanra állt vissza. Figyelj a diétára és légy türelmes... kitarás

A Covid után sajnos nehezen áll vissza, én is az miatt kerültem kórházba. 18,6-tal vitt be a mentő, de a kórházban volt 23 is.

Nagyon magas volt a cukrom Covid alatt és után, 4x szúrtam magam. Az inzulinomat emelték, nem a cukromat kezelték. A hajamra Revalidot szedtem, cink, szelén, és fokhagymás samponnal mostam. Most már az is rendben van.

Hajhullásom megállt, cukor nem jó, izületeim fájnak, a csontok a kezeimben, lábaimban nagyon fájnak, 11 hónapja voltam covid-beteg!

Én is ugyan ezekkel a panaszokkal küzdöm, immár több hónapja.

Postcovid ambulancián nem kérdezted meg, mit lehet tenni? Nekem a covid szerencsére nem bántotta a cukromat!

Nem voltam postcovid ambulancián, nem is tanácsolta senki. Annyit mondott a doki, hogy rengeteg vitamint szedjek, mert kiürült minden a szervezetemből.

A vitamintól rendbe jön a cukrod? Diabetológián érdeklődtél mit tehetnél?

A vitaminok is közre játszanak az orvos szerint a vércukorhoz. De beszéltem is telefonos tanácsadás kapcsán diabetológussal. Ő mondta, hogy tartsam a diétát, idővel helyre jön, de már februárra van időpontom is egy alaposabb kivizsgálásra.

Én is ugyanezekkel küszködöm. 10 hónapja voltam covidos

Én is voltam covidos egekben volt a cukrom de covid után helyre is állt, a kezem még mindig nagyon fáj és a hajam nekem is hullik.

Covidos voltam decemberben, kórházban is voltam, kaptam szteroidot meg mindent, ott 20 körül volt a cukrom, ami a kórház előtti életemben nem volt jellemző! Akkor ott azt mondták, majd ha a szteroidot abbahagyják, el fog múlni... Nem múlt azóta próbálkozom a diétával és a nagy szénhidrát számolással, glikémias index, meg minden hopikulára figyelni, és a háziorvos felírt reggel, és este Metfogammát. Most már 7,6 körüli értékeim vannak, de lenne kedves valaki leírni mikor kell mérni? Az orvos szerint mérő sem kell, azért mondjuk én vettem. Jól sejtem, hogy ez maradni fog? Valaki járt még így?

Pont így jártam én is, a túlsúlyom miatt is beütött a 20-as cukor. Diéta, sok mozgás, lefogytam 27 kilót, azóta 5-6 körüli a cukrom, de továbbra is tartom a diétát és a mozgást.

A 3 oltás Pfizer után dupla gyógyszer adag mellett a reggeli 7 körüli értékről 10-16 értékre emelkedett hasonló diéta mellett.

Én novemberben voltam covidos nagyon enyhe tünetekkel (íz- és szaglászvesztés). De azóta sem jött helyre főleg a reggeli érték 9 mmol/l. Igaz már az első oltás után sem volt az igazi.

Nekem is nagyon magas, 25 volt napokig a cukrom mikor covidos voltam. Én akkor nem kaptam szteroidot mégis nagyon felment. Pár nap múlva rendeződött. Pár évvel ezelőtt a szteroidtól nekem 30 körül mozgott egy pár napig!

A covid tud ilyen. Néha elég sok idő, mire rendbe jön. Kitarás. Addig picit csökkentsd a szh bevitelt, több mozgás és mérj. Két három hónap is lehet a javulás.

Nálam fordított volt, covidos voltam novemberben kórházban és párszor hipóztam, kellett csökkenteni az inzulint.

Én márciusban voltam beteg, kórház nélkül megúsztam viszont a cukor még most sem jó sajnos.

Nem vagyunk egyformák, van akinek hamarabb rendbe jön, van akinek tovább tart, türelem és ne idegeskedj. Nekem az oltás után bolondult meg.

A referáló véleménye

„A fentiekben vázolt kép nagyon vegyes. Mint látható, nagyon sok diabéteszes megkapta a Covid-ot és többnyire szerencsésen át is vészelték, de a fertőzés nyomán fellépő szövödmények nagyon nehezen voltak befolyásolhatók és nagyon változatosak voltak. A Covid alatti szinte kivétel nélkül észlelt vércukor emelkedést – nagyon helyesen – részben a vírusra, részben a szteroid kezelésre vezették vissza. A betegek nagy része véralvadást gátló kezelésben is részesült.”

COVID ÉS DIABÉTESZ

A cukorbeteg, főként a 2-es típusúak nagyobb arányban fordulnak elő a Covid fertőzöttek között. Pontos adatokkal nem rendelkezünk, jóllehet több 100-ra tehető a Covid plusz diabétesz témakörrel foglalkozó tudományos közlemények száma és a vizsgálatok több ezer cukorbetegre ölelnek fel.

Ezek szerint a diabéteszesek 30–50%-kal nagyobb arányban betegszenek meg, mint a nem cukorbeteg, de még ennél is nagyobb kockázati tényező a Covid szempontjából az elhízás és a legnagyobb veszélyben az elhízott cukorbetegek vannak.

Még nagyobb probléma a Covid fertőzés kedvezőtlen kimenetele cukorbeteg esetében: 2-3-szor nagyobb arányban kerülnek intenzív osztályra és halnak meg, mint a nem cukorbeteg. Minél több társbetegségük (hipertónia, elhízás, vesebetegség) van, annál rosszabb a kórjóslat.

Cukorbeteg esetében komoly kockázati tényező az életkor. Egy vizsgálatban az 55 év alatti betegekhez viszonyítva a 65–74 évesek között háromszoros, 75 év felett pedig tízszeres volt a Covid miatti halálozás gyakorisága.

Sokkal kisebb jelentőségű az az észlelés, hogy a Covid fertőzés diabéteszt is kiválthat. Ez visszavezethető a sokszervi gyulladásra, ezen belül a hasnyálmirigyben is kiváltott gyulladásra, melynek nyomán az inzulin elválasztás csökken. Ennél gyakrabban fordult elő, hogy prediabéteszes – a cukorbetegség előstadiumában lévő – egyéneknél diabétesz fejlődött ki, a fennálló cukorbetegség pedig súlyosbodott, tehát romlott a szénhidrátanyagcsere, megemelkedett a vércukor és ketoacidózis lépett fel. Amennyiben ezt megfelelő kezeléssel, elsősorban inzulinadagolással nem védték ki, nem csökkentették a cukorszintet, akkor nagyobb arányban fejlődött ki tromboembóliás állapot.

De nemcsak a felnőttek esetében okozhat a Covid diabéteszt, észleltek Covid fertőzés kapcsán gyermekkorban fellépő, ketoacidózissal járó diabéteszt is.

Mindezekre tekintettel a cukorbeteg Covid fertőzése fokozott gondozást, odafigyelést igényel. Enyhébb, kórházi kezelést nem igénylő fertőzés esetén akár 100%-kal is megemelkedhet az inzulinigény, amely miatt elengedhetetlen a napi 5-6-szor vagy még gyakoribb vércukormérés.



CUKORBETEG KÖZPONT

**A DIABÉTESZ HATÉKONY
ÉS KOMPLEX KEZELÉSE**

 www.cukorbetegkozpont.hu

 info@cukorbetegkozpont.hu

 +36 70 409 3141

 **PRIMA MEDICA**
EGÉSZSÉGGŐZPONTOK

A SPRINGMED KIADÓ KÖNYVAJÁNLÓJA

SpringMed ORVOSI KISKÖNYVTÁR®

Dr. Túű László – Erdélyi-Sipos Alíz MSc

Inzulin-rezisztencia az orvosi gyakorlatban

print: 3 480 Ft
e-book: 2 785 Ft

Erdélyi-Sipos Alíz MSc – Dr. Túű László

Inzulin-rezisztencia

Diéta és kezelés

print: 3 480 Ft
e-book: 2 785 Ft

Dr. Fövényi József Gyurcsáné Kondrát Ilona

Cukorbetegnek nagy diétáskönyve

7. KIADÁS

print: 3 980 Ft
e-book: 3 185 Ft

A nyomtatott változatok árából
20% kedvezményt biztosítunk!

Megrendelés: Végh Rita terjesztési vezetőnél
(Tel: 06 20 511 6269, info@springmed.hu)

E-book letöltés: www.springmed.hu



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

Jelenleg rendelkezésre álló korábbi tablettás vércukorcsökkentők

Szulfanilureák:

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

Prandiális glükóz 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

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

*Hosszú hatástartamú degludek inzulin + liraglutid
keveréke:* Kultophy, napi egyszeri alkalmazásra

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

SGLT-2 gátló szerek

Dapagliflozin:

Forxiga, 5mg, 10 mg, 1x naponta

Dapagliflozin+metformin:

Xigduo, 5+1000 mg 2x naponta

Empagliflozin: Jardiance, 10mg, 25 mg, 1x naponta

Empagliflozin+metformin:

Synjardy, 5+850, illetve 5+1000 mg, napi 2x

Ertugliflozin: Steglatro, 5 mg

Ertugliflozin+metformin:

Segluromet 2,5 mg +1000 mg

Ertugliflozin+sitagliptin:

Steglujan 5 mg + 100 mg

DPP-4 gátlószer, gliptinek

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

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

Vildagliptin: Galvus, 100 mg, 1x naponta

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

Saxagliptin: Onglyza, 5 mg, 1x naponta

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

Linagliptin: Trajenta 5 mg, 1x naponta

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

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

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

Inzulinkészítmények

Gyorshatású humán inzulinok, étkezés előtt 30 perccel adagolva

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

Ultra 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
- Liprolog Junior KwikPen előretöltött tollban: 100 E/ml és 300 E/ml töménységű liszpro inzulin

Közepes hatástartamú NPH inzulinok

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

Humán 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: Kultophy. Előre töltött toll
- Glargin inzulin+lixisenatid keveréke: Suliqua 10-40, Suliqua 30:60

ORVOS-BETEG TÁVKAPCSOLAT A DCONT.HU RENDSZEREN ÉS A SZÖVETI GLÜKÓZMONITOROZÁSON (CGM) KERESZTÜL

A telemedicinával foglalkozó mostani írásomban egyetlen páciensem keresztül taglalom a kétfajta távkapcsolat formáit és eredményeit.

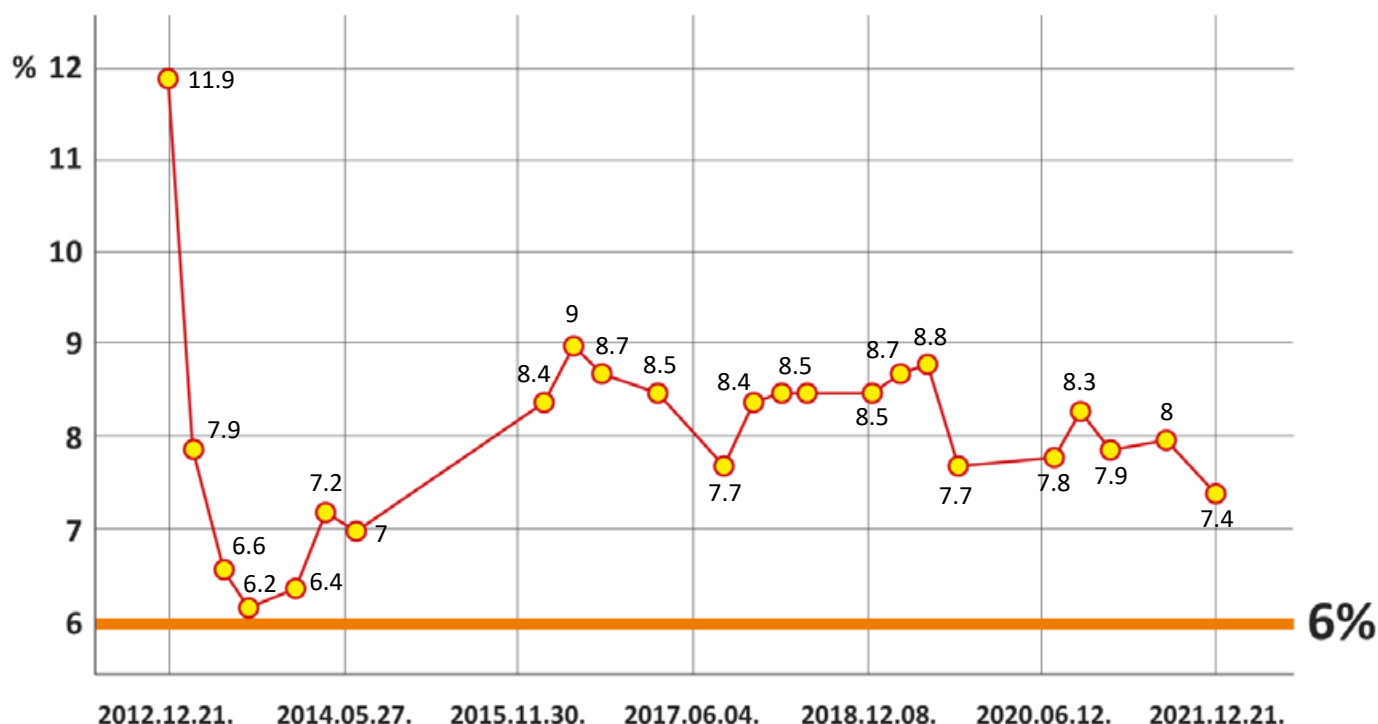
Cs. János 1989-ben született és 2012. novemberében manifestálódott nála az 1-es típusú cukorbetegség tipikus tünetekkel: szomjazás, fokozott vizeletürítés, 7 kg-os fogyás. Ekkor jelentkezett szakrendelésünkön, ahol azonnal elláttuk vércukormérő, illetve pen készülékekkel, megtanítottuk ezek használatára és felajánlottuk a lehetőséget a [Dcont.hu rendszerre](https://dcont.hu) történő csatlakozásra és ennek révén anyagcsere-vezetésének távolból történő ellenőrzésére.

Mint az **1. ábrán** látható, a kiindulási HbA1c szintje 11,9% volt. Az első inzulinadagjai 3x3 E Insuman rapid, éjjelre 4 E Insuman basal voltak. Ezen dózisokat két hét múlva 10–6–8 E Insuman rapid-ra és 8 E Insuman basalra emeltük. **(Kiemelendő: az 1-es típusú diabéteszes beteg egyetlen napot sem töltött kórházban, sem a diagnózis felállítását követően, sem később).**

Mint szintén az 1. ábrán látható, gyors, drámai javulás következett be állapotában és a HbA1c szintje ¾ év alatt csaknem felére, 6,2%-ra csökkent, majd kis emelkedést követően 7% körül stabilizálódott. Ekkor már étkezési inzulinként 3x5 E Humalogot, bázis inzulinként pedig éjjelre 16 E Lantust kapott.

Ezt követően az egyébként informatikus képzettséggel rendelkező beteg 2 évre Svédországba távozott és bár a kapcsolatot a Dcont.hu-n keresztül tartottuk, anyagcséréje romlani kezdett. Visszatérését követően egészen 2019-ig HbA1c-je 1 érték kivételével 8–9% között ingadozott, majd 8% körüli szintre csökkent.

A **2. ábrán** a 2021. március végi – április elejei két hét értékeinek összegzése látható: vércukrai csupán az esetek 55%-ában voltak a céltartományokon belül. Ezt még részletesebben mutatják a **3. és 4. ábrák**, melyeken az esetek több mint egyharmadában kifejezetten magasak, egytizedében pedig túl alacsonyak voltak a vércukrai. A **4. ábrán** jól látható, hogy a magas vércukrok minden napszakra jellemzőek voltak.



1. ábra

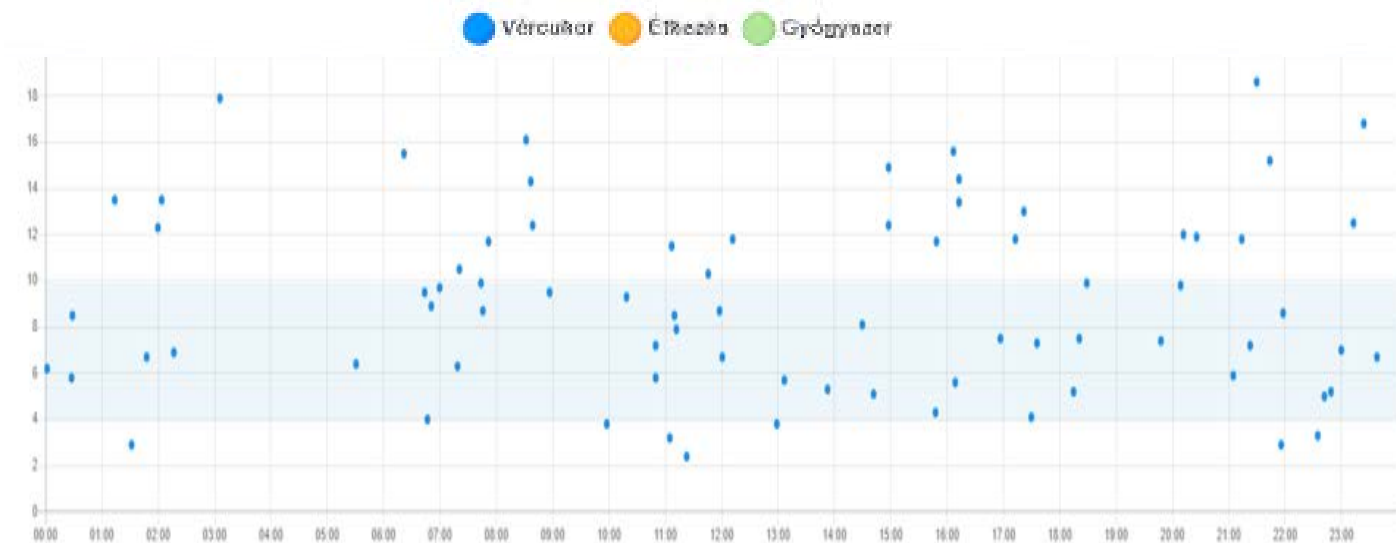


- magas (28 db) - 36%
- normál (42 db) - 55%
- alacsony (7 db) - 9%

2. ábra

	Hajnal 00:00 - 05:50	Reggeli előtt 05:50 - 09:20	Reggeli után 09:20 - 11:20	Ebéd előtt 11:20 - 14:00	Ebéd után 14:00 - 16:00	Délután 16:00 - 16:30	Vacsora előtt 16:30 - 20:00	Vacsora után 20:00 - 22:00	Este 22:00 - 23:59
Szerda 2021.03.24.	6,7	9,9		10,3 5,3			11,8	18,6	
Csütörtök 2021.03.25.	2,9	10,5		11,8	14,9		9,9	9,8	
Péntek 2021.03.26.	12,3 6,4	8,7		8,7		15,6	5,2		3,3
Szombat 2021.03.27.	8,5	12,4		5,7	11,7			7,2	5,0
Vasárnap 2021.03.28.	6,2 17,9	9,5		2,4	8,1		13,0		12,5
Hétfő 2021.03.29.	13,5	9,5	7,2			14,4		11,8	
Kedd 2021.03.30.	5,8	8,9	11,5		12,4		7,3	8,6	
Szerda 2021.03.31.		9,7	7,9		5,1			11,9	7,0
Csütörtök 2021.04.01.		4,0	8,5			13,4		5,9	5,2
Péntek 2021.04.02.	6,9	6,3	3,8	3,8			4,1 7,4	2,9	
Szombat		14,3	9,3	6,7			7,5	12,0	

3. ábra



4. ábra

2021. augusztusában betegünk megkapta a Medtronic Guardian 3 szenzorát, melyet rövidesen jól tudott kezelni. Ekkor már – 2017. decembere óta – napi 3x5-7 E Apidra-t és reggelente 20–22 E Tresiba bázisinzulint adagolt. Vércukorértékei egyre alacsonyabb szinten stabilizálódtak és mint az **5. ábrán** látható, vércukrai 2021. novemberében 75, ez év február végén pedig 82%-ban a 3,9–10 mmol/l közötti céltartományon (TIR) belül mozogtak.

A **6. ábra** tanúsága szerint a napi vércukorátlagok (szaggatott vonal) a céltartomány közepe táján húzódtak, és mint a **7. ábrán** látható, a napok többségében a TIR határértékeit se felfelé, se lefelé nem lépték át. Jelenlegi inzulin adagjai: 24 E Tresiba, 5–7–5 E Apidra napi 240 g szénhidrát fogyasztása mellett. A beteg utoljára, 2021. december 21-én mért HbA1c szintje pedig 7,4%-ra csökkent.

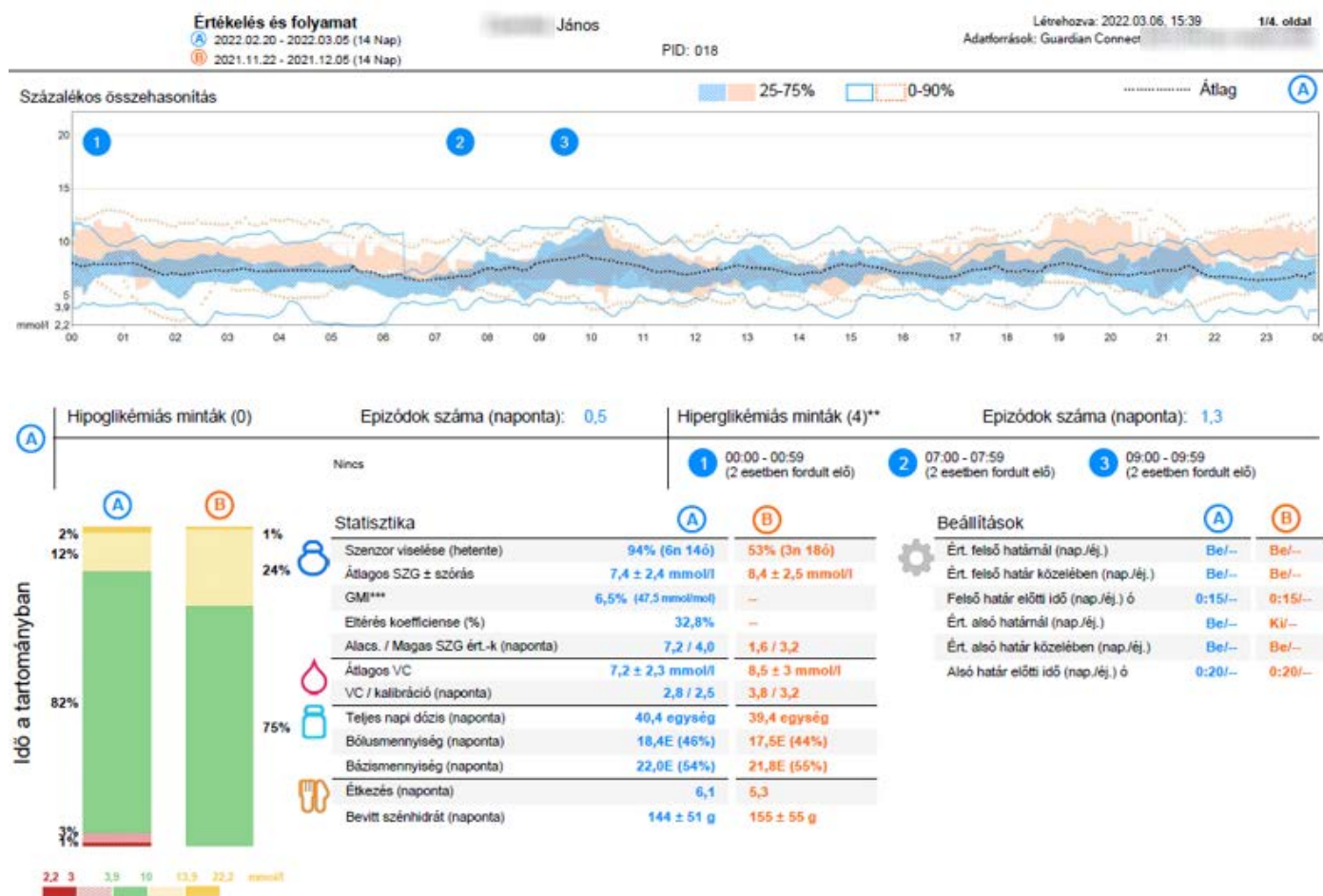
Cs. János esete legalább két dolgot bizonyít...

Az egyik: a telemedicina, melyet a diabetológiában elsők között vezetett be a 77 Elektronika Kft. a Dcont.hu rendszer formájában, végtelenül hasznos eszköz, de igazán csak akkor eredményes, ha a beteg maga is mindent megtesz a távolból, akár országhatárokon átívelő szaktanácsok befogadására.

A másik: a szöveti glükózmonitorozás pedig az ebben rejlő lehetőséget tovább javította, mint ezt János esete is fényesen bizonyítja.

(folytatjuk)

Dr. Fövényi József



5. ábra

GENERÁCIÓKON ÁT

ETALON A VÉRCUKORMÉRÉSSEN

Dcont® | ETALON
VÉRCUKORMÉRŐ SZETT



- / EGYÉNRE ALAKÍTHATÓ BEÁLLÍTÁSOK
- / A LEGIDEÁLISABB CÉLRTÉK TARTOMÁNYOK
- / A LEGIDEÁLISABB MÉRÉSI IDŐPONTOK
- / HIPOGLIKÉMIÁS FIGYELMEZTETÉSEK, EMLÉKEZTETŐK
- / SZÍNES LED VISSZAJELZÉS AZ EREDMÉNYEKNEK MEGFELELŐEN
- / KÖNNYŰ KEZELHETŐSÉG

77 ELEKTRONIKA KFT.

A Dcont® vércukormérők gyártója

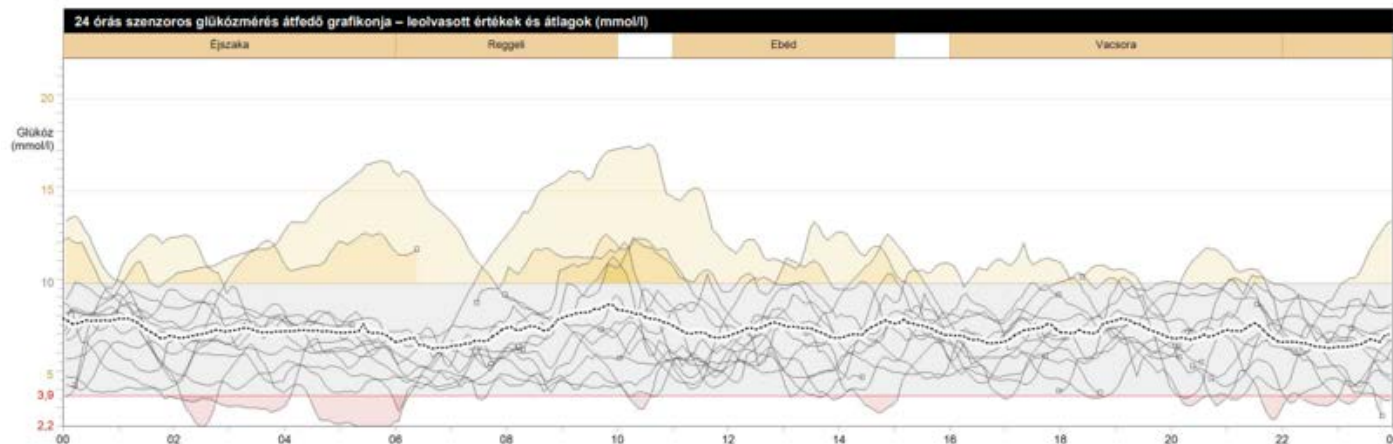
/ H-1116 Budapest, Fehérvári út 98. / **ZÖLDSZÁM:** 06 80 27 77 77
TEL.: 06 1 206 1480 / E-MAIL: ugyfelszolgalat@e77.hu
www.dcont.hu / www.e77.hu

A Dcont® ETALON vércukormérő gyógyászati segédeszköz.

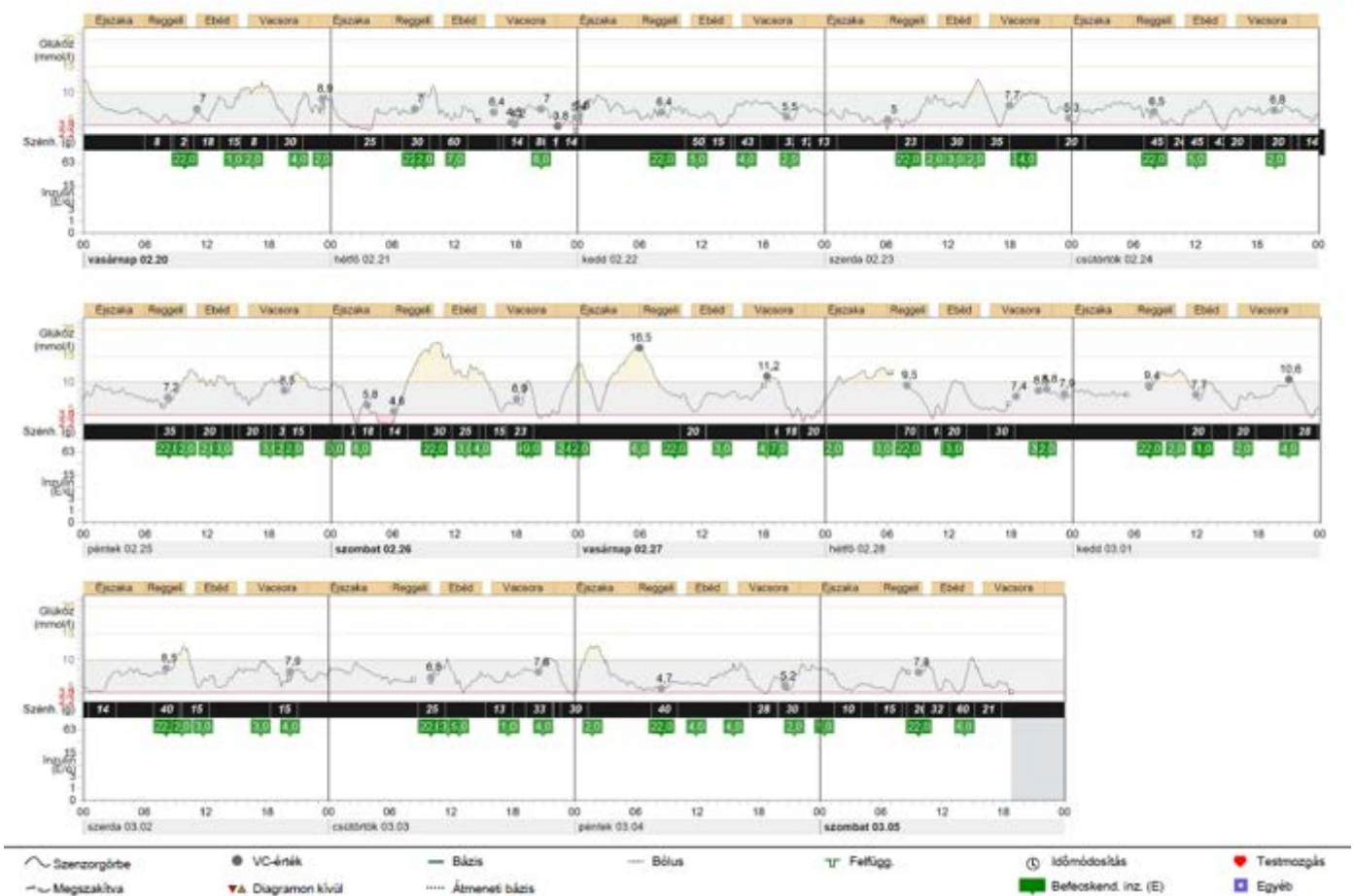
Lezárás dátuma: 2022.03.04.



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



6. ábra



7. ábra



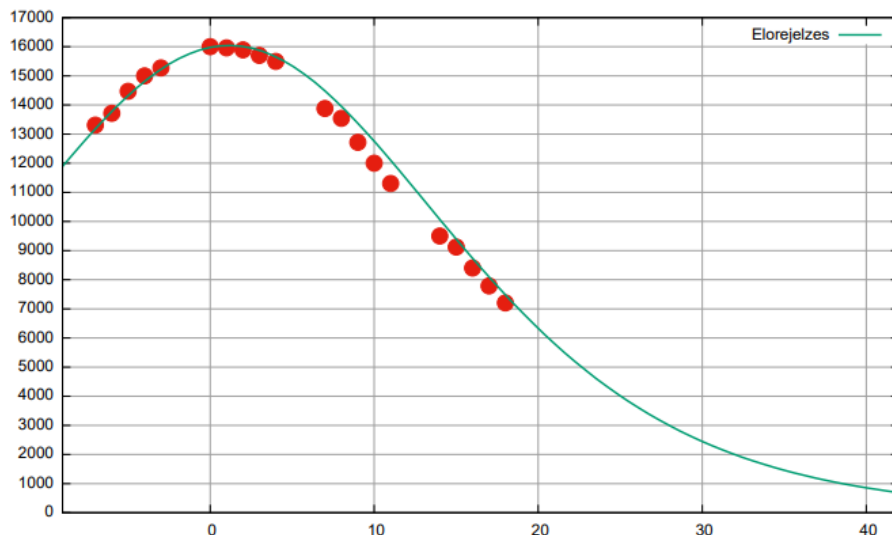
AZ 5. JÁRVÁNYHULLÁM LEFUTÁSA

EGYETLEN KORÁBBIHOZ SEM HASONLÍTHATÓ MAGYARORSZÁGON

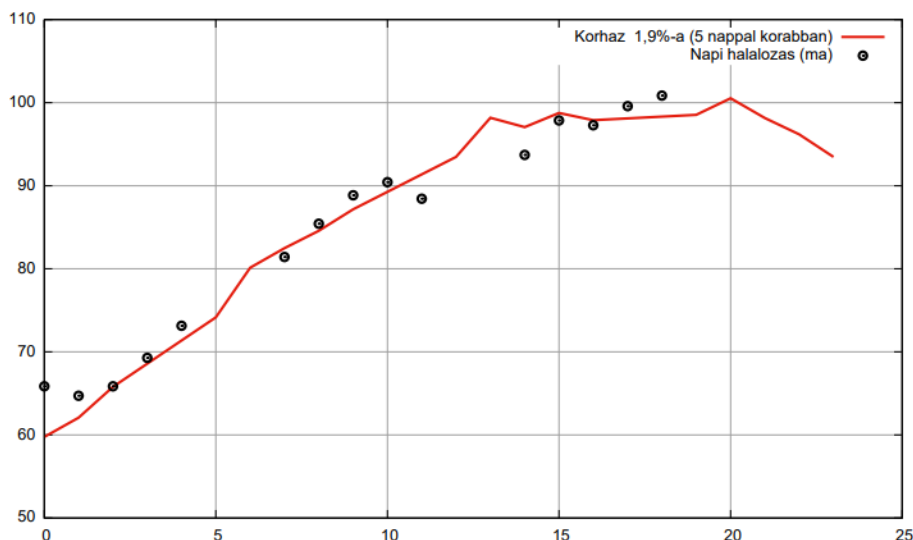
A különböző országok sorban enyhítenek a járványügyi szabályaikon, így felmerül a kérdés, hogy – feltéve hogy nem érkezik megint egy újabb variáns – mikor szabadulunk ki a járvány fogságából, írja Vattay Gábor, az ELTE TTK Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék vezetője a [Portfolio-nak küldött elemzésében](#).

Az esetszámok görbéje nagyon pontosan követte a két héttel ezelőtti előrejelzést, ezért bízhatunk benne, hogy továbbra is megbízható marad – írja Vattay Gábor. Ez azt mutatja, hogy március elseje körül éri el az esetszám a napi 2000 fős átlagot, és a március 15-i hosszú hétvége során lépi át a napi 1000-es lélektani határt (1. ábra). Vattay Gábor emlékeztet, hogy az 5. hullám majdnem pontosan a járvány kitérésének második évfordulóján cseng le.

Az elmúlt napokban még mindig növekedett a napi halálozás, és a kórházban ápoltak száma is csak most indult el határozottan lefelé (2. ábra). A kórházban ápoltak és a halálozás között továbbra is szoros összefüggés



1. ábra
Y tengely = napi esetszám 7 napos mozgóátlaga. X tengely = eltelt napok száma február 1. óta



2. ábra
Y tengely = napi halálozás 7 napos mozgóátlaga. X tengely = eltelt napok száma február 1. óta



A cikkek referálója

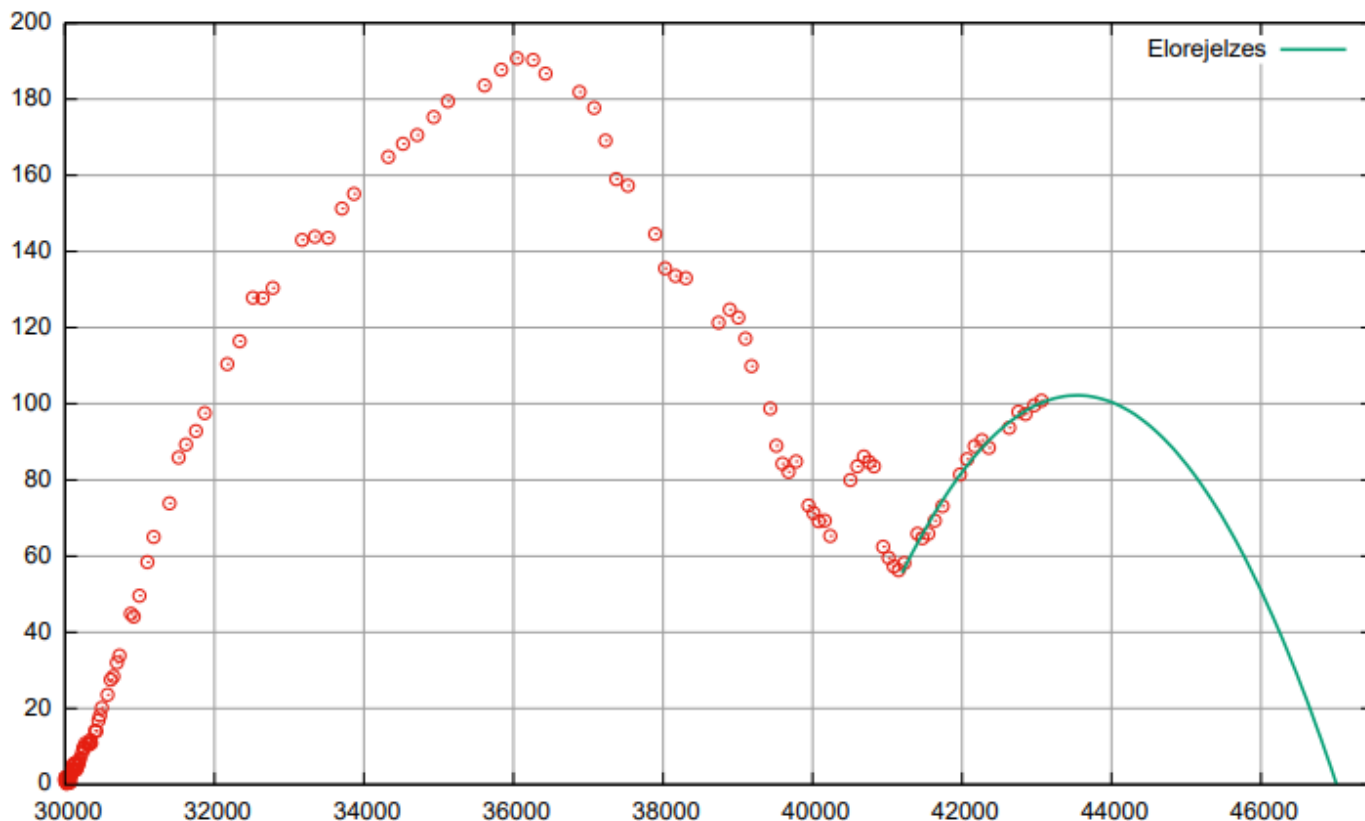
Dr. Fövényi József

belgyógyász, diabetológus,
orvos-főszerkesztő

van. Az ápoltak 1,9%-a (minden 50. beteg) hal meg 5 nap lemaradással.

Az adatokat újra elemezve az összes halálozásra vonatkozó előrejel-

zés továbbra sem változott, 46500 körül van, annak ellenére, hogy a tetőzés napi 100 körüli halálozásnál következik be végül, vagyis még további



3. ábra – Y tengely = napi halálások. X tengely = a járvány kitörése óta az összes halálzás

3500 halálzás következik be a tavaszszal (3. ábra).

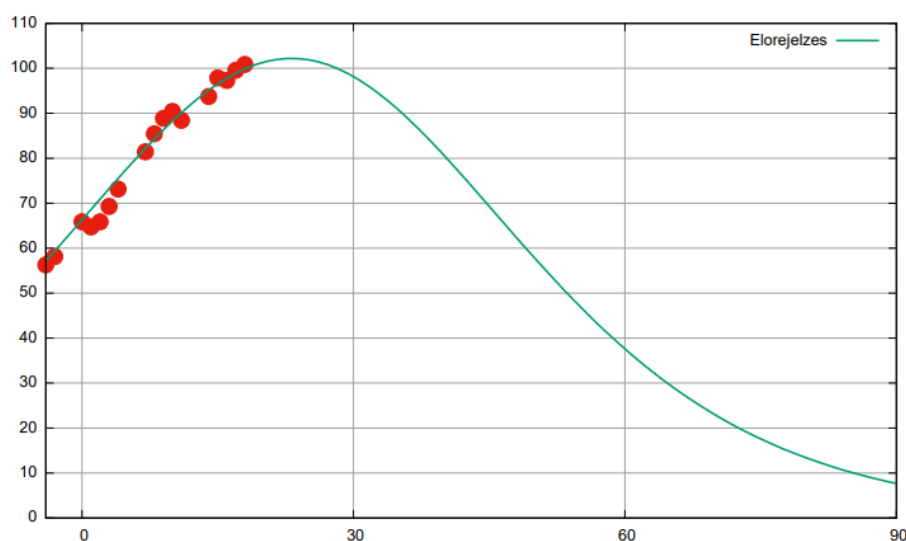
Most már időben is előre tudjuk jelezni a halálzás lecsengését (4. ábra).

Március elején még mindig 90–100 fő között járhat majd a napi halálzás száma, és március 15-e körül is még meghaladja majd a napi 50-et. Április elejére 40 alá esik, és majd csak májusban szűnik meg teljesen – vélekedik Vattay Gábor.

De miért van ekkora eltérés a járványveszély elmúlása és a járvány miatti halálzások elhúzódása között? Általában 10 nap telik el a járvány tetőzése és a halálzás platózása között, és a plató majdnem 2 hétig tart.

Azonban az ötödik hullám új jelensége, hogy 1-2 hetes különbség is van a járvány lefolyásában a központi régió és a távolabbi megyék között – mutat rá a járványmodellező.

Ennek megfelelően a halálzási csúcsok most sokkal jobban „szétszó-



4. ábra
Y tengely = napi halálzások. X tengely = eltelt napok száma február 1. óta

ródnak”, és az egymásra rakódó megyei csúcsok miatt országos átlagban sokkal szélesebb időintervallumban platózik a járvány. Például, Baranya megyében még csak most tetőzött a járvány, és csak március elején fogja kezdeni a platózást a halálzás.

Április elején Vattay Gábor szerint még mindig 2000 ember lesz kórház-

ban, nagy részük olyan megyékben, ahol a járvány később tetőzött. Összességében hamarosan túl leszünk az ötödik hullámon, de egyes megyékben még egy kicsit tovább kell várnunk a végső javulásra.

(Forrás: Portfolio.hu, 2022. február 20.)

ÚJABB MAGYARÁZAT A COVIDBAN MEGHALTAK MAGAS SZÁMÁRA

Legyen szó bármilyen statisztikai módszertanról, Magyarország a különböző hullámok idején újra és újra megkaparintotta az első helyet azon a dobogón, amelyet a legjobb lett volna messziről elkerülni. Más országok védekezési stratégiáit, ellátásszervezési koncepcióit figyelembe véve egyre több szakember állítja, hogy a Covidban elhunytak számát itthon is alacsonyabb szinten lehetett volna tartani.

Számos kutatás, vizsgálat indult annak érdekében, hogy megtudjuk, arányaiban miért nálunk az egyik legmagasabb a koronavírussal összefüggő halálesetek száma – mint ismert, mostanra több mint 40 ezer ember életét követelte a pandémia –, de a probléma összetettsége miatt valódi válaszokat egyelőre nem kaptunk. Az okok közt keresgélve felmerült, hogy talán az egészségtelen életmódunk, a gyakori elhízás, a cukorbetegsége, valamint a szív- és érrendszeri problémákra való hajlamunk állhat a háttérben. Ezzel szemben egy Skóciában rendelő magyar háziorvos most arra hívta fel a figyelmet, hogy a választok a Covid-ellátás szervezése körül is lehetne keresgélni.

Hogyan kerül egy magyar orvos Skóciába, és mire gondol pontosan?

Török Zsolt korábban Budakalászon dolgozott háziorvosként, ám néhány éve úgy hozta az élet, hogy Skóciába költözött feleségével, pályafutását pedig kint is folytatta. Ennek ellenére a hazai ellátástól sem szakadt el teljesen: részt vett az oltási kampányban, valamint időszakosan Magyarországon is rendel, most például egy szentendrei körzetnek fog besegíteni. Emellett tagja annak a szakértői csapatnak, amely időről időre különböző állásfoglalásokat ad ki a koronavírus témakörében, a Konszenzus az Egészségért Kör Szakértői (KEKSZ) csoport legutóbb például a negyedik oltásra vonatkozóan tett közzé ajánlást.

A hazai és a skóciai járványkezelést párhuzamosan követve egyre inkább világossá vált, hogy milyen területeken kellene javítani itthon. Az egyik legnagyobb különbség például az, hogy az Egyesült Királyságban már a pandémia kezdetén felismerték, hogy a covidos betegeket nem lehet teljes egészében az egyébként is leterhelt háziorvosi praxisokra, kórházakra ráereszteni – [kezdték az Indexnek](#) Török Zsolt.

A magyar ellátásra egyébként is jellemző, hogy nincsenek letisztázott betegutak, sokszor hetekig kóválygunk a rendszerben, mire a megfelelő terápiát megkapjuk. Mind-

ez a Covid óta hatványozottan így van. Fertőzés esetén a betegnek tulajdonképpen két lehetősége van: házilag kúrálja magát, és jobb esetben legalább telefonon tartja a kapcsolatot a háziorvosával, vagy amennyiben már olyan súlyos az állapota, hogy otthon nem maradhat, bekerül a kórházba. Borzasztóan hiányzik a rendszerből egy olyan közepsúlyos esetekre kitalált intézmény, ahol enyhébb tünetek esetén, akár a betegség korai stádiumában is hatékony ellátást kaphatunk – mondta a háziorvos, kiemelve: ez az a lépcsőfok, ami nem maradt ki Skóciában. Ott országsszerte létrehozta 30–35 olyan egységet – úgynevezett Covid Hubot –, ahová a koronavírus-fertőzöttek pár órán belül időpontot kaphatnak.

A páciensek így a betegség igen korai szakaszában olyan támogató kezeléseket részesülhetnek, amivel megakadályozták, hogy beinduljon az a fajta negatív folyamat a szervezetben, amelyen már csak a lélegeztetőgép és az intenzív osztály segíthet.

Ezzel a típusú ellátásszervezéssel véleményem szerint Magyarországon is alacsonyabb szinten lehetett volna tartani a kórházban ápoltak és a halálos áldozatok számát. Ha a hazai halálozási adatokra gondolunk, nem elégedhetünk meg azzal a magyarázattal, hogy nekünk eleve rossz az egészségügyi állapotunk. Mindenkit biztosíthatok arról, hogy az Egyesült Királyságban sem túl fényes a helyzet ezen a téren, az állampolgárok egy jelentős része elhízással, alkohol-, drogproblémákkal és a vírus szempontjából veszélyes egyéb társbetegségekkel küzd – jelentette ki Török Zsolt. A friss adatok szerint az 5,5 millió népességű Skóciában a járvány kezdete óta valamivel több mint 10 ezer életet követelt a koronavírus, ami lakosságárányosan is éppen a fele annak, mint amennyi haláleset nálunk történt.

Kevésbé bízunk az oltásban, fogékonyabbak vagyunk az álhírekre

Török Zsolt szerint a két ország oltási kampányát összehasonlítva is komoly különbségeket lehet felfedezni. Bár Magyarország kezdetben az átoltottsági ranglista élén állt, szép lassan visszacsúszott a középmezőnybe. Ezzel szemben Skóciában egy lassabb építkezéssel mostanra a 90 százalékot is meghaladta azon 12 év felettek száma, akik az első oltást megkapták. Itthon a sokáig áhított 70 százalékot is csak nagyon lassan, több hónapnyi várakozás után végül tavaly decemberben értük el.

A szakember hangsúlyozta azt is: a fent már említett negyedik oltásra vonatkozó állásfoglalást sem véletlenül

adták ki, mert bár valóban vannak olyan csoportok, akik számára az fontos lehet, ne feledjük, hogy sokan még az első vakcinát sem vették fel, tehát az elsődleges cél a 70 százalék körüli átoltottság további növelése.

Magyarországon politikai kérdéssé vált az oltás, sokan a politikai hovatartozásuk alapján hoztak meg egészségügyi döntéseket. Míg az egyes oldalak képviselői a nagy nyilvánosság előtt oda-vissza üzengettek egymásnak, addig az emberek egy jelentős része elbizonytalanodott. Ezzel szemben Skóciában eleve nagyobb a tudományba, illetve az egészségügyi ellátórendszerbe vetett bizalom, de az is sokat segített, hogy nem terjedtek el olyan mértékben az álhírek, mint itthon – mutatott rá a háziorvos.

Több teszt, nagyobb összefogás

Az elmúlt hetekben Skóciában is tarolt az omikron-variáns, a Magyarországhoz mérten feleakkora népességű országban is napi 20–25 ezer új fertőzöttet regisztráltak. Az ötödik hullám ott mostanra leszálló ágban van, az óvintézkedések terén alapvetően Angliát követik, ahol pár nappal ezelőtt lazítottak.

Török Zsolt szerint míg Magyarországon a tesztelés sosem képezte a védekezés alapját, addig a szűrésre Skóciá-

ban lényegesen nagyobb hangsúlyt fektettek. A tanárokat, valamint az egészségügyi és szociális szférában dolgozókat naponta tesztelik, de a skót kormány lehetővé tette, hogy bármely cég heti 2 alkalommal szűrje alkalmazottjait, ehhez az állam biztosít elegendő, ingyenes tesztet. Emellett, ha valaki ezenfelül is szeretne meggyőződni arról, hogy nem fertőzött, akkor például a patikában ingyen is kiválthat egy tesztet.

„Szintén lényeges különbség, hogy kint sokkal aktívabb a tudományos és a civil szféra. A különböző társaságok, szövetségek rendszeresen adnak ki különböző eljárásrendeket, ajánlásokat, amelyekkel szintén a védekezést segítik. Emellett az iskolák, a háziorvosi rendelők, kereskedelmi egységek, sportlétesítmények üzemeltetői saját hatáskörben is megnézik, hogy mi az, amivel a fertőzés veszélyét csökkenthetik. Itthon hajlamosak vagyunk minden utasítást fentről várni, de ez a hozzáállás, valljuk be, nem túl hatékony. A főbb sarokpontokat persze a kormány megadja, ugyanakkor egyénileg, illetve a helyi közösségeknek is több munkát kellene a védekezésbe beletenni” – emelte ki a háziorvos.

(Forrás: Holló Bettina – [Index.hu](https://index.hu), 2022. február 7.)

A LÁTHATATLAN ÁLDOZATOK

Amikor a járvány véget ér, nem tudjuk majd újrainyitni a COVID idején bezárt kórházi osztályokat, az egészségügy már azt a színvonalat sem fogja elérni, amit a pandémia előtt még teljesített. Így vélekedik Svéd Tamás, a Magyar Orvosi Kamara (MOK) titkára. Az intenzív terápiás főorvost annak kapcsán kértük interjúra, hogy a MOK és az Ápolói Kamara 12 pontos felhívást adott ki, amelynek bevezetőjében megállapították: a magyar egészségügy az utóbbi évtizedek legnehezebb szakaszát éli. Beszéltünk az egészségügy szélmalmairól, és arról is: hogyan került a csizma az asztalra.

A COVID-járvány idején hány embert látott meghalni?

– Sokat.

Naponta?

– Naponta szerencsére nem. Hatvan körül lehet azok száma, akiket a járvány miatt a mi intenzív osztályunkon veszítettünk el, ezek egy részét akkor, amikor ügyeletben voltam. Ám az én munkahelyem csak a harmadik és a negyedik hullám idején lett COVID-ellátó intenzív osztály. Közben pedig fogadtuk a sérülteket, egyéb betegeket is.

Meg lehet szokni a halált? El tudja

távolítani magától a másik szenvedését?

– Valamilyen módon muszáj, annak érdekében, hogy az ember minden nap újra és újra felvegye a munkát anélkül, hogy kiégne és minden egyes beteggel együtt kicsit maga is meghalna. Persze vannak esetek, amelyek jobban megütik az embert. Amit nem lehet megszokni, és elviselni is nehéz, az a gyermekek halála.

És persze az is nehéz, amikor az ember a beteggel hosszabb személyes kontaktusba került, beszélgett vele, majd végig kellett néznie,



Fotó: Halász Júlia | 444.hu

ahogy folyamatosan romlott az állapota. Ez a COVID idején sajnos gyakori helyzet volt.

– A járvány idején az volt a benyomásom, hogy ön az orvosi szakma Don Quijotéja. Azért nem szeretném magamra húzni a teljes dicsőséget, vagy inkább a majdnem teljes kudarcot. Nem én vagyok az egyetlen, aki küzd az egészségügy szélmalmai ellen. A kamara teljes vezetése számos alkalommal próbált kiállni a transz-

parenciáért, a Realitás projekt azért működhetett, mert mégiscsak akadnak kollégák, akik a tapasztalataikról legalább nekem készek voltak beszámolni. És mások is felszólaltak az adatok nyilvánosságáért, például az MTA, vagy Ferenci Tamás biostatistikus. De tény, hogy nagy a baj. A többször későn meghozott korlátozó intézkedések miatti sok fertőzött áldozat mellett nagyon sokan vannak a járvány láthatatlan áldozatai. Azok, akiknek az állapota nem a fertőzés miatt súlyosbodott, hanem azért, mert az egészségügy egésze átállt járványüzemmódra, és nem jutottak időben megfelelő ellátáshoz. Amikor rosszindulatú betegséggel küzdő emberek diagnózisát késve állították fel, és későn jutottak kezeléshez, ez megrövidítette az életüket, vagy meghosszabbította a szenvedésüket.

Hányan lehetnek a láthatatlan áldozatok, akik nincsenek benne a COVID-ban elhunytak most már 40 ezer feletti statisztikájában? Akik azért haltak meg, mert krónikus betegként nem kaptak ellátást?

– Még nincsenek pontos adataink. Amit tudni fogunk és részben már tudunk, hogy mennyivel növekedett a halálozás a járvány éveiben a megelőző időszakhoz képest. Ez az, amiről a média is megírta, hogy a második világháború óta nem fogyott így a magyar. Azoknak a számát azonban nem tudjuk, akik 3-6 hónap csúszással kapták meg a diagnózist például a rákbetegsükről. Ők még élnek, de jóval hamarabb fognak meghalni, mintha a betegségüket időben megállapították volna. A COVID áttételes áldozatainak jelentős részét tehát még a jövőben és nehezen megszámlálhatóan fogjuk elveszíteni.

A két kamara kinyilvánította, hogy az egészségügy olyan állapotban van, hogy azonnal lépni kell, nem lehet megvárni a választásokat sem. Pedig már csak két hónap van addig, a válság viszont évek óta tart.

– Mi nem a választásokhoz képest határoztuk meg a feladatokat, és nem először szólunk. Csak annyiban volt ez új és bizonyos értelemben történel-

mi alkalom, hogy most először ült le együtt a két kamara vezetősége, hogy együtt és egybehangzóan jelenítse meg a gondokat. Ámos Péter alelnök úgy fogalmazott: mi olyan orvosokat képviselünk, akik ebben az időpillanatban is embóliával, tüdőgyulladással, vakbélgyulladással kezelnek embereket. Olyan betegségekkel, amelyek nem várnak két hónapot. Én pedig arról beszéltem, hogy azoknak a gondoknak, amelyek kezelését azonnal el kellene kezdenünk, nagyon hosszú lesz az időbeli hatása. Az egészségügyet nem lehet egy ciklus alatt rendbe tenni. Ezt a feladatot csak olyan országokban sikerült megoldani, ahol ez pártok feletti ügy volt. Az egészségügyi reform még a politikai érdekcsoportok közötti konszenzus eredményeként is nagyjából húsz esztendőre szóló feladat, akkor is, ha a megvalósításában minden kormány egyetért és részt vesz. Tehát nem kampánytémaként akartuk felvetni az ágazat gondjait, bár engem személy szerint egyáltalán nem zavar, ha a választás kihangsúlyozza a halaszthatatlan feladatokat. Legalább felkerül a csizma az asztalra: egyáltalán nem baj, ha a felelősöknek nyilatkozniuk kell a terveikről. Látni kell: a COVID nemcsak megölt negyvenezer magyar embert, de alaposan megtépázta az amúgy is gyenge lábakon álló magyar egészségügyet. Minél később nézünk szembe a valós helyzettel, annál nehezebb lesz, annál tovább fog tartani az újjáépítés.

Sok minden eltorzult a magyar ellátórendszerben. Miközben bő tíz éve még azért tüntettek az emberek, hogy ne kelljen 300 forintos vizitdíjat fizetniük, ma Európában az amúgy alacsony életszínvonalú magyarok fizetik az ellátásért a legnagyobb részt zsebből. Sok középosztálybeli család a szülésért a korábbi hálapénz 3-5-szörösét adja ki. A hálapénz ellen kivont szablyával harcolt az orvosi kamara, személy szerint ön is. Nem siették el?

– Nem. Inkább elkéstünk vele 30–50 évet. A hálapénz torz rendszer, amely torz motivációkat szült. Azt vi-

szont már előre lehetett tudni, hogy a megszüntetésének nem kizárólag pozitív hatása lesz. Mi azt mondtuk, hogy a hálapénz megszüntetése és a béremelés ígéretes kezdet, jó alap arra, hogy Magyarországon megpróbáljunk működőképes egészségügyet teremteni, de ehhez még nagyon sok minden kell. Olyasmi, ami szerepel a mi 12 pontunkban. Tény: a választott nőgyógyász az állami kórházban a garantált havi béréért karácsony éjszaka nem fog bemenni, ahogyan azt megtette a kialakult paraszolvenciáért, de ennek a helyzetnek többféle megoldása lehet. Amivel még mindig adós maradt az egészségügy irányítása, az az orvosválasztás lehetőségének megteremtése, és az, hogy tisztességesen szabályozzák a magán- és állami ellátás közötti átjárást. Ezt elkezdték tiltani, aztán mégis megengedték, a szabályozás egyszerűen félbeszakadt. A nőgyógyászok azért menekültek a magánintézményekbe, mert nem tudtak mit kezdeni a felemás helyzettel. Nem tudták, hogy nekik mit szabad, mit nem. Ehhez képest tiszta helyzet, ha azt mondhatják: én, kérem magánorvos vagyok, tessék engem megfizetni, és akkor azt a szolgáltatást nyújtom, amiről megalkuszunk. De hadd emlékeztessenek arra, hogy az embernek nincs például magánsebésze a vakbélgyulladásának megműtéséhez. Vakbélgyulladással a beteget a mentő beviszi a terület szerint illetékes kórházba, és ott az látja el, aki jut neki. És egy jól működő egészségügyben az a sebész, aki jutott, az éppen aktuális nemzetközi protokollnak megfelelően, tökéletes technikával, az államtól kapott fizetéséért magas színvonalon el fogja látni a beteget. Ehhez nem kell sem hálapénz, sem választott orvos. A fejlett országok többségében a nők annál az orvosnál szülnék, aki aznap este ügyeletben van, mert megbízhatnak a kórházban.

[A teljes interjú a 168.hu portálon olvasható](https://www.168.hu)

(Forrás: [Barát József – 168.hu](https://www.168.hu), 2022. február 7.)

✓ A COVID-19 A DIABÉTESZ FOKOZOTT KOCKÁZATÁVAL JÁR A FIATALOK KÖRÉBEN

„A SARS-CoV-2 fertőzés összetett és eltérő mechanizmusokon keresztül 1-es vagy 2-es típusú cukorbetegséghez vezethet” – mondják a szakértők.

A Medscape beszámolója szerint 2020 közepén az újonnan megjelent bizonyítékok arra utaltak, hogy a COVID-19 kiválthatja a cukorbetegség kialakulását egészséges emberekben. Ezt követően új globális regisztert hoztak létre, amely a COVID-19-hez kapcsolódó cukorbetegségben szenvedő betegek adatait gyűjti, CoviDiab néven.

Egy új tanulmányban használt egyik adatbázisból, IQVIA néven 80.893 olyan 18 évnél fiatalabb személy esetét elemezték, akik 2020. március és 2021. február között COVID-19-fertőzésen estek át. Kontrollként hasonló számú és jellegzetességű nem covidos fiatal adatait használták fel. A másik tanulmányban, melynek adatait a HealthVerity adatbázisból emelték ki, 439.439 2020. március 1. és 2021. június 28. között szintén COVID-19 fertőzésen átesett fiatalot hasonlítottak össze Covidal nem fertőződött, életkorukban és nemükben megfelelő fiatalokkal.

A IQVIA-ban Covid mellett 0,08%-ban észlelték cukorbetegség felléptét, míg a kontrollok között ez az arány 0,03% volt. A HealthVerityben 0,25%, ill. 0,19% volt az arány a Covidon átesett és Covid fertőzés nélküli fiatalok között az újonnan fellépett diabétesz tekintetében. Ez a két vizsgál-

latban a Covid mellett fellépő diabétesz 166%-os, ill. 31%-os emelkedését igazolta. A Covid nélküli légúti betegségek esetén nem észlelték a diabétesz gyakoribb megjelenését.

A két vizsgálatban a Covid fertőzés mellett fellépő diabéteszeseknél 48, ill. 40% volt a ketoacidózisok aránya, míg a Covid fertőzést elkerülő friss cukorbetegyek között e két mutató 13, ill. 29% volt. Barrett és munkatársai számos lehetséges magyarázatot kínálnak a COVID-19 és a cukorbetegség közötti megfigyelt összefüggésre, beleértve az angiotenzin-konvertáló enzim 2-receptorokat expresszáló hasnyálmirigy béta-sejtek elleni közvetlen támadást, vagy a citokinviarból és a glükóz-anyagcsere változásaiból eredő stressz-hiperglikémiát. Egy másik lehetőség a prediabéteszből diabétesz kifejlődése.

A kórházi kezelés alatti szteroidkezelés átmeneti hiperglikémiához vezethetett, ezt azonban csupán az esetek 1,5-2,5%-ában észlelték, a többség 1-es vagy a 2-es típusú diabétesz volt. Alternatív lehetőségként a pandémiával összefüggő súlygyarapodás is hozzájárulhatott mind a súlyos COVID-19, mind a 2-es típusú cukorbetegség kockázatának növekedéséhez. Egyelőre nem világos, hogy a COVID-19 utáni cukorbetegség átmeneti vagy tartósan fennmarad – vélik a vizsgálók.

(Forrás: *Medscape*, 2022. január 12., a *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022. január 7. nyomán)

MAGAS VOLT A NEMKÍVÁNATOS ESEMÉNYEK GYAKORISÁGA A COVID-VAKCIKÁKISÉRLETEK PLACEBO CSOPORTJÁBAN

A placébó-kezelést követő mellékhatások gyakoriak a randomizált klinikai gyógyszervizsgálatokban. A placébó alkalmazás mellett „mellékhatásokat” nocebo elnevezéssel (a placebo hatás ellentéte) illetik. A vakcina kísérletekben ezekkel a nocebo-válaszokra vonatkozó szisztematikus bizonyítékok fontosak a COVID-19 elleni oltás szempontjából világszerte, különösen azért, mert a jelentések szerint a mellékhatások miatti aggodalom az oltással kapcsolatos tévovázás oka.

Egy 19 vakcina vizsgálatból származó metaanalízis keretében 45.380 16 évesnél idősebb személy esetében összegezték az első és második vakcinát kapók esetében fellépő mellékhatásokat, valamint a placébót kapó kontrollcsoport résztvevőinél észlelt nocebo hatásokat. Az értékelést az oltások (placébók) beadását követő 7 napon belül végezték.

A 45.380 (22.578 placebo és 22.802 vakcinát kapó) résztvevő esetében 12 mellékhatás jelentést tartalmazó cikket elemeztek. Az első adag placebo kapók után a résztvevők 35,2%-a tapasztalt szisztémás mellékhatások közül 19,3% volt a fejfájás, 16,7 a fáradtság érzés. A második adag placebo után a résztvevők 31,8%-a számolt be szisztémás nemkívánatos eseményekről. A placebo kapókkal szemben az első Covid-19 vakcinát kapók 76%-a, a második vakcinát kapók 51,8%-a számolt be szisztémás nemkívánatos eseményekről, tehát szignifikánsan több volt a mellékhatás a vakcinát kapók között, mint a placebo kapók között.

A fontos vizsgálat legjelentősebb következtetése, hogy fel kell hívni az emberek figyelmét, hogy nemcsak a vakcinák, hanem a placebo is igen nagy arányban kivált „mellékhatást” és ezzel is hangsúlyozni szükséges a vakcinák felvételének szükségességét.

(Forrás: *JAMA Netw Open.*, 2022. január 18.)

„A MUTYI MELLETT JELENTŐS KOCKÁZATOT IS VÁLLALT A KORMÁNY”

Felelőtlenség vagy helyes döntés volt a több száz milliárdos lélegeztetőgép-beszerzés? Miért oltottak a házi orvosok kínai vakcinával? Indokolt-e az operatív törzs ülésén elhangzottak titkosítása? Dr. Kunetz Zsombor orvost, egészségügyi szakértőt [kérdzték a Szabad Európa olvasói](#).

Az olvasói kérdések főként a járványkezelést érintették, de szó volt a hálapénz tilalmáról és a magánegészségügyről is.

„Nagyon sokszor nem volt választása a házi orvosnak sem”

Hogyan ajánlhatták a házi orvosok pácienseiknek a kínai vakcinát, ha olvasták az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) honlapján megjelent előíratot?

Kunetz Zsombor: Az, ami az OGYÉI honlapján megjelent a kínai vakcinával kapcsolatban, nem is alkalmazási előírat volt, hanem használati útmutató. Nem volt százszázalékosan, egyértelműen kimondva, hogy hatvan év felett nem használhatják az orvosok. Ott az volt, hogy Kínában a negyedik fázisú kísérletekben nagyon kevés hatvan év feletti emberen próbálták ki ezt a vakcinát. A házi orvos nagyon sokszor nem dönthetett abban, mit használ. Azt használta – főleg a koronavírus-járvány elején –, amit kapott.

Azt gondolom a kínai vakcinával kapcsolatban, hogy annak a használata akkor, amikor nem voltak vakcinák, vagy korlátozottan voltak hozzáférhetőek, önmagában nem lett volna baj. A baj az volt, hogy rossz korosztályokat adták be. Egyébként a házi orvosokat kötelezték erre. Kaptak a Nemzeti Népegészségügyi Központtól egy utasítást, hogy kinek mit kell adni. Sőt,



Dr. Kunetz Zsombor MBA
körülbelül egy hónapja



Könnyű egy pánikhelyzetben rosszul dönteni, de nyereszkeskedni is az. Azt senki sem tagadhatja, hogy világszerte erős pánik volt a koronavírus első hulláma körüli időben. Egy ilyen helyzetben érthető, ha a dömpingszerűen keresett árucikkek ára jelentősen megnő. Ez történhetett a lélegeztetőgépekkel kapcsolatban is. Azonban az hogyan lehet, hogy míg az alábbi cikk szerint az angolok 3 ezer fontért (cca. 4000 USD) jutottak hozzá, addig mi több, mint hússzoros áron vásároltuk öke... [Továbbiak](#)



KLUBRADIO.HU

Kunetz: A lélegeztetőkre kiírt közbeszerzéseken látszik, hog...

Az EMMI 2021 augusztusában 295 millióért 11 új lélegeztetőgépet rendel...

továbbmegyek, a házi orvos sokszor magkapta a betegek nevét és azt is, hogy mit kell a számára adni az első időszakban.

Nagyon sokszor nem volt választása a házi orvosnak sem, de nem gondolom, hogy nagy botrány lett volna a kínai vakcina használata, amennyiben a kormány kommunikálja, hogy erről jelen pillanatban ennyi információ van, kérik, hogy ezt is vegyék föl. A későbbiek során, amennyiben szakmailag lehetséges, rendelkezni fognak az átoltásról más nyugati vakcinával.

„Tetten érhető a szakmai szervezet kiherélése, beszántása”

A több száz milliárdos lélegeztetőgép-vásárlás indokolt volt, vagy felelőtlenség?

Kunetz Zsombor: Ahogy arról [közösségi oldalamon is írtam](#), könnyű pánikhelyzetben rosszul dönteni, de nyereszkeskedni is. Világszerte nagy volt a pánik a koronavírus első hulláma körüli időben. Egy ilyen helyzetben érthető, ha a dömpingszerűen keresett árucikkek ára jelentősen megnő. Ez történhetett a lélegeztetőgépek esetében is.

Azonban hogy lehet, hogy míg [az alábbi cikk szerint](#) az angolok három ezer fontért (körülbelül négyezer amerikai dollár) jutottak hozzá, addig mi több mint hússzoros áron vásárol-



Ápolók ellátnak egy beteget a Jósa András Oktatókórház Covid intenzív osztályán, Nyíregyházán 2020. november 25-én

tuk a gépeket, 89 ezer dollárért? Ez olyan, mintha az ötszáz forintos kenyert 11 ezer forintért vették volna. Ez abba az irányba mutat, hogy ez az egész egy óriási mutyi.

Miközben a kormány a legpesszimistább forgatókönyv szerint számolt 8500, intenzív ellátást igénylő beteggel, lélegeztetőgépekből 16 ezret vásárolt az itthon rendelkezésre álló nagyjából 1500 mellé, noha pontosan tudni lehet, hogy Magyarországon még kompromisszumokkal tartózkodva sem tud a rendszer 1500–2000, bármilyen intenzív terápiára szoruló betegnél többet ellátni, mert ehhez egyszerűen nincs humán erőforrás, még akkor sem, ha ezt átírással próbálják megoldani. Ennek a logikának a 98–99 százalékos halálozás az eredménye.



A cikkek referálója Dr. Fövényi József

belgyógyász, diabetológus,
orvos-főszerkesztő

Több kórházba is került Magyarországon Shangrila 510S típusú gép, és annak ellenére nincs hír a kivonásokról, hogy ezt például az angolok már rég megtették, mert minőségi kifogásaik voltak vele, és jelezték is még a magyar vásárlás előtt. Ez a lélegeztetőgép kialakításánál fogva is kevésbé alkalmas kórházi használatra. Olyan eset is előfordult vele, hogy hiába volt hálózatra kapcsolva, kikapcsolt a betegen – szerencsére legalább riasztott mindeközben. Kolumbiában az SH300-as típus meghibásodása hat beteg halálát okozhatta.

Tehát a mutyi mellett jelentős kockázatot is vállalt a kormány ezeknek az eszközöknek a beszerzésével. Itt tetten érhető a szakmai szervezet kiherélése, beszántása, ami odavezetett, hogy a kormánynak alvási apnoéban használatos légzéssegítőt is el lehetett adni lélegeztetőgépként.

„Tényleg csodálkozom, hogy párasítóval vagy porszívócsővel még nem próbálkoztak, hiszen levegő abból is jön.”

Indokolt lehet-e orvosi szempontból az operatív törzs ülésein elhangzottak titkosítása?

Kunetz Zsombor: Határozottan nem indokolt. Nyilvánvalóan lehetnek olyan kérdések az operatív törzs

ülésein, amelyeket adott esetben szükséges titkosítani, de nagy általánosságban a kérdésre határozottan nem a válasz. Ez a magyar járványkezelés egyik fő bűne, az adatok szovjet szemléletű kezelése.

Mi a véleménye arról, ahogy megszüntették a hálapénzt?

Kunetz Zsombor: A hálapénz kivételezése abszolút szükséges folyamat volt, és nagyon kellett már, hiszen polipként megfojtotta az egészségügyi ellátást, de ebben a formában, ahogy csinálták, sajnos több kárt okozott, mint hasznot hozott. Ugyanis nem tettek a rendszerbe semmilyen motiváló vagy teljesítménymérő elemet, így gyakorlatilag jelen pillanatban, ha naponta egy műtétet csinál egy orvos, akkor is megkapja a fizetését, és ha tizenötöt, akkor is.

Véleménye szerint lehet alapja annak a vádnak, hogy célzottan hagyták lepusztulni az egészségügyet, hogy a magánklinikák száma növekedjen?

Kunetz Zsombor: Erre nagyon nehéz válaszolni, hiszen látszik, hogy kormányközeli szereplőknek is van érdekeltségük vagy tulajdonrészük több magánklinika vagy holding környékén. Ugyanakkor nyilvánvalóan nem lehet cél, hogy az embereket a semmibe lökjék, márpedig jelen pillanatban az egészségügyi ellátás nemcsak a magánklinikák felé tereli a beteget, hanem a semmibe is. Egyetlen olyan magánklinika sincs ma Magyarországon, amely legalább egy megyei szintű kórház feladatait el tudná látni. A magánszektor csak szűrt, kockázatmentes beteganyagból dolgozik, és ezt nyilvánvalóan megfelelő tarifáért teszi.

A tumoros betegeket például nem vállalja fel egyetlen magánintézmény sem. A költséges, komoly beavatkozások visszakerülnek az állami rendszerbe. Sőt a magánklinikán elkezdett beavatkozás is visszakerülhet az állami rendszerbe, ha olyan szövődmény és olyan komplikáció lép föl, amelyet nem tud megoldani a magánellátás.

(Forrás: [Szabad Európa](#), 2022. február 10.)

✓ „A SZAKMAI SZEMPONTOKAT FELÜLÍRTA A LOJALITÁS ÉS A PÁRTHŰSÉG”

Dr. Kunetz Zsombor szerint nincs olyan szegmense a hazai egészségügynek, amely az elmúlt tizenkét évben fejlődött volna, a döntések hiányát vagy a rossz döntések hatását pedig felerősítette a világjárvány. A szakértő szerint csak a társadalom tudja kikényszeríteni a választást abban az országban, ahol tizenkét éve úgy nyer választást a Fidesz, hogy nincs egészségügyi programja.

Az orbáni politika azonnal reagálni fog az egészségügyi ellátás problémáira, ha életbevágó lesz számára. Addig, amíg nem az, nem kell ezzel foglalkoznia. Márpedig az elmúlt tizenkét év azt mutatja, hogy ez nem életbevágó az Orbán-kormánynak. Lehet választást nyerni, lehet hatalmon maradni enélkül is – [mondta a Szabad Európának dr. Kunetz Zsombor](#) szakorvos, egészségügyi elemző.

Nem előrement, hanem hátra

Szerinte az elmúlt tizenkét évben egyértelműen romlott az egészségügy állapota, és ez nem csak a pandémia számlájára írható. Természetesen igaz, hogy a járvány felnagyította a gondokat, sőt sokat rontott is a helyzeten, de már a járvány kitörése előtt érezhető volt, hogy muszáj kezdeni valamit az egészségüggyel, mert nagyon nagy baj van. A szakember szerint voltak ugyan kísérletek az elmúlt tizenkét évben arra, hogy felszámolják az ellátórendszerben a strukturális problémákat és hiányosságokat, de hiányzott a politikai akarat. Mindenki számára nyilvánvaló most is és nyilvánvaló volt az elmúlt években is, hogy például a jelenlegi fekvőbeteg-struktúrát nem lehet fenntartani, nincs hozzá megfelelő mennyiségű humán erőforrás.

A helyzet drámaiságát jól jellemző példaként említi a szakember a 2019 júniusában bekövetkező, nagy sajtónyilvánosságot kapó esetet, amikor meghalt a Péterfy Sándor Utcai Kórház tapasztalt érsebésze, aki a halála előtt hónapokon át egyedül, havi harmincnapos készenlétben látta el a baleseti központ ügyeletét, halálával pedig instabillá vált az akut érbetegség ellátása a fővárosban.

A Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) tagadta, hogy gond lenne, és közleményben állította, hogy a sajtóhírekkel ellentétben biztosított és zavartalan az akut érbetegség ellátása a fővárosban, a rendszer jól működik.

A szakember emlékeztet arra, hogy az orvoshiány miatt 2021 júliusában ideiglenesen megszűnt egy egész megye baleseti ellátása Zalaegerszegen, és gyakran érkeztek hírek ideiglenes vagy tartós osztálybezárásokról az országban a humán erőforrás-hiány miatt.

A humán erőforrás hiánya nem új keletű probléma

Dr. Kunetz Zsombor, aki 1995 óta foglalkozik mentéssel, hozzáteszi, az egészségügyi szakdolgozók hiánya a 2010-es évek előtt is valós probléma volt. Alulfizetett volt a szakdolgozói állomány és az orvosok is, mindent uralt a paraszolvencia. Ezt a helyzetet fejelte meg a Fidesz-kormányok alatt az alkalmatlan vezetői réteg kinevezése.

„Ami elől elmenekültek a kicsit is értelmesebbek, vagy kompromisszumot hozott, hogy ezt elviselem, és a megfelelő paraszolvenciát felmarkolva túléltem valahogy.”

Nagyon sokan mentek el a pályáról szakdolgozói szinten is. Példaként azt a 2017-es esetet említi a szakember, amikor egy teljes osztályt kellett átmenetileg bezárni a délpesti kórházban, mert az ápolók és a nővérek a magasabb fizetés miatt inkább az új soroksári IKEA bútorarúházban vállaltak munkát. Mint mondja, a nővérek, szakápolók fizetése olyan alacsony és olyan méltatlan körülmények között dolgoznak – ez igaz az infrastruktúrára ugyanúgy, mint a rendszer humán erőforrásmenedzsment-szemléletére –, hogy nincs mit csodálkozni a tömeges elvándorlásán.

A KSH adatai szerint csak 2021 szeptembere és novembera között 17 ezer ember hiányzott az egészségügyi rendszerből; ebben a szociális terület is benne van.

A hozzáértő vezetők helyett a lojalitás a fő szempont

Kunetz Zsombor szerint ez az egyik olyan jellemzője az elmúlt tizenkét évnek, amely „alapvetően befolyásolja a jövőnket és a jelenünket is”. Úgy véli, az Orbán-kormányok módszeresen és tudatosan kiirtották a rendszerből azokat az egészségpolitikai szakembereket, egészségügyi közgazdászokat, egészségügyi szakértőket, akik átlátták az ágazat működését.

„A Szócska-féle államtitkárság első dolga volt, hogy lefejezte a kórházvezetőket, ami szerintem sok intézmény estében rendben is volt. Csak az volt a probléma, hogy az új vezető kiválasztásánál a szempont nem a hozzáértés, a képességek és a készségek, hanem a pártlojalitás volt, illetve az a hűbérúri rendszer, amelyet a Fidesz mindenhol újrateremtett Magyarországon. Ezért az egészségpolitikán túl tudott nyúlni, túl tudott terjeszkedni akár egy kórházvezető kiválasztása is.”

Arra a kérdésre, hogy ez a 2010 előtti időszakra nem volt-e jellemző, Kunetz Zsombor azt mondta, másként

volt jellemző. Szerinte 2010 előtt sokkal nehezebben volt eltávolítható egy szakmailag erős intézményvezető a székéből, mint a 2010-es évektől, amikor ehhez megváltoztatták az egész munkajogi környezetet.

A szakember azt is lesújtónak tartja, hogy 2010 óta nincs miniszteri szintű képviselete az egészségügynek, mert nem tudni, ki irányítja ebben a pillanatban ezt a területet. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma? Az egészségügyi államtitkárság, „amelynek az államtitkára eltűnt”? A kórház-főigazgató? A belügyminiszter? A helyzeten Kunetz Zsombor szerint az sem segít, hogy Kásler Miklós személyében egy volt kórházigazgató, onkológus vezeti azt a minisztériumot, amely alá az egészségügy tartozik.

„2015-ben az egész magyar onkológiai ellátás nem érte el az OECD-országok 1990-es évek átlagszínvonalát. Halálozás tekintetében 2015-ben Magyarország rosszabb statisztikai adatokkal rendelkezett, mint az OECD-országok átlaga 1990-ben. Kásler Miklós 1992-től az Országos Onkológiai Intézet főigazgatója, azaz a hazai onkológiai ellátás feje volt miniszteri kinevezéséig, így ezekért az adatokért, valamint harmincéves lemaradásunkért személyes felelősség is terheli” – fogalmaz Kunetz Zsombor.

Mit jelent ez számokban?

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint az utolsó dokumentált évben, 2019-ben a férfiak közül mintegy 17,5 ezer áldozatot szedett a rák. Ez hozzávetőleg ugyanannyi, mint 1990-ben. A rosszindulatú daganatok közül mindkét nem körében a légcső, a hörgő és a tüdő daganata okozta a legtöbb halálesetet 2019-ben.

A második helyen a férfiaknál a vastag- és végbélrák, a nőknél az emlődaganat áll, míg a harmadik legtöbb rákos haláleset a férfiaknál a prosztatadaganathoz, a nőknél pedig a vastag- és végbélrákhoz köthető. Kásler Miklós szerint ugyanakkor az, hogy az évente regisztrált új esetek száma jelentősen megemelkedett, a hatékonyabb diagnosztika

Rák miatti halálozások számának alakulása

1990 és 2015*, 100.000 főre vetítve



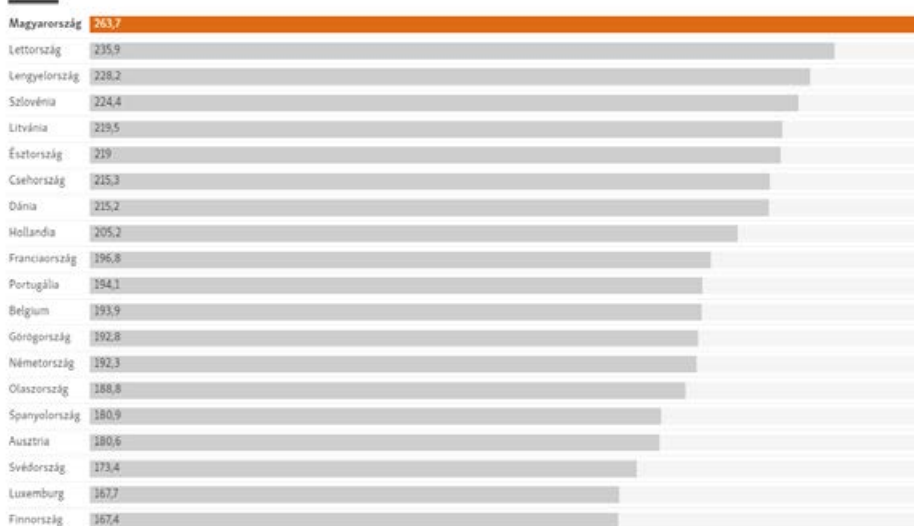
*vagy a legközelebbi rendelkezésre álló év

Grafikon: Németh Dóra • Forrás: OECD Health Statistics 2017



Rák miatti halálozások számának alakulása az EU országaiban

2019 vagy a legfrissebb elérhető adat, 100.000 főre vetítve



Grafikon: Németh Dóra • Forrás: OECD • Adatok letöltése



és terápia szerepét egyaránt feltételezi. A 2001-től publikált KSH-statisztikák szerint húsz éve 62.601 újonnan felfedezett rákos esetet dokumentáltak, 2019-ben már 74.373-at.

A 2021-ben közzétett Eurostat-jelentésből, amelyről a [Szabad Európa is beszámolt](#), az derül ki, hogy a lakosságszám arányában többen halnak meg rákban Magyarországon, mint bármelyik más európai országban. Az évkönyv 2016-os adatokat dolgozott fel. Ezek szerint Magyarország régiói – Budapest kivételével – mind a piros, azaz a legsúlyosabb kategóriába kerültek. Az országon belül a Közép-Dunántúlon a legmagasabb a halálozási ráta: itt százezer főre 364 daganatos betegség miatti haláleset jutott.

Béremelés kell, de nem így

A bérvizonyok rendezése mindenki szerint alapvető ahhoz, hogy az egészségügyben megfelelő létszámú szakember dolgozzon, de ez önmagában kevés. A munkakörülményekhez is hozzá kell nyúlni, és a munkakörülmények közé kell sorolni a gyakran teljesen alkalmatlan vezetőréteget a kórházak szintjén is. A szakember úgy véli, az orvosbérek emelésével és a hálapénz kivezetésével a szakdolgozók semmit sem nyertek. Csak egy újabb frontvonalat nyitott a kormány, újabb szakadék tátong a szakdolgozói és az orvosi bérek között, óriási feszültség keletkezik.

„Iszonyatos kárt tettek ezzel, jelen pillanatban fel sem tudjuk még mérni, hogy mekkorát.”

Hogy mi kell még a változáshoz az anyagiakon kívül? Gyakorlatilag tizenkét éve úgy nyer választást a Fidesz

Magyarországon, hogy nincs egészségügyi programja. De miért kellene hogy legyen, ha így is tud nyerni? – kérdezi Kunetz Zsombor.

„Ha a lakosságnak, a társadalomnak ez nem fáj, már pedig ez sem fáj, amiben most vagyunk, akkor nyugodtan lehet nyerni.”

A szakember hangsúlyozza, nem akar korteskedni senki mellett, de csak maga a társadalom tudja kikényszeríteni a változást. Szerinte az orbáni politika azonnal reagálni fog az egészségügyi ellátás problémáira, ha ez életbevágó lesz a számára. Az elmúlt tizenkét év egyelőre azt mutatja, hogy még nem életbevágó, hiszen lehet választást nyerni, lehet hatalmon maradni így is.

(Forrás: [Fazekas Pálma – Szabad Európa](#), 2022. február 8.)

AZ EMBERISÉG FOLYAMATOSAN A SAJÁT ÉLETÉRE TÖR

Dr. George D. Lundberg patológusprofesszor, a JAMA volt főszerkesztője, a Medscape állandó szerzőjének jegyzete

Hiszek a tudományban. Minden tőlem telhetőt megteszek azért, hogy megértsem és alkalmazzam. Sajnos a humán, társadalomtudományi vagy politikai viselkedéstudományokban nincsen hiteles tudomány. Kis szerencsével ezekből időnként hasznos művészeti forma lehet.

Egy ponton majd – hasonlóan a kezdetekhez – nem lesz többé emberi élet a Földön. Az egyetlen kérdés az, hogy ez hogyan és mikor fog bekövetkezni; illetve, hogy az emberiség saját maga fogja-e megvalósítani a kihalását, vagy valamilyen rajtunk kívül álló erő végzi ezt el. Az én életem alatt az emberiség az egzisztenciális fenyegetések teljes trilógiájával nézett szembe.

A nukleáris eredetű kihalásunk lehetősége 1945 óta áll fenn, amikor is az USA ledobta az első és második atombombát a második világháború véget vetése érdekében. Dicséretre méltó mind egyéni, mind csoportos szinten, hogy azóta egyetlen nemzet sem alkalmazott közvetlenül nukleáris fegyvert. Ám a fenyegetés állandóan jelen van. Biztató az idén január 3-án aláírt egyezmény, amiben a világ öt vezető hatalma (USA, Kína, Oroszország, Franciaország, Nagy-Britannia) kijelentette, hogy nem fog nukleáris hadviselést folytatni.

Az emberi működés nyomán kialakult globális klímaváltozás az 1980-as évekre vezethető vissza. A felmelegedés egyre fokozódó veszélyt jelent annak ellenére, hogy széles körű tudományos dokumentáció van a kezünkben a helyzet súlyosságáról és pusztító következményeiről abban az esetben, ha nem hozunk masszív változtatásokat a magatartásunkban globális szinten. A világpolitikai folyamataink még nem mobilizálódtak sikeresen annak érdekében, hogy akár csak megállítsuk a fenyegetést – nem hogy visszsa is fordítsuk talán.

Továbbá itt van harmadiknak a Covid-pandémia. Lehett volna és még lehet is bármilyen fertőző ágens, ami a térdre kényszeríti az emberiséget. A Covid-19 egy különlegesen fondorlatos és telhetetlen evolúciós csoda; az emberiség pedig eddig még nem ért a nyomába.

A csodálatos technológiai tudományunk végül akár még nyerhet is. Ám az emberi tudás, attitűdök és viselkedés gyarlóságai és az ebből eredő tökéletlen társadalmi és politikai entitások, amik a tömeges döntéshozást irányítják, annyira megbízhatatlanok és esendők az aljas manipulációval szemben, hogy komoly kétségeim vannak egy kedvező végkimenettel kapcsolatosan.

A járvány harmadik évébe lépve, számos reakciós kormányal a „freedom über alles” zászlaja alatt, az emberiség nagy hányada csak önmagára számíthat. Az, hogy ki él túl, az anyagi helyzeten, az iskolázottságon és olyan egyéni védekezéseken múlik, mint a vakcina beadatása, a karanténba vonulás, a maszkviselés – ebben pedig nem csak „a tömegek” járnak rosszul, hanem a vitézül helyt álló, ám lerohadt egészségügyi munkaerőbázis is. A közegészségügyi és prevenció gondolkodást sokak aláásták. A régi jól ismert vonások, mint a tudatlanság, képmutatás és kapzsiság továbbra is könnyű célpontot faragnak az emberekből a belőlük politikai és gazdasági tőkét kovácsolni kívánók számára.

A „Ne nézz fel” című új film ördögi satírjában mutatja be kultúránkat és képtelenségét arra, hogy különválassa azt, ami valóban számít (a boldog, egészséges emberi életet) az összes önpusztító baromságtól. Ha a koronavírus mutációs találékonyságát vesszük, elképzelhető, hogy még Ilan Bezoar (vagy bármilyen más futurisztikus oligarcha) sem lesz képes úrhajót építeni a dollármilliárdosoknak és talpnyalóiknak, hogy azon meneküljenek el a kibomlóban lévő világtragédia elől. Hol is van a híres germafőb Howard Hughes, amikor a legnagyobb szükség van rá?

(Forrás: [WebDoki](#), 2022. február 15., a [Medscape](#) nyomán)

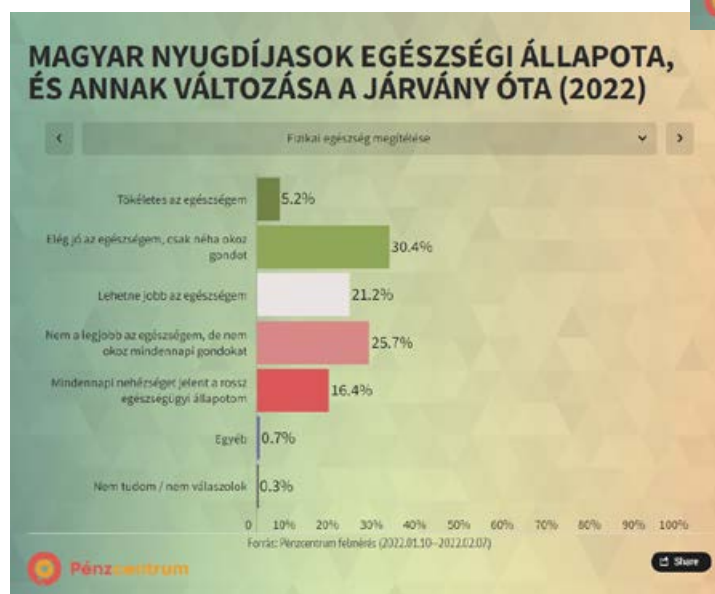
MI FOLYIK A MAGYAR RENDELŐKBEN, KÓRHÁZAKBAN?

Sok nyugdíjasnak fogalma sincs mi vár rá 2022-ben

Nagy arányban romlott a magyar nyugdíjasok egészségi állapota a koronavírus magyarországi megjelenése óta – derült ki a Pénzcentrum legfrissebb kutatásából. Minden nyolcadik nyugdíjasnak napi gondot jelent a fizikai egészségének állapota, és a mentális egészség terén sem mondható jónak a helyzet. A gyógyszereszedési szokásokat is átrajzolta a pandémia: a nyugdíjasok 34,5 százaléka több gyógyszert szed a járvány óta. Az általános közérzet is jelentősen romlott: sokan érzik úgy, hogy kimerültebbek, fásultabbak, többször szomorúak, magányosak, és hogy gyakran szoronganak.

A [Pénzcentrum kutatása](#) kifejezetten a nyugdíjasok egészségi állapotát, és annak változását vette górcső alá. Főként az idősödő korosztályt célzó online kutatásának adataiból kiderült, hogy kevés magyar nyugdíjas ítéli jónak az egészségét. Fizikai egészségét mindössze a nyugdíjas válaszadók 5,2 százaléka értékelte tökéletesnek, és 30,4 százalékuk nyilatkozott úgy: „Elég jó az egészségem, csak néha okoz gondot”. Ezzel szemben 16,4 százalékuk azt jelölte, hogy a rossz egészségi állapota mindennapi nehézségeket okoz számára.

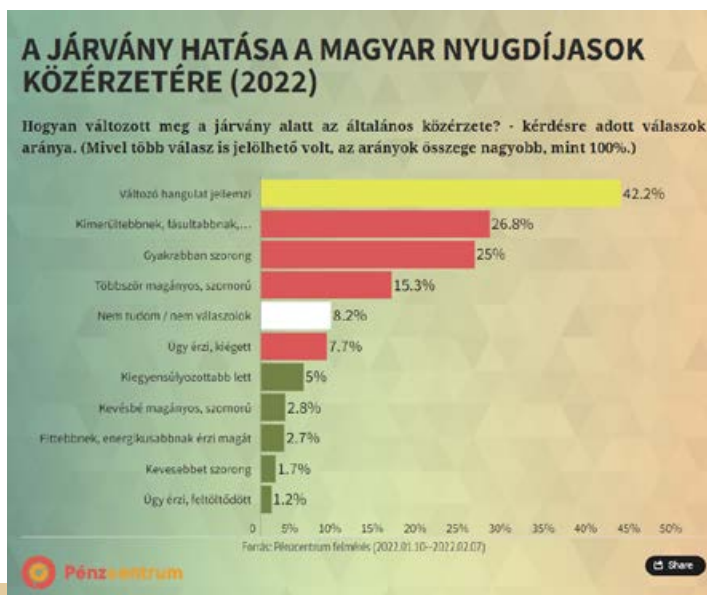
Nemcsak a fizikai, hanem a mentális egészség megítélése is inkább negatív képet fest. Bár minden második nyugdíjasnak csak ritkán, vagy egyáltalán nem jelent gondot megbirkózni lelkileg az őt érő nehézségekkel, több mint 20 százalékuknak gyakran, vagy minden nap problémát jelent az érzésekkel, és napi feladatokkal való megbirkózás. Ez nagyon nagy arány.



A kérdőívben külön kitértünk rá, hogy az elmúlt időszakban, amióta a járvány megjelent Magyarországon, tapasztaltak-e változást az egészségükben válaszadóink. Bár 51,1 százalékuknak saját bevallása szerint nem változott az egészsége, riasztó, hogy mindössze 1,6 százalékuk tapasztalt javulást, 46,4 százalékuk pedig egyenesen romlott az egészsége.

Magány, szorongás, fásultság

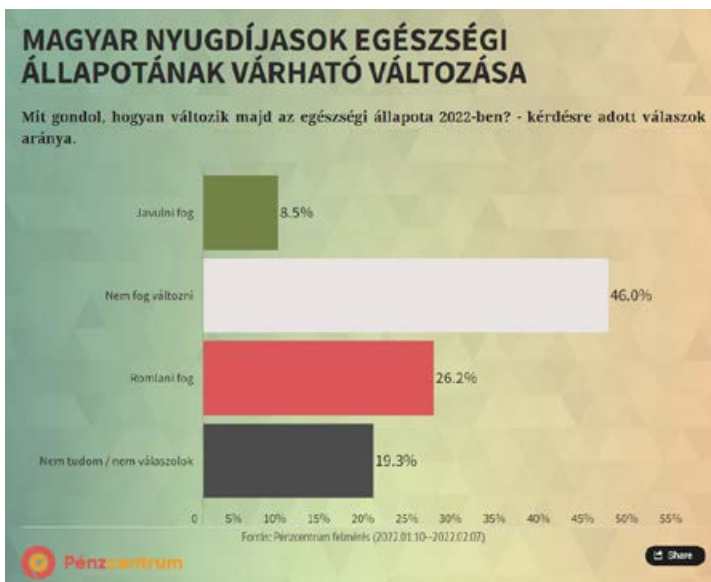
Az csak egy dolog, hogy a fizikai, és mentális állapot terén elég súlyos helyzet rajzolódik ki a magyar nyugdíjasok válaszaiból. Az általános közérzet is inkább negatív, mint pozitív irányba tolódott. A legtöbb válaszadó azt jelölte, hogy változó hangulat jellemzi a járvány óta. Sokan érzik úgy, hogy kimerültebbek, fásultabbak, többször szomorúak, magányosak, és hogy gyakran szoronganak.



Javulásról – legyen az fizika, vagy lelki egészség – nagyon kevesen számoltak be. Ilyen közérzet, és egészségi állapot, nagyarányú negatív változás tükrében nem csoda, hogy a magyar nyugdíjasok a jövőt illetően is pesszimisták.

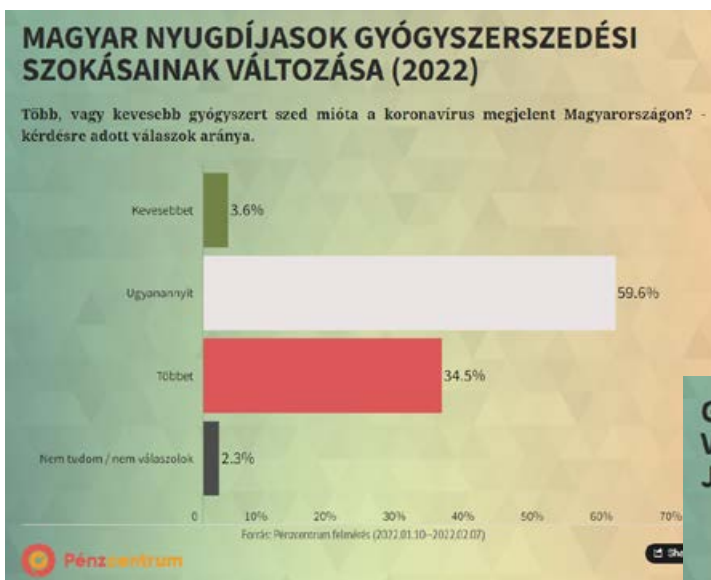
2022-ben tovább romolhat a nyugdíjasok egészsége

A felmérésünk kitért arra, hogy mit remélnek az idősek, 2022-ben fog-e javulni az egészségi állapotuk. Úgy tűnik, kevesen bizakodók: mindössze 8,5 százalékuk vár javulást az idei évtől. Azt, hogy az egészségi állapotuk romlani fog háromszor ennyien válaszolták. A nyugdíjasok nagy többsége szerint viszont nem lesz változás.



Azt is érdemes látni az adatokból, hogy nagyarányú a nem válaszolók, bizonytalanok aránya. Akár csak a 2022-es pénzügyi kilátások esetében, sok nyugdíjas feltehetően nem tudja, mit hozhat számára ez az év.

Több gyógyszer fogy, magasabb a gyógyszerkiadás



10-ből 6 nyugdíjas válaszadó gyógyszerfogyasztási szokásaira nem volt hatással az elmúlt két év, 3,6 százalékuk pedig arról számolt be: kevesebb gyógyszert szedett az elmúlt időszakban. Igen magas viszont azoknak az aránya, akik több gyógyszert szedtek. Ennek sokféle oka lehet, kezdve azzal, hogy a megelőzésként szedett vitaminok egy része is gyógyszernek minősül. Mivel sokan számoltak be romló fizikai és mentális egészségükről, új panaszokra is feltehetően sokan kaptak gyógyszeres kezelést.

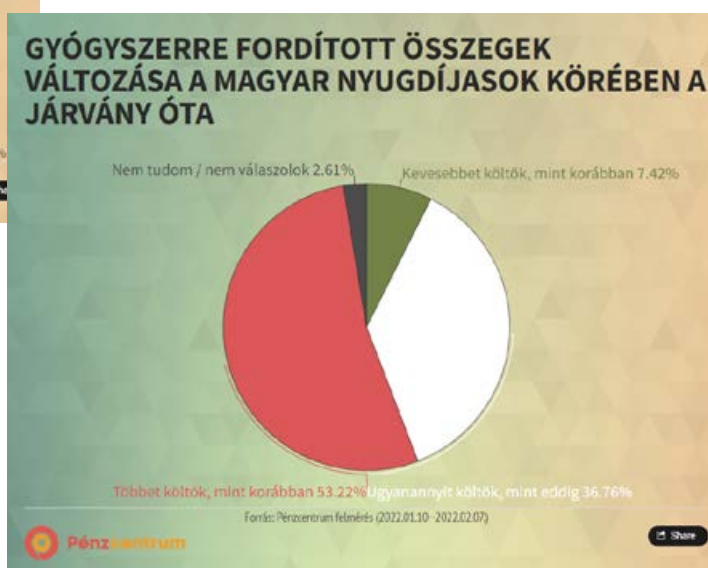
Sőt, az is rásegíthetett, hogy a lakosság több gyógyszert szed, hogy a járványhullámok alatt nem volt javallott személyesen felkeresni a háziorvost, e-receptért elég volt telefonálni. Így előállhatott egy „diktál a beteg, írja a dok-

tor” helyzet. A rengeteg egyéb teendő mellett, amelyet a járvány rájuk rótt, pedig a patikáknak és a háziorvosi szolgálatoknak is kevesebb alkalma jutott felülvizsgálni egy-egy beteg gyógyszeres terápiáját, mit lehetne elhagyni a folyamatosan alkalmazott szerek közül. Főként hogy a betegek sem jelentek meg a rendelőkben, csak amikor nem volt más megoldás.

Mindeközben hivatalos adatok szerint a támogatott vényköteles gyógyszereladás Magyarországon 568 milliárd forintot tett ki tavaly, egy év alatt 1,7 százalékos volt a bővülés, míg a korábbi években 5 százalékos növekedés volt a jellemző. Viszont az árbevétel bővülése ellenére kevesebb gyógyszer fogyott tavaly: 177 millió doboz gyógyszert adtak el a patikákban, egy évvel korábban még közel 185 millió fogyott, ami 3,9 százalékos csökkenés. A tavalyihoz hasonló dobozszámcsökkenés 2007 óta nem fordult elő.

Fontos azonban, hogy ez pusztán a vényköteles gyógyszerforgalom. A gyógyszertárak gyengébb évének hátterében az állhat, hogy tavaly többen választhattak nem vényköteles szereket, ezzel is csökkentve a háziorvossal való találkozást és a megfertőződés lehetőségét. A Hiflylabs Zrt. elemzői szerint az adatokban már érezhetően megjelenik a koronavírus 40 ezer, többnyire krónikus beteg áldozata is, aki nem váltotta ki a gyógyszereit. A fertőzés elleni szereket leszámítva minden termékcsoporthoz csökkent az eladott dobozszám – írták.

A Pénzcentrum legújabb felmérése a pénzügyi helyzetre, annak változásaira is kiterjedt. Rákérdeztünk mely termék kategóriák esetében hogyan változtak a nyugdíjasok kiadásai. A válaszadók 53 százaléka költ többet gyógyszerre jelenleg, mint a járvány előtt, arányuk tehát nagyobb, mint a több gyógyszert fogyasztóké. Ennek magyarázata az árak növekedése.



[A cikk folytatódik a Pénzcentrum weboldalon](#)

(Forrás: [Penzcentrum.hu](https://penzcentrum.hu), 2022. február 19.)

✓ SEGÉLYKIÁLTÁS A DOLGOZÓKTÓL:

A SZAKADÉK FELÉ ROBOG AZ EGÉSZSÉGÜGY

A Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara közös felhívást intézett a döntéshozókhoz és közvetett úton a betegekhez is. A 12 pontból álló javaslatcsomagjukat egy szerdai eseményen mutatták be, ahol szóba kerültek az állami ellátórendszer problémái, az ellátási hiányosságok, a Covid-járvány hatásai, a kormányzati intézkedések következményei, vagyis értékelték az elmúlt évek egészségügyet érintő folyamatait.

A megszólaló szakemberek és érdekképviselői vezetők arra figyelmeztettek, hogy a többéves orvosi béremelés csak arra volt jó, hogy ne legyen tömeges a pályaelhagyás, a magyar egészségügyi rendszer azonban már régóta egy lejtőn van, melynek vége a szakadék. Egyre kevesebb a szakember, nincs megfelelő utánpótlás, sokakat elszív a magánegészségügyi szektor és ha így megy tovább, akkor bedől a magyar közellátás. Ennek megelőzésére fogtak össze az érdekképviselők, és fogalmazták meg a legfontosabb tennivalókat. Úgy vélik ugyanis, hogy nincs vesztegetni való ideje a magyar egészségügy átalakításának.

Felborult az egészségügy rendje

Közös sajtóeseményt és akciót indított a MOK és a MESZK. **Kincses Gyula**, a MOK elnöke beszédében kiemelte, hogy egy egészségügy van és egy egészségügyi dolgozói kar van. A most bemutatott összefogás és együttműködés célja, hogy az állami egészségügyben mindenkinek tisztességes körülményeket biztosítsanak. Emlékeztetett arra, hogy a koronavírus-járvány hihetetlen terhelést és megpróbáltatást hoz mindenkinek, az egészségügynek, a dolgozóknak és a betegeknek egyaránt, ezért közös tanulásra van szükség. Fontos látni és láttatni, hogy mekkora terhelés van a kollégákon – fogalmazott Kincses Gyula és arra is kitért, hogy a betegek ellátásának minősége függ attól, hogy milyen ellátottsága van egy-egy intézménynek humánerőforrás tekintetében.

Meg kell értetni a betegekkel, hogy azért nem érik el a háziorvost, mert rengeteg a dolga és plusz adminisztrációs terheket kaptak és nem azért nem operálnak elsődlegesen a műtő orvosok az állami rendszerben, mert kivezték a hálapénzt, hanem mert átvezényelték őket a Covid-osztályra – fejtette ki az orvosi kamara elnöke, aki szerint a Covid miatt a normál munkarendet biztosító struktúrák szétzilálódtak.

Azzal kapcsolatos kérdéseinkre, hogy a hálapénz kivezése játszhatott-e szerepet a teljesítmény visszaesésében, a MOK elnöke úgy válaszolt, hogy az ellátási hiányosságok

alapvetően a Covid-járvánnyal függnek össze, nem elsősorban a hálapénzzel kapcsolatos motivációk változásával. **Svéd Tamás** aneszteziológus és intenzív terápiás szakorvos, a MOK titkára válaszában elismerte, hogy a hálapénz megszüntetése okozhatott teljesítménycsökkenést, de ez egy rossz motivációs rendszer volt, amit ki kellett vezetni. Az átmeneti időszakban van teljesítménykiesés emiatt, ezt korábban is elismertük, de vannak ennél sokkal nagyobb rendszerhibák – mutatott rá. **Álmos Péter**, a MOK alelnöke pedig azt emelte ki, hogy azokon a területeken is ellátáshiány van, ahol korábban sem volt hálapénz. Egy korábbi kijelentésében pedig azt hangoztatta, hogy az egészségügyben dolgozók nem dobták el a szikét és a fonendoszkópot.

Rengeteget dolgoznak, de erről a külső megfigyelőknek nincs sok információjuk, mert a rendszerben nincs átláthatóság – tette hozzá a MOK alelnöke.

Svéd Tamás később ehhez még annyit tett hozzá, hogy a kórházakra nehezedő Covid-terhelés hullámokban jelentkezik ugyan, de folyamatos. A kórházi osztályokat a hullámok között nincs idő visszaalakítani a normál ellátás érdekében, ez is befolyásolja a kapacitásokat.

És azt sem szabad elfelejteni, hogy egyre többen teljesítenek szolgálatot az oltópontokon.

A szakemberek az állami egészségügyre jellemző rövid és hosszú távú problémákról is részletesen beszéltek:

- **Rövid távon** érinti a rendszert a Covid-ellátás, az oltópontok, az emiatt bekövetkező átvezénylések, a béremelések és juttatások hiányosságai, a kollégák megfertőződése, ami miatt kiesnek a munkából.
- **Hosszabb távon** pedig a struktúraátalakítás, valamint a finanszírozás felülvizsgálatának szükségességéről beszéltek.

Balogh Zoltán, a MESZK elnöke úgy vélekedett, hogy a szakmai érdekképviselők tudják, hogy mi lenne jó a magyar egészségügyben és milyen irányba kellene fejleszteni, de eddig ezek a szempontok nem érvényesültek kellő hangsúllyal. Ezért a MOK és a MESZK által most megfogalmazott 12 pontban található intézkedéseket el kell indítani.

Ezek nélkül nem lehet hatékony és hatásos egészségügyi rendszert működtetni – mondta.

A legnagyobb gond: nincs elég szakember

Álmos Péter kiemelte azt is, hogy a humánerőforrás-krisis az ágazatban nem szűnt meg, sőt az elmúlt időszakban

ez csak fokozódott. Ennek vannak számbeli lecsapódásai, hogy kevesebb a szakember, mert például átmennek a magánegészségügybe. És relatív is lehet ez a szakemberhiány, mert például a sebészek máshol teljesítenek szolgálatot az állami rendszerben, és így a műtéti várólisták is növekednek. Arról is beszélt, hogy a bérrendezéssel az orvostársadalom kapott egy nagy lehetőséget, melynek köszönhetően az orvosok nem hagyták el tömegesen az állami rendszert, de érzékelhető, hogy a magánellátást is sokan választják. Közben pedig azt sem szabad elfelejteni, hogy az alapellátásban is óriási problémák vannak.

Meglátása szerint nem lehet a GDP 4–5%-ának megfelelő forrásból olyan egészségügyet fenntartani, ami más országokban magasabb összegből áll elő. Egyúttal hiányolta, hogy nincs bevonva a szakma a struktúra átalakítás folyamatába.

A járványkezelés megmutatta, hogy mi a legnagyobb probléma az egészségügyben: szakmai döntések helyett politikai döntések születnek – vélekedett. Elhangzott az is az érdekképviseleti vezetők részéről, hogy az egészségügy elindult egy lejtőn, melynek a vége egy szakadék.

Svéd Tamás úgy fogalmazott: Nem lesz figyelmeztető akció, mert ha így megy tovább, akkor egyszerűen bedől a közellátás. Sok szakember nyugdíjba vonul, kiöregednek, nincs megfelelő utánpótlás, sokan elhagyják a pályát idő előtt, mert nem megfelelőek a körülmények, sokan pedig a magánellátásba vonulnak. Jelenleg egy mintegy 180 ezres közösség alkotja az egészségügyben dolgozók csoportját Balogh Zoltán elmondása szerint. Arról is beszélt, hogy korábban 10-ből 8 kolléga kérte a tovább foglalkoztatását a nyugdíj elérésekor, most azonban 1-2 ilyen eset jellemző a 10-ből.

A szakdolgozók esetében megvalósított béremelés sem olyan hatású, aminek minden kolléga örül – hangzott el. Egyes intézmények ugyanis a béremelést beépítik a szakdolgozók bérébe, de ezzel párhuzamosan megszüntetnek egyedi bérkorrekciókat, amit intézményi jogkörben adtak eddig. Sokaknak így valójában nem jut magasabb fizetés a gyakorlatban a központi béremelés ellenére. Nem kizárt ugyanis, hogy az intézményvezetők a bérekre kapott központi forrásokból építik le a kórházi adósságokat.

Álmos Péter szerint az egészségügyi dolgozók azért is választják a magánellátást, mert az kiszámítható pályaképet ad, nem így az állami rendszer. A béremelés szerinte nem oldott meg minden problémát.

12 pont

Javaslatcsomagot is letett az asztalra a két szervezet, ami egyfajta újabb segélykiáltásnak is nevezhető értékelésük szerint.

1. A szakdolgozók bérének érdemi emelése az orvosok béréhez arányaiban illeszkedő módon. Ez növeli a szakdolgozók társadalmi megbecsülését és biztosítja az utánpótlást.

2. Kiszámítható jövőkép az egészségügy minden dolgozója számára, ehhez szakdolgozói életpályamodell bevezetése.
3. A járványkezelés eddigi gyakorlatának szakmai szervezeteket bevonó elemzése. Fontos, az őszinte, szembenéző és nyilvános elemzés a hibák feltárása, és jövőbeni elkerülése érdekében.
4. Szükség van a járványkezelés adatainak széleskörű nyilvánosságra hozatalára, úgy a lakosság járványtudatosságának javítása, mint a megalapozott szakmai döntések meghozatala érdekében.
5. A közegészségügyi – járványügyi rendszer szervezeti megerősítése, az ÁNTSZ eredeti szervezetének és jogosítványainak visszaállítása.
6. Az egészségügy depolitizálása, szakpolitikai kérdésként kezelése. A szakmai intézmények döntéseire nem nehezédhet politikai utasítás, nyomás.
7. Az ellátórendszer szerkezetének és finanszírozásának hozzáigazítása a megváltozott szükségletekhez és szakmai, tudományos fejlődéséhez. Az elkerülhetetlen finansziális és szerkezeti átalakítás transzparens előkészítése, a titkosított reformtervek publikussá tétele.
8. Az új finanszírozási és szabályozási rendszernek az értékalapú egészségügy elvein kell alapulnia, beleértve a minőségkontroll elindítását és a protokollok és minimumfeltételek megújítását és naprakészen tartását.
9. Az ügyeleti rendszer és az ügyeleti bérezés rendbetétele a folyamatos betegellátás érdekében, mind az alapellátás, mind a kórházi ellátás terén, a MOK és a MESZK által javasolt elvek érvényesítése.
10. A műszak átadás-átvétel idejének anyagi ellentételezése a megszakítás nélküli munkarendben dolgozók számára.
11. A 13. havi cafeteria és illetményrendszer bevezetése a szakdolgozók körében. Továbbá az egészségügyi ágazati gyógyszer program elindítása: akik egy életen át gyógyítottak, ápoltak, beteget láttak el, nyugdíj után ne kerülhessenek olyan helyzetbe, hogy nem tudják kifizetni a gyógyszereiket.
12. A közfinanszírozott és a magánegészségügy szabályozott együttműködését kell megvalósítani. Egy, közös egészségügyre van szükségünk, a közellátás megfelelő szinten tartásával, a köz- és magán jól szabályozott, egymást segítő együttműködésével.

A fentiek érdekében azonnali szakmai párbeszédre, tárgyalások megkezdésére és intézkedésekre van szükség, mind a járványkezelés hatékonyságának javítása, mind pedig a közellátás működőképességének megtartása érdekében – olvasható a felhívásban.

Mindezek deklarálását erkölcsi kötelességünknek tartjuk egyrészt a járvány során elhunyt több, mint 40 000 honfitársunkkal, másrészt minden jelenlegi és eljövendő betegünkkel szemben – teszik hozzá.

(Forrás: [Portfolio.hu](https://portfolio.hu), 2022. február 2.)

KISHÍREK... KUTATÁSOK



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

belgyógyász, diabetológus,
orvos-főszerkesztő

+ AZ IMMUNSZUPPRESSZIÓS NANOTERÁPIA A DIABÉTESZ GYÓGYÍTÁSÁHOZ VEZETHET

A Northwestern Egyetem kutatói nanorészecske-bejuttató rendszert fejlesztettek ki egy általános immunszuppresszív gyógyszerhez, amely növeli a hasnyálmirigy-szigetek transzplantációjának a sikerét. Segítségével a beültetett sejtek hosszabb időn át életképesek maradhatnak 1-es típusú cukorbetegekben.

A technológia célja hogy kilökődést gátló gyógyszer az immunrendszer antigénképző sejtjeire hasson, nem pedig az immunrendszer hatékonyságát biztosító T-sejtekre. Ez szelektív immunszuppressziót eredményez, kevesebb mellékhatással és hosszabb távú életképességet az átültetett Langerhans-szigetek esetében, amelyeket jellemzően megtámad és elpusztít az immunrendszer. A kutatók azt remélik, hogy a technológia megnyithatja az utat a Langerhans-szigetek szélesebb körű transzplantációja előtt, de növelheti más szövetek és szervek átültetésének lehetőségét is.

A hasnyálmirigy-szigetsejtek átültetésének a fő akadály a átültetett szövet immunkilökődése. Ezen kíván segíteni az alább részletezendő nanotechnológia.

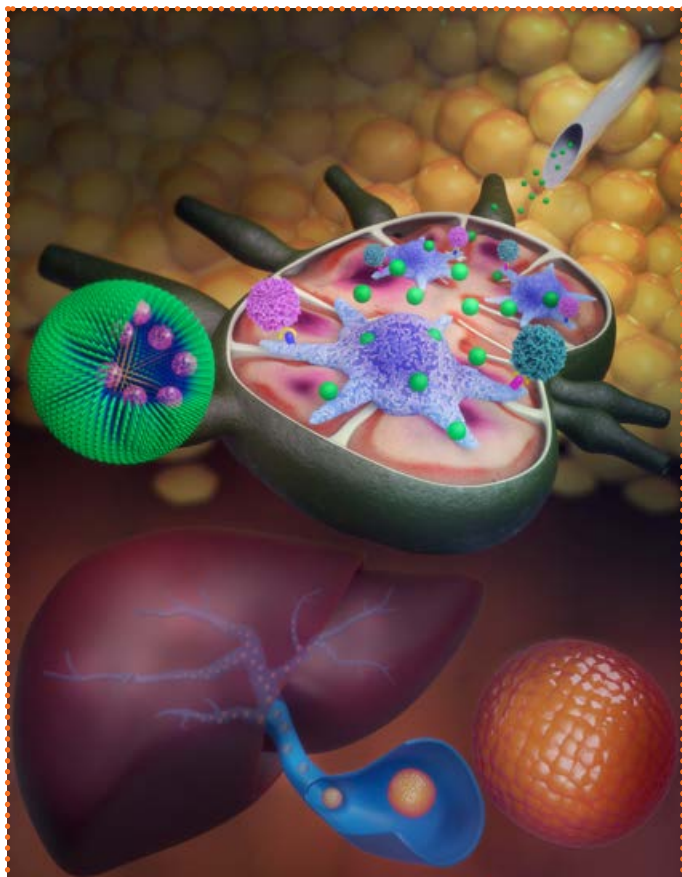
A gyakori immunszuppresszánsok, mint például a rapamicin, jelenleg nem védik megfelelően a szigeteket, legalábbis biztonságos dózisokban történő alkalmazás esetén. Az ilyen gyógyszerek mellékhatásaival nehezen lehet együtt élni, beleértve a fertőzésekkel, például a COVID-19-cel szembeni csökkentett immunvédelmet. „A rapamicin széleskörű mellékhatásainak elkerülése érdekében a kezelés során a gyógyszert jellemzően alacsony dózisokban és meghatározott adagolási módokon adják be, főleg orálisan” – mondta **Evan Scott**, a tanulmányban részt vevő kutató. „De transzplantáció esetén elegendő rapamicint kell adni a T-sejtek aktivitásának szisztémás elnyomásához, aminek jelentős mellékhatásai lehetnek, például hajhullás, a száj kisebesedése és az immunrendszer általános legyengülése.”

Ennek megoldására a Northwestern Egyetem kutatói nanorészecskéket használtak, hogy a rapamicint specifikusan az immunrendszer antigénprezentáló sejtjeire irányítsák, nem pedig az általában érintett T-sejtekre. Ez kontrolláltabb immunszuppressziót eredményez, amely úgy tűnik, egyensúlyban tartja a transzplantált hasnyálmirigy-szigetek védelmét ésszerű biztonsági profillal.

„Elgondolkodtunk azon, hogy a rapamicint át lehet-e alakítani úgy, hogy elkerüljük a T-sejtek nem specifikus szuppresszióját, és ehelyett egy toleránsabb útvonalat stimuláljunk azáltal, hogy a gyógyszert különböző típusú immunsejtekbe juttatjuk?” – mondta Scott. „A megcélzott sejttípusok megváltoztatásával valóban megváltoztattuk az immunszuppresszió elérésének módját.”

A kutatók eddig olyan cukorbeteg egereken tesztelték a technikát, amelyeken hasnyálmirigy-sziget transzplantációt hajtottak végre. Meglepő módon az egerek minimális mellékhatásokat mutattak, de nem emelkedett meg a vércukruk a 100 napos kísérlet során, ami arra utal, hogy a kezelés a szigetek védelmét sikerrel biztosította. Tehát a szubkután injekcióban alkalmazott nanoterápia úgy módosítja a rapamicin immunszuppresszív mechanizmusát, hogy fokozza az átültetett Langerhans-szigetek életképességét.

(Forrás/illusztráció: Northwestern University, 2022. január 14.)



A betegeket
középpontba
helyezve

becsülve
munkatársainkat

tisztelve
versenytársainkat

a helyi
közösségekkel
együttműködve

célunk, hogy a hazánkban élők
életminősége javuljon.

ÉVSZÁZADOS
TRADÍCIÓ ÉS
NEMZETKÖZI
SZAKÉRTELEM

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

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

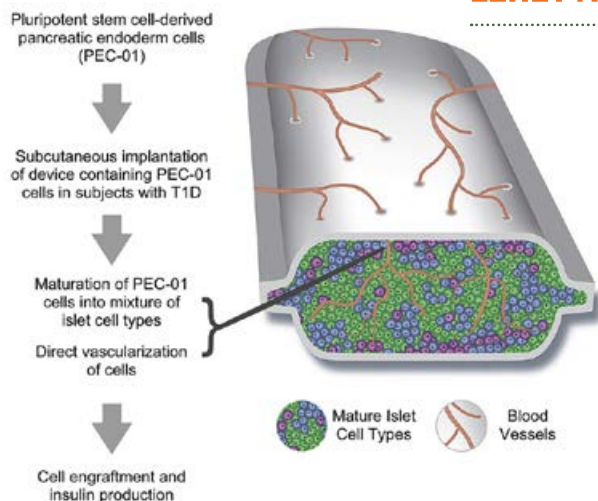
www.sanofi.hu

SANOFI  *Empowering Life*

SANOFI-AVENTIS Zrt.

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

VC-02 Macroencapsulation Device



Egy folyamatban lévő, első humán kísérlet azt sugallja, hogy az őssejtekből kitenyésztett hasnyálmirigy béta-sejtek biztonságosan beültethetők az 1-es típusú cukorbetegbe, és bizonyos esetekben beindíthatják az inzulintermelést.

Dr. James Shapiro a klinikai kísérletek vezetője irányította azon kutatók csapatát, akik a kilencvenes évek végén kidolgozták az ún. Edmonton Protokolt (erről első alkalommal 2000-ben számoltak be), melynek keretében évekig tartó sikerrel ültettek be emberi – többnyire elhunytaktól származó – hasnyálmirigy szigetsejteket 1-es típusú cukorbeteg májvénaiba.

Az új vizsgálatban ún. PEC-01 őssejteket ültettek be a bőr alá speciális nagyobb méretű nyílásokkal rendelkező kapszulákba zártan 17 C-peptid negatív 1-es típusú, 22–57 éves cukorbetegbe (8 nő, 9 férfi), lehetővé téve a sejtek közvetlen vaszkularizációját, vagyis hogy a sejtek köré benőjenek az oxigént szállító és az anyagcsere termékeket elszállító erek.

„Ezek az előzetes adatok egy folyamatban lévő első embereken végzett, 1/2 fázisú, nyílt elrendezésű vizsgálatban igazolják, hogy az 1-es típusú cukorbetegbe beültetett pluripotens őssejt-eredetű hasnyálmirigy endodermasejtek (PEC-01) szigetsejteké válnak. képesek élettanilag szabályozott módon termelni az inzulint” – írják Dr. Shapiro és munkatársai a Cell Reports-ban.

A résztvevők 63%-ánál 3 hónap múlva kimutatható volt az inzulinelválasztás egy éven át, majd eltávolították a kapszulát.

A legtöbb (27,9%) nemkívánatos esemény a sebészeti implantációval ill. az implantátum eltávolításával vagy az immunosuppresszió mellékhatásaival (33,7%) volt összefüggésbe hozható.

A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy „A kezdeti adatok azt sugallják, hogy a pluripotens őssejtek, amelyek a kívánt mennyiségű biomasszáig szaporíthatók

+ AZ ŐSSEJTEKBŐL SZÁRMAZÓ HASNYÁLMIRIGYSEJTEK LEHET A SZIGETSEJT-TRANSZPLANTÁCIÓ ALTERNATÍVÁJA

és hasnyálmirigy-szigetszerű szövétté differenciálódnak, kiszámítható, új alternatívát kínálhatnak a hasnyálmirigy-szigetek transzplantációjával szemben.”

Dr. Shapiro elmondta: „A következő lépés a kilökődés megelőzése és a túlélés javítása érdekében génszerkesztett hasonló sejtek beültetése. Terveik szerint heteken belül e sejtekkel elindítják az emberi vizsgálatokat.”

A csapat emellett folytatja munkáját inzulintermelő szigetsejtek előállításán a páciens saját vérkeringéséből származó sejtek felhasználásával. „Egy egyszerű vérminta és néhány bonyolult beavatkozás most már rutinszerűen lehetővé teszi, hogy humán inzulintermelő szigetsejteket állítsunk elő, amelyek teljesen biokompatibilisek ugyanazzal a pácienssel, így nem lesz szükség kilökődés gátló gyógyszerekre” – mondta. „Sok munka van még ezen a téren, de ez most lehetségesnek és elérhetőnek tűnik.”

Dr. Andrew Stewart, a New York-i Sinai-hegyi Icahn Orvostudományi Iskola Diabetes Obesity and Metabolism Institute igazgatója a Reuters Health-nek küldött e-mailben megjegyezte: „Ez az egyik a közelmúltban közölt vizsgálatokból, amelyek azt mutatják, hogy az őssejt felé vezet az út. A őssejt eredetű béta-sejtek felé haladunk előre, de még mindig kihívásokkal nézünk szembe, és számos problémát kell még megoldani.”

„Még bizonyítani kell, hogy az őssejtekből származó béta-sejtek teljesen differenciáltak és működőképesek maradhatnak – azaz érzékelik a vércukor szintjét és képesek a szükséges mennyiségű inzulinelválasztására, amely már elegendő lesz a normális vércukorszintek fenntartásához. Az ehhez vezető út hosszúnak tűnik és még bizonyosan évekre lesz szükség a cél eléréséhez.”

„Még mindig nem rendelkezünk jól tolerálható és tökéletesen biztonságos módszerrel az átültetett emberi szigetek vagy őssejt-eredetű béta-sejtek kilökődésének megelőzésére” – tette hozzá. „Miközben számos tudományos és kereskedelmi kutatólaboratórium dolgozik ezen, és határozottan haladnak előre, még jelentős mennyiségű további munkára van szükség a biztonságos, hatékony és jól tolerálható immunosuppressziós gyógyszerek és/vagy a továbbfejlesztett következő generációs kapszulázó eszközök kifejlesztéséhez.”

„Saját csoportom olyan gyógyszerek kifejlesztésére koncentrál, amelyek képesek a maradék béta-sejteket – melyek lényegében minden 1-es és 2-es típusú diabetesesben jelen vannak – regenerációra készíteni anélkül, hogy transzplantációra (vagy komolyabb sebészeti beavatkozásra) lenne szükség” – jegyezte meg. „Sok fronton közeledünk a célhoz, de még több folyamatban lévő munkára van szükség. A következő néhány év izgalmas lesz!”

(Forrás: [Cell Reports Medicine online, 2021. december 2.](#) via Reuters Health)

+ A MESTERSÉGES HASNYÁLMIRIGY ÉS A SENZORRAL TÁMOGATOTT INZULINPUMPA ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA 1-ES TÍPUSÚ NAGYON FIATAL CUKORBETEG GYERMEKEKNÉL

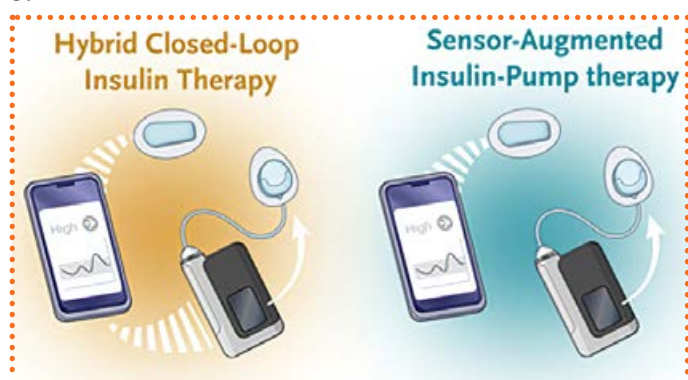
Ebben a többközpontú, randomizált, keresztezett vizsgálatban 1–7 éves, 1-es típusú cukorbeteg gyermekeket vontak be, akik inzulinpumpa kezelésben részesültek hét központban Ausztria, Németország, Luxemburg és az Egyesült Királyság területén.

A résztvevők két 16 hetes periódusban kaptak kezelést, véletlenszerű sorrendben, amelyben a zárt-hurkú rendszert (mesterséges hasnyálmirigy) összehasonlították a szenzorral kiegészített pumpaterápiával (kontroll). Az elsődleges végpont a kezeléseket közötti különbség volt a vércukor céltartományon (TIR: 3,9–10 mmol/l) belüli időtartama tekintetében mind a két 16 hetes periódusban. Az elemzés a kezelési szándék elve szerint történt. A legfontosabb másodlagos végpontok közé tartozott a hiperglikémiás állapotban (TAR: 10 mmol/l feletti vércukorszint) eltöltött idő százalékos aránya, a HbA1c, az átlagos szenzoros glükózsztint és a hipoglikémiás állapotban (TBR: 3,9 mmol/l alatti vércukrok) eltöltött idő százalékos aránya. A biztonságosságot értékelték.

Összesen 74 résztvevőt randomizáltak. A résztvevők átlagéletkora (\pm SD) 5,6 \pm 1,6 év, a kiindulási glikált hemoglobinszint 7,3 \pm 0,7% volt. A glükózsztinttel töltött idő százalékos aránya a céltartományban 8,7 százalékponttal magasabb volt a zárt-hurkú pumpahasználat periódusában, mint a kontroll időszak (szenzorral támogatott pompa használat) alatt. Az átlagos korrigált különbség (zárt-hurkú pompa mínusz kontroll) a hiperglikémiás állapotban töltött idő százalékában -8,5 százalékpont, a glikált

hemoglobinszint különbsége -0,4 százalékpont, és az átlagos szenzoros glükózsztint különbsége 0,7 mmol/l volt. A hipoglikémiás állapotban töltött idő egyforma volt a két kezelésnél. Egy súlyos nemkívánatos esemény, súlyos hipoglikémia fordult elő a zárt-hurkú időszakban, de ezt úgy ítélték meg, hogy nincs összefüggésben a kezeléssel.

A hibrid zárt-hurkú rendszer jelentősen javította a glikémiás kontrollt nagyon fiatal, 1-es típusú cukorbeteg gyermekeknél, anélkül, hogy növelte volna a hipoglikémiában eltöltött időt. Ez tehát jelentős életminőség javulást jelent a legfiatalabb 1-es típusú diabéteszes gyerekek számára.



(A kontroll pumpának az eddig nálunk forgalmazott Medtronic 640 G típusú szenzorral támogatott pumpa, a zárt-hurkú pumpának a már itthon is forgalmazott Medtronic 780 G típusú, Guardian 3 szenzorral működő inzulinpumpa felel meg – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: [N.Engl.J.Med.](#), 2022; 386:209-219)

+ A HIBRID ZÁRT-HURKÚ INZULINPUMPA ELŐNYEI A SENZORRAL EGYÜTT MŰKÖDTETETT PUMPÁVAL SZEMBEN IDŐSEBB, 1-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEKNÉL

Ausztrál kutatók egy nyílt elrendezésű, randomizált (1:1), keresztezett 2x4 hónapos vizsgálat keretében hibrid zárt-hurkú (closed loop) inzulinpumpával történő kezelést hasonlítottak össze szenzor használata mellett működtetett hagyományos inzulinpumpával 30, átlag 67 éves és átlag 38 éves diabétesz tartammal rendelkező 1-es típusú cukorbetegnek.

A folyamatos glükózmonitorozás (CGM) által határozták meg a 3,9-10 mmol/l-es céltartományban (TIR: Time in range) eltöltött időt a kétféle pompa alkalmazása kapcsán.

A hibrid zárt-hurkú inzulinpumpával a betegek vércukra a céltartományon belül (TIR) mozgott az idő 75,2%-ában, míg a szenzorral támogatott inzulinpumpával csupán az idő 69%-ában voltak a vércukrok. A zárt-hurkú pompa mellett 3,9 mmol/l alatt a vércukor a nap 24 órájában

0,5%-kal. éjjel 0,8%-kal rövidebb ideig tartózkodott, szemben a nem zárt-hurkú pompa használatával. A HbA1c szintek a zárt-hurkú pumpával 7,3, a nem zárt-hurkú pompa használatával 7,5%-osak voltak. Súlyos, de kórházi felvett nem igénylő hipoglikémia a zárt-hurkú pompa alkalmazása mellett 3, a másik pompa mellett 2 esetben fordult elő. Az adatok alapján a zárt-hurkú pompa csökkenti a hipoglikémiák gyakoriságát, főként az éjjeli órákban és így nagyobb fokú biztonságot nyújt az idősebb 1-es típusú diabéteszeseknek is.

(A zárt-hurkú pumpának hazai viszonylatban az elmúlt évtől rendelkezésre álló Medtronic 780 G típusú, a nem zárt-hurkúnak, de szintén szenzorral együtt működtetett pumpának a Medtronic 640 G típusú készülék felel meg – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2022;45(2):381–390)

+ CUKORBETEG FIATALOK ÉS FIATAL FELNŐTTEK ANYAGCSERE-VEZETÉSÉNEK TENDENCIÁI

A SEARCH for Diabetes in Youth vizsgálat kutatói fiatalok és fiatal felnőttek glikémiás kontrolljának időbeli trendjeit és az ifjúkori cukorbetegséggel kapcsolatos összefüggéseit elemezték.

A kutatásban 6.369 1-es és 2-es típusú cukorbeteg vett részt. A résztvevők vizit adatait 2002–2007, 2008–2013 és 2014–2019 közötti időszakokra, 1–4, 5–9 év közötti és 10 évnél hosszabb diabétesz tartamokra, valamint 1–9, 10–14, 15–19, 20–24 és 25 év feletti életkorokra osztva elemezték. A résztvevőknek időtartamonként és korcsoportonként egy véletlenszerűen kiválasztott vizit adatait dolgozták fel. Többváltozós regressziós modelleket alkalmaztak a hemoglobinn A1c időbeli különbségeinek vizsgálatára a diabétesz típusának függvényében. A modelleket a lakhely, az életkor, a nem, a faji/etnikai hovatartozás, a háztartás jövedelme, az egészségbiz-

tosítási státusz, az inzulinkezelés és a cukorbetegség időtartama szerint igazították minden diabétesz tartam és életkor csoportban.

A korrigált átlagos HbA1c szint az 1-es típusú fiatal diabéteszesek csoportjában a 2014–2019-es időszakban 8,8% volt. Az 1-es típusú fiatal cukorbeteg 10–14, 15–19 és 20–24 éves korcsoportjában a 2014–2019-es periódusban rosszabb volt az anyagcsere-vezetés minősége, mint 2002–2007 között. A faji/etnikai hovatartozás, a háztartás jövedelme és a kezelési rendszer terén jelentős különbségeket találtak a glikémiás kontrollban az 1-es típusú diabéteszeseknél a 2014–2019-es időszakban.

A 2-es típusú fiatal cukorbeteg 10–14, 15–19 és 20–24 éves korcsoportjában a 2014–2019-es periódusban rosszabb volt az anyagcsere-vezetés minősége, mint a 2002–2007 közötti időszakban. A 2-es típusú cukorbeteg 10–14, 15–19 és 20–24 éves korcsoportjában a 2014–2019-es periódusban rosszabb volt az anyagcsere-vezetés minősége, mint a 2002–2007 közötti időszakban. A 2-es típusú cukorbeteg 10–14, 15–19 és 20–24 éves korcsoportjában a 2014–2019-es periódusban rosszabb volt az anyagcsere-vezetés minősége, mint a 2002–2007 közötti időszakban.



zési módok változása összefüggést mutatott az anyagcsere minőségével.

Az adatok arra utalnak, hogy hiába látható óriási fejlődés a diabéteszes technológiák és kezelési módok területén az elmúlt 15 évben, hiába tűztek ki alacsonyabb vércukor- és HbA1c célértékeket, a fiatal cukorbeteg anyagcsere-vezetése nem hogy javult volna, de inkább romlott.

(Forrás: *Diabetes Care*, 2022;45(2):285–294)

+ AZ ÉTKEZÉSI INZULINADAGOLÁS PROBLÉMÁJÁNAK VIZSGÁLATA 1-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZES FELNŐTTEK ÉS CUKORBETEG GYERMEKEK SZÜLEI ESETÉBEN

Az étkezési inzulinadagolás folyamatos kihívást jelent az 1-es típusú felnőttek és gyerekek számára. Ez a multinacionális, online tanulmány az attitűdök feltárását tűzte ki célul az étkezési inzulinadagolás körüli viselkedés és különösen az étkezési adagok beadásának időzítése tekintetében.

A vizsgálatban, melynek anyagát online gyűjtötték 2019 november és 2020 március között, 9 országból összesen 2.711 személy vett részt, akik között 1.401 1-es típusú diabéteszes felnőtt, 350 15 évesnél fiatalabb cukorbeteg gyerek szülője és 960 kezelő orvos volt. Jóllehet a megkérdezettek túlnyomó többsége (96%) fontosnak tartotta az étkezés előtti pontos inzulinadagolást (NovoRapid, Apidra és Humalog inzulint alkalmaztak) és azt, hogy ez étkezés előtt 15–20 perc-

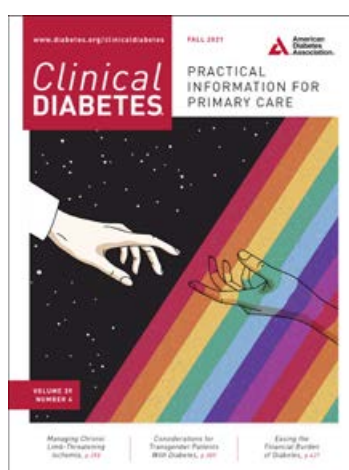
cel történjen, csupán kisebb hányada (35%) számolt be arról, hogy biztosan képes megállapítani az étkezési inzulin megfelelő adagját. Ha azt a lehetőséget felajánlanák, hogy közvetlenül étkezés előtt vagy étkezés közben, ill. után adják be az inzulint, a résztvevők túlnyomó többsége ezt választaná, mivel ezzel javulhatna az életminőségük.

Az 1-es típusú diabéteszes felnőttek 91, a gyerekek szüleinek 97%-a

komoly kihívásnak minősítette az étkezési inzulin adását. A felnőttek 91, a szülők 92%-a legalább egy-egy alkalommal aggódását fejezte ki az étkezés utáni vércukrok alakulásával kapcsolatban. A felnőttek 67, a gyerekek szüleinek 72%-a előnyben részesítené a közvetlen étkezés előtti vagy étkezés közbeni inzulin adást, mint életminőséget javító tényezőt.

(Saját tapasztalatom szerint a gyors hatású analóg inzulinra váltó 1-es és 2-es típusú betegek többsége először közvetlenül az étkezés előtt adja be az inzulint és csupán a magas, étkezés utáni vércukorértékekre történő rákérdezésnél számolnak be az inzulinadás téves időzítéséről, ami a minden inzulinváltás esetén szükséges edukáció fontosságára hívja fel a figyelmet – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: *Clinical Diabetes*, 2021/4. pp. 347–357)



+ EGY ÚJ HUMÁN MONOKLONÁRIS ANTITEST, A BIMAGRUMAB HATÁSA A VÁZIZMOKRA ÉS A ZSÍRSZÖVETRE 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZESEKNÉL

Egy új humán monoklonális antitest, a bimagrumab blokkolja az ún. II-es típusú aktív receptorokat, miáltal segíti a vázizomzat növekedését és a zsírszövet csökkentését, valamint az inzulinrezisztencia csökkentésével javítja az anyagcsere helyzetet 2-es típusú diabéteszben.

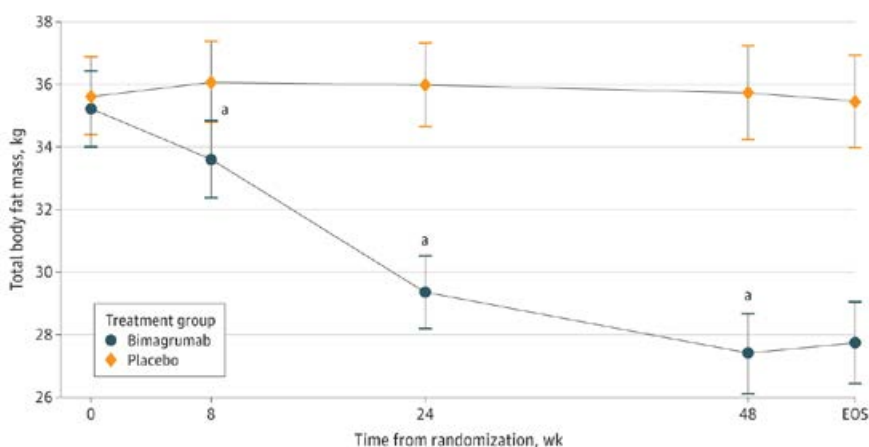
Egy 2-es fázisú randomizált klinikai vizsgálatban 75, 28–40 (átlag 32,5) kg/m² közötti testtömegindex-szel rendelkező 2-es típusú cukorbeteg részesült 48 héten keresztül placebóval kontrollált vizsgálatban. A betegek HbA1c szintje 6,5–10% között (átlag 7,8%) volt. A betegek fele 4 hetente 5%-os glükóz oldatban bimagrumab-ot kapott 10 mg/kg-tól 1200 mg/kg-ig terjedő mennyiségben, a kontrollok csupán glükóz oldatot. A kezelést kiegészítették diétás tanácsadással és rendszeres fizikai aktivitással.

A bimagrumabot kapóknál a kontrollokhoz képest a testzsír 20,5%-kal (7,5 kg-mal) csökkent, az izomtömeg 3,6%-kal (1,7 kg-mal) nőtt – a kontroll

ágon 0,8%-kal (0,8 kg-mal) csökkent – a derékkörfogat 9 cm-rel, a HbA1c szint 0,76%-kal csökkent. A testsúlycsökkenés a két csoportban 6,5%-os (5,9 kg), ill. 0,8%-os (0,8 kg) volt. A bimagrumab a korábbi vizsgálatokkal egyezően biztonságos és tolerálható volt.

Az eredmények tükrében úgy tűnik, hogy a bimagrumab révén új típusú gyógyszerkészítmény szolgálhatja a 2-es típusú diabéteszesek hatékonyabb kezelését.

(Forrás: [JAMA Netw. Open.](#), 2021;4(1):e2033457.)



+ AZ ELHÍZÁS GYÓGYSZERES KEZELÉSE HETI 1X 2,4MG SEMAGLUTID INJEKCIÓVAL

A vizsgálat keretében arra voltak kíváncsiak, hogy 20 hetes semaglutid kezelést követően 48 héten át a semaglutid adás folytatása, ill. placebó alkalmazása mellett hogyan alakult a testsúly.

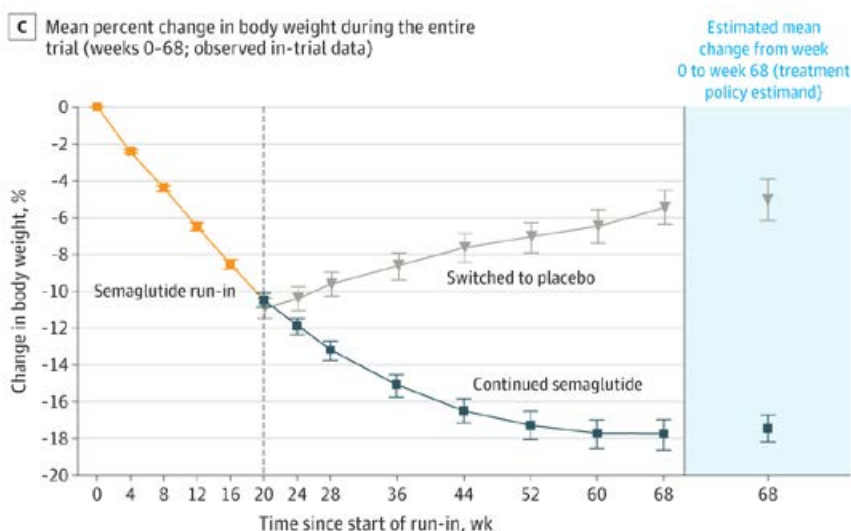
Tíz ország 73 központjában összesen 803 átlag 46 éves (79% nő) 30 kg/m² feletti testtömegindex-szel rendelkező (átlagos súly 107.2 kg) nem cukorbeteg személyt kezeltek 20 héten keresztül heti 2,4 mg semaglutid injekcióval. Az elért súlycsökkenés a kiindulási súly 10,6%-a volt. Ezt követően 2:1 arányban randomizálták őket és vagy semaglutidot vagy placebót kaptak további 48 héten keresztül. Ezen követési idő után a semaglutidot kapók testsúlya további 7,9%-kal csökkent, a placebót kapóké viszont 6,9%-kal nőtt. A semaglutidot kapók 49, a placebót kapók 26%-a számolt be gyomor-bélrendszeri mellékhatásokról.

Összegezve: a 68 héten keresztül semaglutidot kapó személyek átlagos testsúlycsökkenése meghaladta a kiindulási súly 18%-át.

(Magyarországon a semaglutid 0,25, 0,5, ill. 1 mg-os adagjaival kezeljük Ozempic-vel cukorbetegségeinket 70%-os támogatással – havonta 10.740 Ft költségvonzattal –, cukorbe-

tegek még naponta adhatják 0,6–1,8 mg-os adagban a liraglutidot Victosa néven szintén 70%-os támogatással, a nem diabéteszes elhízottak számára a napi 0,6–3,0 mg-os adagban alkalmazható, nem támogatott liraglutid áll rendelkezésre Saxenda néven – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: [JAMA](#), 2021;325(14):1414-1425.)



+ HETI 1X SEMAGLUTID VS. NAPI 1X LIRAGLUTID HATÁSA

Túlsúlyos vagy elhízott, nem cukorbeteg felnőttek testsúlyára

A mostani vizsgálatot megelőzően 3. fázisú vizsgálatok keretében nem hasonlították össze a GLP-1 agonista semaglutidot és a liraglutidot a nem cukorbeteg felnőttek testsúlyának csökkentése szempontjából.

A STEP8 nevű randomizált, nyílt, 68 hetes, 3b fázisú vizsgálatot az Egyesült Államok 19 központjában végezték 2019 szeptembere és 2021 májusa között 338 nem cukorbeteg személlyel (átlagéletkor 49 év, 78%-ban nő, átlag testsúly 104 kg, átlag testtömeg index 37,5 kg/m²). A résztvevőket véletlenszerűen (3:1:3:1 arányban) úgy osztották be, hogy vagy hetente egyszer 2,4 mg semaglutid injekciót kapjanak (126 személy esetében 16 héten át

fokozatosan emelkedő adagban érték el a maximális dózist), ill. megfelelő placebót, vagy napi egyszeri 3 mg liraglutidot kapjanak (127 személynél 4 hét alatt érték el a maximális adagot), ill. megfelelő placebót. Minden résztvevőnél azonos csökkentett kalóriájú étrendi kezelést és fizikai aktivitást is alkalmaztak. Azok a résztvevők, akik nem tolerálták a 2,4 mg semaglutidot, 1,7 mg-ot kaphattak, akik pedig nem tolerálták a 3,0 mg liraglutidot, abbahagyták a kezelést és újrakezdheték a 4 hetes titrálást. A placebo-csoportokat (összesen 85 személyt) egyesítették. 319-en (94,4%) fejezték be a vizsgálatot, 271-en (80,2%) pedig a kezelést. Az átlagos súlyváltozás a kiindulási értékhez képest semaglutiddal $-15,8\%$ volt szemben a liraglutiddal $-6,4\%$ -kal (a különbség $-9,4$ száza-

lékpont). A súlyváltozás az összesített placebóval $-1,9\%$ volt.

A résztvevők szignifikánsan nagyobb eséllyel értek el 10% vagy több, 15% vagy több, valamint 20% vagy több súlycsökkenést semaglutiddal, szemben a liraglutiddal (az arányok: 70,9% vs. 25,6%, 55,6% vs. 12,0% és 38,5% vs. 6,0%). A kezelést abbahagyó résztvevők aránya 13,5% volt semaglutiddal és 27,6% liraglutiddal. Emésztőrendszeri nemkívánatos eseményekről 84,1%-ban számoltak be a semaglutid és 82,7%-ban a liraglutid esetében.

Az eredmények tükrében a túlsúlyos vagy elhízott nem cukorbeteg felnőtteknél a hetente 1x adott semaglutid, összehasonlítva a naponta 1x adagolt liraglutiddal, diétás kezeléssel és fizikai aktivitással kiegészítve, szignifikánsan nagyobb súlycsökkenést eredményezett a 68. héten.

(Forrás: [JAMA, 2022;327\(2\):138-150.](#))

+ HETI 1X ADAGOLT SEMAGLUTID HATÁSA TÚLSÚLYOS KELET-ÁZSIAI FELNŐTTEKNÉL

Dél-koreai és japán elhízott 20 év felettek esetében vizsgálták a heti 1x2,4 mg semaglutid hatását a testsúlycsökkentés szempontjából.

Mivel az ázsiai lakosságban az európaihoz viszonyítva eltérő a testösszetétel, ezért már a 27 kg/m² feletti testtömegindex-szel (TTI) rendelkező személyeket is elhízottnak tekintették (Kínában ez a határ 25 kg/m² feletti TTI). A vizsgált személyeknek 27 kg/m² feletti TTI esetében kettő elhízással kapcsolatos társbetegségük (magas vérnyomás, vérszír-zavarok) volt, 35 kg/m² TTI felett egy vagy több társbetegséggel rendelkeztek, köztük lehetett 2-es típusú diabéteszes is.

Ezt a randomizált, kettős-vak, placebo kontrollos 3a fázisú vizsgálatot 28 járóbeteg-klinikán végezték Japánban és Dél-Koreában. A résztvevőket véletlenszerűen (4:1:2:1) osztották be hetente egyszer 2,4 mg semaglutid vagy placebo, illetve 1,7 mg semaglutid vagy placebo adagolására, valamint életmódjavaslatokat adtak és 68 héten át figyelték a testsúlyuk alakulását. A placebo-csoportok adatait a statisztikai elemzésekben egyesítették. Az elsődleges végpont a testtömeg százalékos változása volt a kiindulási értékhez képest a 68. héten, valamint azon résztvevők aránya, akik a 68. héten legalább 5%-kal csökkentették a kiindulási testsúlyukat. A biztonságosságot minden olyan résztvevőnél értékelték, akik legalább egy adagot kaptak a vizsgálati szerből.

2019. január 21. és 2019. június 4. között 437 résztvevőt választottak ki, akik közül 401-et véletlenszerűen be-

soroltak a 2,4 mg-os semaglutid (n=199), az 1,7 mg-os semaglutid (n=101) vagy a placebo (n=101) csoportba. A becsült átlagos testtömeg-változás a kiindulási értéktől a 68. hétig $-13,2\%$ volt a 2,4 mg-os semaglutidos csoportban és $-9,6\%$ az 1,7 mg-os semaglutidos csoportban, szemben $-2,1\%$ -os súlycsökkenést mutató placebo-csoport tagjaival. A 68. héten a 2,4 mg semaglutidot kapó csoportban 193 közül 160 személy (83%) érte el az 5%-os vagy nagyobb arányú súlycsökkenést, az 1,7 mg semaglutidot kapó 98 személy közül 71 (72%), míg a placebo csoportban 100 résztvevő közül csupán 21 (21%). A hason belüli zsigeri zsír mennyisége 40%-kal csökkent a 2,4 mg-os semaglutid csoportban, 22,2%-ot az 1,7 mg semaglutidot kapók esetében és 9%-kal csökkent a placebo csoportban. A 2,4 mg-os semaglutidot kapók 86, az 1,7 mg semaglutidot kapók 82, a placebo csoportban 79%-a számolt be nemkívánatos eseményekről. A többnyire enyhe vagy közepes súlyosságú emésztőrendszeri zavarokról a 2,4 mg semaglutidos csoportból 59%, az 1,7 mg semaglutidos csoportból 64%, míg a placebo csoportban 30%-a számolt be. A vizsgált szer abbahagyásához vezető nemkívánatos események aránya a 2,4 mg-os semaglutidos csoportban 3%, az 1,7 mg-os csoportban 3%, a placebo csoportban 1% volt. A vizsgálat szerint a Kelet-Ázsiából származó, elhízott, 2-es típusú cukorbeteg vagy nem diabéteszes felnőttek esetében a heti egyszer 2,4 mg semaglutidot kapóknál klinikailag jelentős mértékben csökkent a testtömeg és a hasi zsír mennyisége.

(Forrás: [The Lancet Diabetes&Endocrinology, 2022. február 4.](#))

+ EGY DIABÉTESZES ÍRÁSA AMERIKA ABSZURD EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERÉRŐL

Sürgős hangposta üzenetet kaptam wisconsini gyógyszerészemtől a hálaadás napja előtti napon, amelyben tudatta velem, hogy a biztosításom nem hajlandó fedezni az inzulinomat. 17 napra volt elegendő a nálam lévő inzulin, mely az életben maradásom biztosítója.

1-es típusú diabéteszesként az elmúlt 10 évben soha nem kellett komolyan küzdenem azért, hogy inzulinhoz jussak. De országunk abszurd módon komplikált egészségügyi rendszere nyomán a magas inzulin árak miatt már haltak meg betegek.

Miután új munkám miatt St. Louisba költöztem, egy hét után felhívtam az új gyógyszerészt. A gyógyszerész azt mondta, hogy az új munkáltató által fizetett biztosításom nem fedezi az inzulin árát, ha nem szerzek előzetes engedélyt endokrinológustól. Már szeptember óta várok, hogy a St. Louis-i endokrinológiai rendelésre időpontot kapjak, de december 23-a előtt nem tudtak fogadni.

Az Amerikai Orvosok Szövetsége folyamatosan küzd azért, hogy szorítsák

le a világon egyedül állóan magas inzulinárakat, de a biztosítók nem a betegek biztonságában, hanem a profitban érdekeltek.

Azonnal tudtam, hogy az előzetes engedélyezés gondot okoz. Mivel szombaton értesültem az engedélyezés szükségességéről, a legjobb megoldásom az volt, hogy következő hétfő reggel felhívtam a régi endokrinológusomat, és könyörögtem a munkatársaknak, hogy mint volt páciensüknek, töltsék ki részemre a szükséges nyomtatványokat. Ekkor már csak hét napra elegendő inzulinom volt.

Másnap reggel 45 perc várok után végre eljutottam a gyógyszerészhez, aki azt mondta, hogy a biztosítóm még mindig várja az orvosom által kitöltött előzetes engedélyzési űrlapot. Négy napra való inzulin maradt.

Biztosítás nélkül a havi inzulinom ára 678 dollár lett volna havonta. Biztosítás mellett csak 50 dollárt kell fizetnem. Az előzetes engedély nélkül azonban ugyanúgy csak listaáron tudom beszerezni az inzulint, mint azok

a cukorbeteg, akiknek nincs biztosításuk.

Csütörtökön 19:30-kor újra felhívtam a gyógyszerészt, arra gondoltam, hogy kevésbé lesznek elfoglalva. Rögtön eljutottam a gyógyszerészhez, aki közölte, hogy a biztosítóm még mindig az előzetes engedélyzési űrlapra vár. Péntek reggel az orvosi rendelőmben a diabéteszes nővér azt mondta, hogy megnézi, és visszahív. Másnapra kifogynék az inzulinból.

Ekkor már a közösségi médiához fordultam és elkezdtem olyan üzeneteket kapni, amelyek mindenki számára ismerősek az úgynevezett „diabetes online közösségben”. Missouriban az emberek felajánlották a felesleges inzulinjukat. Néhányan azt javasolták, hogy menjek be a Walmartba (egy supermarket lánc) ahol egy üveg humán inzulinért csak 25 dollárt kell fizetni és recept nélkül is kiadják. Nekem viszont fogalmam sem volt, hogyan kell ezt a régi típusú inzulint biztonságosan használni.

Közben kiderült, hogy az általam használt inzulint ugyan nem fedezi az új biztosításom, azonban egy másik cég által gyártottat igen. Gyorsan hívtam a gyógyszerészt, aki közölte, hogy náluk éppen nincs ebből a fajtából, de próbálkozzak más gyógyszerészeknél. Végül a harmadikban hozzájutottam az új inzulinhoz. A régeből már csak 12 órára elegendő mennyiség maradt, viszont az új készítménnyel már megnyugodva sétáltam ki a harmadik patikából.

Mindez 17 napba és 20 telefonhívásba telt. Szerencsésnek éreztem magam. A biztosításom valóban kivételes, a közelmúlt eseményeit leszámítva. Bár órákat töltöttem a telefonálással munkaidőben, a főnököm ragaszkodott hozzá, hogy életben maradjak, mert szüksége volt a munkámra. Nagyon kitartó küzdelemre van szükség, ha az Egyesült Államok egészségügyi ellátásának labirintusában járkalok.

(Forrás: Medscape, 2022. január 25.)



+ A LIPIDCSÖKKENTŐ KEZELÉSEK KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGA FIATAL FELNŐTTEKNÉL

A fiatal (18–39 éves) korosztályban a megemelkedett LDL-koleszterinszintek a későbbi életkorban az érlelmeszesedés fokozott kockázatával járnak. Viszont ezen fiatalok többsége nem részesül koleszterinszint-csökkentő kezelésben.

A tanulmánynak az volt a célja, hogy megbecsülje az emelkedett LDL-koleszterinszintek előfordulási gyakoriságát fiatal amerikai felnőttek körében és elemezze esetükben a lipidcsökkentő kezelések költséghatékonyságát.

Az emelkedett LDL-koleszterinszintek gyakoriságát az Egyesült Államok Nemzeti Egészségügyi és Táplálkozási Vizsgálati Felmérésében vizsgálták. A lipidcsökkentő stratégia hatásaként csökkenő szív-érrendszeri megbetegedések következtében növekvő életminőséggel korrigált életéveket (QALY), egészségügyi költségeket és növekvő költséghatékonysági arányokat vették figyelembe. A standard ellátás a 40 év feletti felnőttek sztatinkezelése volt az LDL-koleszterin, az érlelmeszesedéses szív-érrendszeri vagy a diabétesz kockázat, valamint a 4,9 mmol/l feletti LDL-koleszterinszintekkel rendelkező fiatal felnőttek esetében. A közepes adagú sztatinnal vagy intenzív életmódbeli beavatkozásokkal végzett lipidcsökkentő kezelést szimulálták, a fiatal felnőttek 3,4 vagy 4,1 mmol/l feletti LDL-koleszterinszintjei esetében.

Azt találták, hogy a még szív-érrendszeri elváltozásoktól mentes fiatal felnőttek körülbelül 27%-ának 3,4, 9%-ának pedig 4,1 mmol/l fölött van az LDL-koleszterinszintje. A modell azt vetítette előre, hogy a fiatal felnőttek lipidszintjének sztatinnal vagy életmódbeli beavatkozásokkal történő csökkentése mérsékli az érlelmeszesedésre visszavezethető szív-érrendszeri betegségek kockázatát és növeli a minőségi életévek számát (QALY-t). A sztatinkezelés költségvonzata 31.000 USD/QALY volt 3,4 mmol/l feletti LDL-koleszterinszintekkel rendelkező fiatal felnőtt férfiaknál, és 106.000 USD/QALY-t tett ki az ugyanilyen értékekkel rendelkező fiatal felnőtt nők esetében. Az intenzív életmódbeli beavatkozás költségesebb és kevésbé hatékony volt, mint a sztatinterápia.

Következtetés: A sztatinkezelés nagyon költséghatékony a 3,4 mmol/l feletti LDL-koleszterinszinteknél fiatal felnőtt férfiaknál, és közepesen költséghatékony fiatal felnőtt nőknél.

(Az amerikai gyógyszerárakhoz szinte hozzá sem tudunk szólni. A magyarországi viszonyok között ezen eredmények tükrében hatványozottan költséghatékonyabb lenne a fiatalok sztatinkezelése. Ehhez persze szükség lenne fiatal felnőtt korban is rendszeres vérzsír-szűrővizsgálatokra – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: [J Am Coll Cardiol.](#), 2021;78(20):1954-1964.)

+ A SZTATINOKKAL TÖRTÉNŐ LDL-KOLESZTERINSZINT CSÖKKENTÉS MÉRTÉKÉNEK KAPCSOLATA A MÁSODLAGOS STROKE MEGELŐZÉSEL

A vizsgálók arra voltak kíváncsiak, hogy intenzív vagy kevésbé intenzív LDL-koleszterinszint csökkentés hoz-e nagyobb eredményt a másodlagos stroke kockázatának mérsékléséhez.

A kérdés eldöntésére 11 1970 és 2021 között végzett randomizált klinikai vizsgálat metaanalízisét végezték el, melyekben 20.163 stroke-ot kapott beteg (67%-uk férfi, átlagos életkoruk 64,9 év) szerepelt és részben intenzív, részben kevésbé intenzív sztatinkezelést alkalmaztak az LDL-koleszterinszint csökkentése céljából és ezek nyomán vizsgálták az újabb iszkémiás stroke kialakulásának a kockázatát. Elsődleges kimenetelnek tekintették a kiújuló stroke-ot, másodlagos kimenetelnek pedig a súlyos szív-érrendszeri eseményeket és az agyvérzéses stroke-ot.

Az átlagos követési idő 4 év volt. Az összesített eredmények azt mutatták, hogy az intenzívebb LDL-koleszterinszint csökkentő sztatinnal alapú terápia a kiújuló stroke kockázatának csökkenésével jártak, szemben a kevésbé intenzív LDL-koleszterin-csökkentő sztatinnal alapú terápiaakkal (abszolút kockázat 8,1% szemben a 9,3%-kal), ami azt jelenti, hogy a kétfajta intenzitású kezelés

(több sztatinnal és/vagy ezetimib, kevesebb sztatinnal és/vagy ezetimib) eredményessége lényegileg nem különbözött egymástól. Az intenzívebb LDL-koleszterin-csökkentő sztatinnal alapú terápia a súlyos kardiovaszkuláris események kockázatának csökkenésével, de a agyvérzéses stroke fokozott kockázatával jártak, összehasonlítva a kevésbé intenzív LDL-koleszterin-csökkentő sztatinnal alapú terápiaakkal. Azonban az intenzívebb LDL-koleszterin-csökkentő sztatinnal alapú terápia a kiújuló stroke kockázatának 21%-os csökkenésével jártak azokban a vizsgálatokban, ahol minden betegnél érlelmeszesedésre utaló jelek voltak. Ezzel szemben a kétfajta intenzitású sztatinnal alapú kezelés stroke csökkentő hatásában érlelmeszesedést nem mutató betegeknél nem találtak különbséget.

Ez a tanulmány tehát azt sugallja, hogy az intenzívebb LDL-koleszterin-csökkentő sztatinnal alapú terápia előnyei és kockázata az ismétlődő stroke kockázatának csökkentésében kedvezőbbek lehetnek, mint a kevésbé intenzív LDL-koleszterin-csökkentő sztatinnal alapú terápia, különösen az érlelmeszesedés jeleit mutató betegek esetében.

(Forrás: [JAMA Neurol.](#), published online, 2022. február 21.)

ATEROSZKLERÓZISOS BETEGEK LDL-KOLESZTERINSZINTJEINEK MEGHATÁROZÁSA

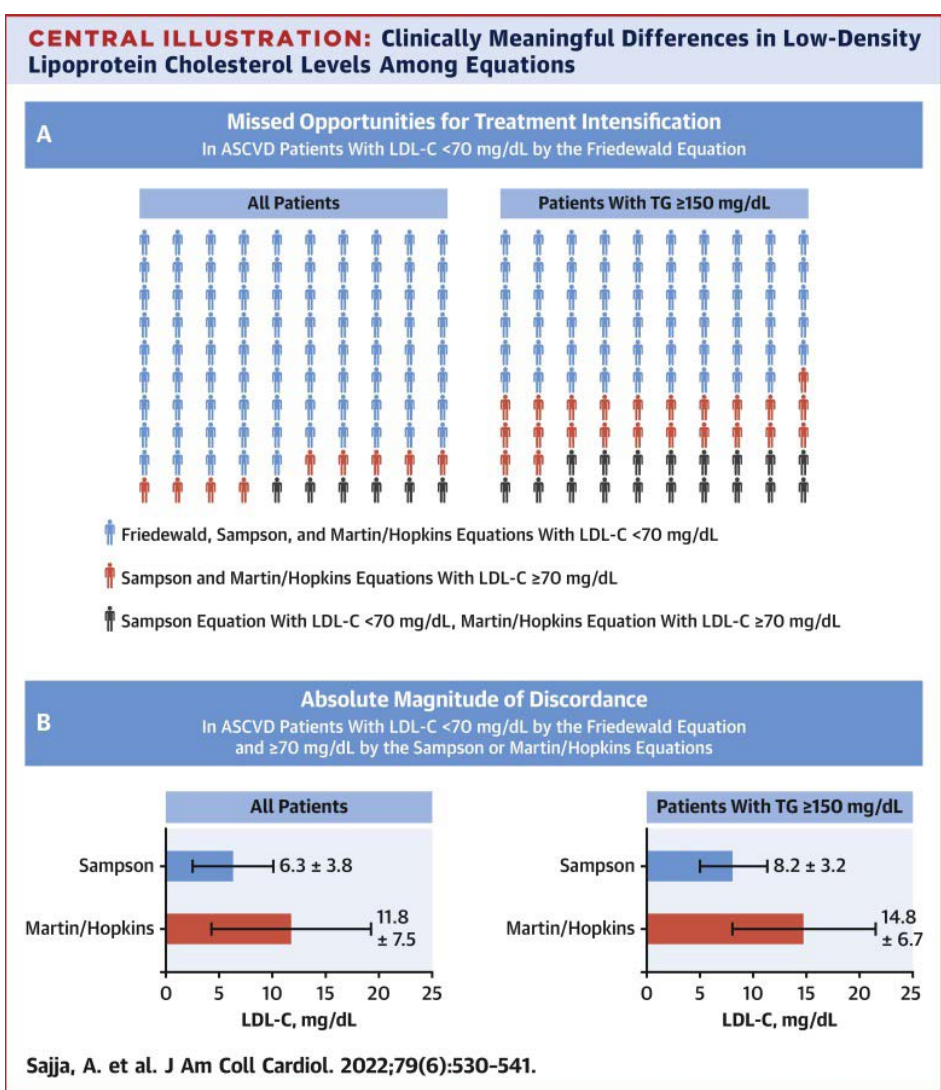
Az alacsony sűrűségű lipoprotein koleszterin (LDL-koleszterin) pontos becslése fontos a koleszterin-szint-csökkentő terápia megfelelő alkalmazásához. Jelenleg különböző módszerek léteznek az LDL-koleszterin szintek becslésére.

Ez a tanulmány a Friedewald, Sampson és Martin/Hopkins egyenletek segítségével próbálta felmérni a becsült LDL-koleszterin szintek eltérését.

A 2015. október 1. és 2019. június 30. között 4,5 mmol/l alatti trigliceridszinttel rendelkező betegek elektronikus egészségügyi nyilvántartási adatait retrospektív módon elemezték. Az LDL-koleszterint a Friedewald, Sampson és Martin/Hopkins egyenletek segítségével becsülték meg. A betegeket egybevágó kategóriába sorolták, ha az LDL-koleszterin szintje 1,8 mmol/l alatt volt az egyenletek páronkénti összehasonlítása esetén, és diszkordánsnak, ha az LDL-koleszterin 1,8 mmol/l alatt volt az egyik egyenletnél, és 1,8 mmol/l fölött az összehasonlítottánál.

A vizsgálatban 146.106 ateroszklerotikus szív- és érrendszeri beteg vett részt (átlagéletkor: 68 év; 56% férfi; 91% fehér). A Martin/Hopkins egyenlet következetesen magasabb LDL-koleszterin értékeket becsült, mint a Friedewald és Sampson egyenlet. Az eltérések aránya 15% volt a Friedewald vs. Martin/Hopkins összehasonlításban, 9% a Friedewald vs. Sampson összehasonlításban, és 7% a Sampson vs. Martin/Hopkins összehasonlításban. Az eltérések nőttek az alacsonyabb LDL-koleszterin határértékeknél és azoknál, akiknél magasabb volt a triglicerid szint. Ha a betegek triglicerid szintje meghaladta az 1,7 mmol/l-t, a Friedewald és a Martin/Hopkins számítási módot összehasonlítva a betegek 67%-ánál volt 0,2 mmol/l-nél nagyobb az eltérés. A Friedewald és a Sampson számítás összehasonlításánál az esetek 27, a Sampson és Martin/Hopkins számítás összehasonlításánál az esetek 23%-nál volt 0,2 mmol/l-nél nagyobb eltérés.

Tehát klinikailag jelentős különbségek vannak a becsült LDL-koleszterin szintekben a különböző számítási módok között, különösen 1,7 mmol/l feletti triglicerid-szinteknél és/vagy alacsonyabb LDL-koleszterin szinteknél. A



Friedewald- és Sampson-egyenletekre támaszkodva az LDL-koleszterin alulbecslését és alulkezelését eredményezheti a fokozott kockázatú betegeknél.

(Magyarországon a Friedewald formulát alkalmazzák az LDL-koleszterin-szintek kiszámításánál az alábbiak szerint: ha a triglicerid szint 4,5 mmol/l alatt van – efelett az LDL-koleszterin nem számítható ki – akkor az összkoleszterinből kivonjuk a HDL-koleszterint, ebből pedig kivonjuk a triglicerid/2,2 hányadost. Egy példával illusztrálva: Összkoleszterin: 4,8, HDL-koleszterin: 1,1, Triglicerid: 1,7. Ez esetben az LDL-koleszterin: $4,8 - 1,1 - 0,8 = 2,9$ mmol/l. Ha viszont ugyanilyen koleszterin értékeknél a triglicerid már 4 mmol/l-es szintű, akkor $4,8 - 1,1 - 1,9 = 1,8$ mmol/l-es LDL-koleszterint kapunk. Mivel cukorbetegség esetében az 1,8 mmol/l-es LDL-koleszterin szintekre kell törekednünk, első esetben elkezdjük a sztatín kezelést, második esetben pedig nem, ami által a második beteg szív-érrendszeri kockázatát növeljük – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: J Am Coll Cardiol, 2022 február 15.)

+ A 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZ GYAKORISÁGÁBAN ÉS HALÁLOZÁSÁBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁSOK A HbA1c DIAGNOSZTIKAI BEVEZETÉSÉVEL ÖSSZEFÜGGÉSBEN

2011-ben az Egészségügyi Világszervezet a glikált hemoglobint (HbA1c) javasolta a 2-es típusú cukorbetegség (T2D) diagnosztizálására. A javaslat szerint 6,5% feletti HbA1c szintek esetén állítható fel a diabétesz diagnóza. (Az Amerikai Diabetes Társaság – ADA – ezt elfogadta és az 5,7–6,4% közötti HbA1c szinteket prediabetesznek minősítette.) Hogy ez milyen következményekkel járt a T2D epidemiológiájára nézve, egy dán kutatócsoport kielemezte az országban 1995–2018 között a T2D előfordulási gyakoriságának és a halálzásnak az időbeli változásait.

Ebben a populáció alapú kohorsz vizsgálatban 415.553 frissen felfedezett T2D-s egyén adatait elemezték. Kiszámolták a T2D éves, életkorra standardizált előfordulási arányait. Megvizsgálták a HbA1c-tesztet, és Poisson-regressziót alkalmaztak a T2D-s betegek közti halálzási arány vizsgálatára, valamint az általános populációból származó, egymást követő 3 éves periódusok során összeállított összehasonlító kohorsz vizsgálatára.

1995-től a HbA1c-teszt mint diagnosztikus kritérium 2012-es bevezetéséig Dániában a T2D éves standardizált előfordulási aránya megduplázódott, 193-ról 396-ra 100.000 főre vetítve (évente 4,1%-os növekedés). 2012-től a T2D előfordulása 36%-kal csökkent, és 2018-ban elérte a 253-at 100.000 főre vetítve (évente 5,7%-os csökkenés). Ennek oka az volt, hogy kevesebb beteg kezdte meg a kezelést 6,5% alatti HbA1c mérésnél vagy előzetes HbA1c vizsgálat nélkül. A T2D diagnózist követően 1.000 személyenkénti halálzás 44%-kal csökkent 1995–1997 és 2010–2012 között, 69 halálesetről 38 halálesetre. A 2010–2012 közötti alacsony szint után 2016–2018 időszakban a halálzás ismét 27%-kal, 1.000 személyenként 48-ra emelkedett.

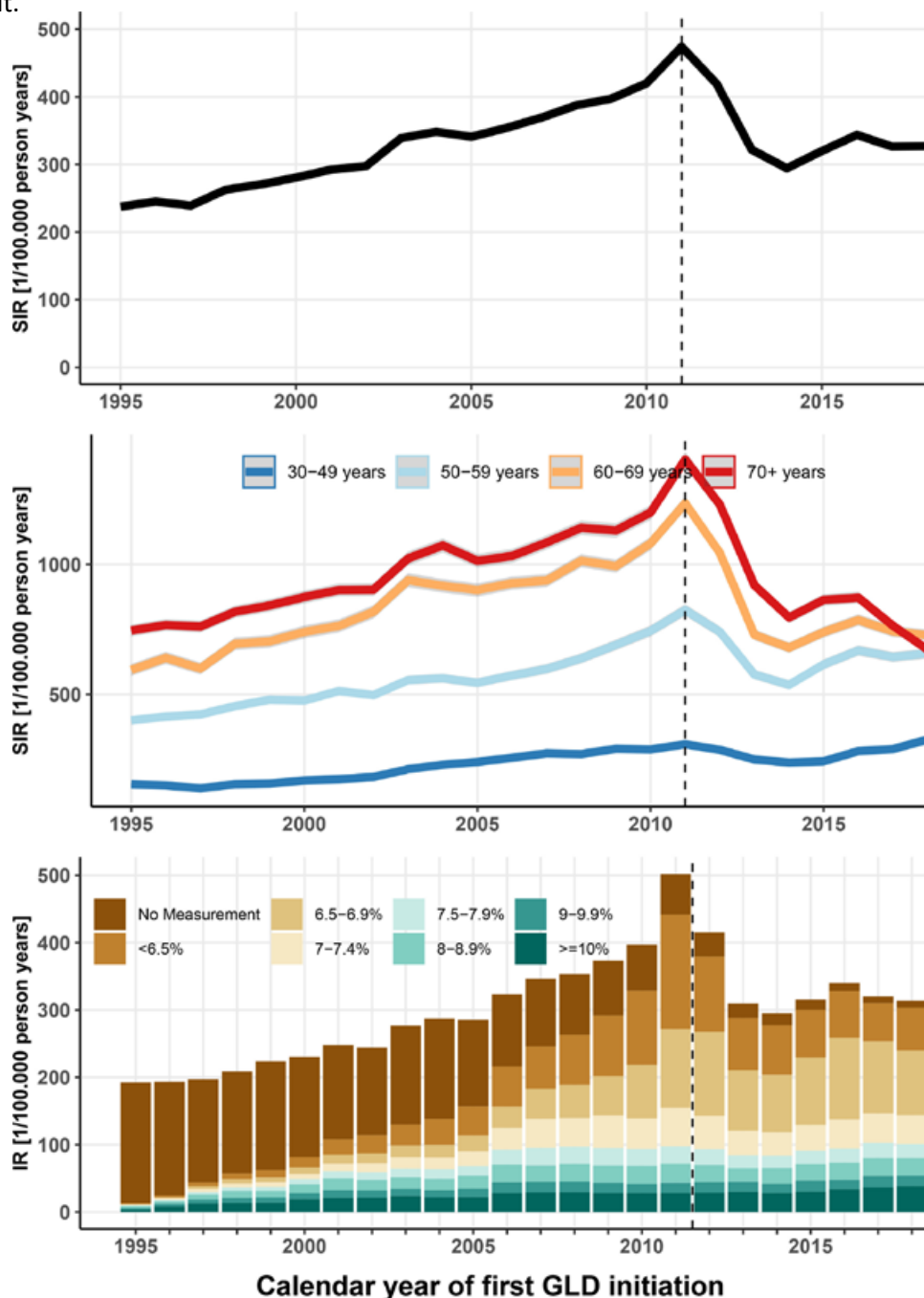
Az eredmények arra utalnak, hogy a HbA1c diagnosztikai lehetőségként történő bevezetése megváltoztathatta az alapvető T2D epidemiológiát azáltal, hogy olyan betegek jelentős hányadát nem fedezték fel, akiket korábban 2-es

típusú diabeteszesként diagnosztizáltak és kezeltek volna.

(Magunk az elmúlt évtizedben inkább csak az 5,7–6% közötti HbA1c

szintekkel rendelkezőket tekintettük prediabeteszesnek és 6% fölött – ha korábban nem történt meg – OGTT-t végeztünk, mellyel, ha a 2 óras érték 11,1 mmol/l fölött volt, felállítottuk a T2D diagnózist és kezelni kezdtük a beteget. Ez a tanulmány jól példázza, hogy a WHO és az ADA szakértői is milyen nagyokat tevéhetnek – a referáló megjegyzése.)

(Forrás: [The Lancet Regional Health - Europe, Volume 14, 2022. március](#))



⊕ AZ EGÉSZÉGES ÉLETMÓD HATÁSA A BÁRMELY OKBÓL BEKÖVETKEZŐ HALÁLOZÁSRA 2-ES TÍPUSÚ DIABÉTESZBEN

A cukorbetegség kezelési irányelveiben hét kockázatcsökkentő tényező szerepel. Ezek: nem dohányzás, mérsékelt alkoholfogyasztás, rendszeres fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás, kevésbé mozgásszegény életvitel, megfelelő alvásidő és megfelelő szociális kapcsolat.

Az Egyesült Királyság Biobankjában szereplő 13.366, a vizsgálat elején szívrérendszeri betegségtől és rosszindulatú daganattól mentes 2-es típusú cukorbeteg egyénnél keresték az összefüggést fenti életmódbeli tényezők és a bármely okból bekövetkező és ok-specifikus halálozás között. Az életmóddal kapcsolatos információkat egy alapkérdőív segítségével gyűjtötték össze.

A medián 11,7 éves követés során 1.561 halálesetet dokumentáltak, ebből 625-öt rák, 370-et szív- és érrendszeri betegségek, 115-öt légúti betegség, 81-et emésztőrendszeri és 74-et gyomor-bélrendszeri betegség okozott.

A többváltozós korrigált modellben minden életvitelbeli tényező szignifikánsan összefüggött a bármely okból bekövetkező halálozással, és az életvitellel kapcsolatos kockázatcsökkentő tényezők számával. Ha 6-7 tényező egyidejűleg fennáll – tehát minden szempontból egészséges az életvitel – a 2 vagy kevesebb fennálló tényezőhöz viszonyítva a bármely okból bekövetkező halálozás 58%-kal, a rákos halálozás 43%-kal, a szív-érrendszeri halálozás 65%-kal, a légúti halálozás 74%-kal, az emésztő szervi halálozás 72%-kal csökkent. Az egészséges életmód és a teljes halálozás közötti összefüggés konzisztens volt, függetlenül a cukorbetegség súlyosságát tükröző tényezőktől (a cukorbetegség időtartama, a glikémiás kontroll, a cukorbetegséggel összefüggő kísérő betegségek és a cukorbetegséggel gyógyszeres kezelése). Vagyis az egészséges életmód a 2-es típusú cukorbeteg körében meghatározóan alacsonyabb halálozási kockázattal járt.

(Forrás: *Diabetes Care*, 2022;45(2):319–329)

⊕ A TALPI FEKÉLY ÉS AZ ALSÓ VÉGTAJI AMPUTÁCIÓ KOCKÁZATA

A (híres) Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study (DCCT/EDIC) résztvevői körében

A DCCT és folytatásaként az EDIC vizsgálat bebizonyította, hogy a jobb anyagcserét eredményező intenzív glikémiás kontroll (intenzív inzulinterápia) csökkenti a vese-, szem- és neurológiai szövődmények kockázatát az 1-es típusú cukorbetegségben, de nem ismert, hogy csökkenti-e az alsó végtagi szövődmények kockázatát is. Megvizsgálták, hogy a DCCT/EDIC intenzív és hagyományos inzulinkezelésen lévő 1-es típusú diabéteszes résztvevői körében csökkent-e a diabéteszes talpi fekélyek és az alsó végtagi amputációk hosszú távú kockázata az anyagcsere vezetés minőségének a függvényében.

A DCCT-ben résztvevő 1-es típusú 1.441 diabéteszes átlagosan 6,5 évig volt intenzív vagy „hagyományos” (napi 1-2-szeri) inzulinkezelésen, majd 1.408-an az EDIC keretében már mind intenzív inzulinadást folytattak. Huszonhárom éven keresztül évente fizikális vizsgálatot követtek őket diabéteszes talpi fekély és alsó végtag amputáció szempontjából is.

Az intenzív inzulinkezelés szemben a „hagyományossal” 23, ill. 30%-kal csökkentette a talpi fekély, ill. az alsó végtag amputáció kockázatát. A módosított Cox-modellekben a klinikai neuropátia, az alacsonyabb idegvezetési sebesség és a kardiovaszkuláris autonóm neuropátia magasabb talpi fekély és alsó végtag amputáció kockázattal járt együtt. Fokozta a kockázatot a csökkent (60 ml/perc/1,73 m² alatti) eGFR, az albuminuria és a makula ödéma, valamint a magasabb HbA1c szint is.

Tehát a korai intenzív, alacsonyabb HbA1c szinteket eredményező inzulinterápia csökkenti hosszú távon a talpi fekély kockázatát, mely az alsó végtag amputáció „előszobája”.

(Forrás: *Diabetes Care*, 2022;45(2):357–364)



➕ PREDIABÉTESZ ÉS HALÁLOZÁS VALAMINT A CUKORBETEGSÉGGEL ÖSSZEFÜGGŐ SZÖVŐDMÉNYEK ÉS TÁRSBETEGSÉGEK KOCKÁZATA

Prospektív tanulmányok metaanalíziseinek gyűjtő áttekintése

A prediabetesz kifejezést olyan személyekre használják, akiknek károsodott a glükóz-anyagcseréje, ill. akiknek a glükóz- vagy HbA1c-szintje még nem elég magas ahhoz, hogy cukorbetegségként diagnosztizálják. A prediabetesz már összefüggésbe hozható a krónikus „cukorbetegséggel összefüggő” szövődmények fokozott kockázatával.

Az összefoglalónak célja, hogy szisztematikus áttekintést adjon a prospektív megfigyeléses tanulmányok metaanalíziséből származó rendelkezésre álló bizonyítékokról, amelyek a prediabetesz és a cukorbetegséggel kapcsolatos incidens szövődmények közötti összefüggéseket vizsgálták felnőtteknél, valamint hogy értékeljék azok erejét és bizonyosságát.

Az összefoglalóhoz szisztematikus áttekintéseket és metaanalíziseket használtak fel, amelyek összefoglaló kockázatbecsléseket adnak a prediabetesz (emelkedett éhgyomri vagy terhelés után 2 órás vércukor, vagy HbA1c alapján) és a cukorbetegséggel kapcsolatos szövődmények, társbetegségek és mortalitási kockázat közötti összefüggésekre. A PubMed, a Web of Science, a Cochrane Library és az Epistemonikos keresése 2021. június 17-ig történt. Az összefoglaló kockázatbecsléseket véletlenszerű hatásmodell segítségével számították újra. A bizonyítékok bizonyosságát a GRADE eszköz alkalmazásával értékelték.

Tizenhat publikációból kilencvenöt metaanalízist azonosítottak. Az általános populációban a prediabetesz 6–101%-kal megnövekedett kockázattal járt a bármely okból bekövetkező halálozás és a kardiovaszkuláris események, mint a szívelégtelenség, a stroke, a pitvarfibrilláció és a krónikus vesebetegség, valamint a bármely típusú rák, köztük a májrák, emlőrák vonatkozásában (alacsony evidencia szintű kapcsolat). Nem figyeltek meg összefüggést a prediabetesz és az incidens depressziós tünetek és a kognitív károsodás között. A bármely okból bekövetkező halálozással való összefüggés erősebben jelentkezett csökkent glükóztoleranciával definiált prediabeteszeseknél, mint a magasabb HbA1c szint által meghatározott prediabeteszeseknél.

Tehát a prediabetesz pozitív összefüggést mutatott a bármely okból bekövetkező halálozás kockázatával és a szív- és érrendszeri elváltozások, a szívelégtelenség, a stroke, a krónikus vesebetegség, valamint a rák és a demencia előfordulásával. A bizonyítékok alátámasztásához további magas színvonalú vizsgálatokra van szükség, különösen a HbA1c által meghatározott prediabeteszrel és más releváns egészségügyi következményekkel (pl. neuropátiával) kapcsolatban.

(Forrás: *Diabetologia*, volume 65, 275–285 (2022))

➕ IDEJE BÚCSÚZNI A „TIA” KIFEJEZÉSTŐL

Sokan hallottak már a „átmeneti agyi keringési zavarról” (angol kifejezés rövidítése: TIA), sokan már át is estek ilyen eseményen, és 1975 óta úgy hitték, hogy ez a többnyire 2–15 percig tartó esemény nem okoz semmilyen károsodást az agyban.

A legújabb agyi CT-s és főként MRI-s vizsgálatokkal azonban kimutatták, hogy agyszöveti elváltozást nem

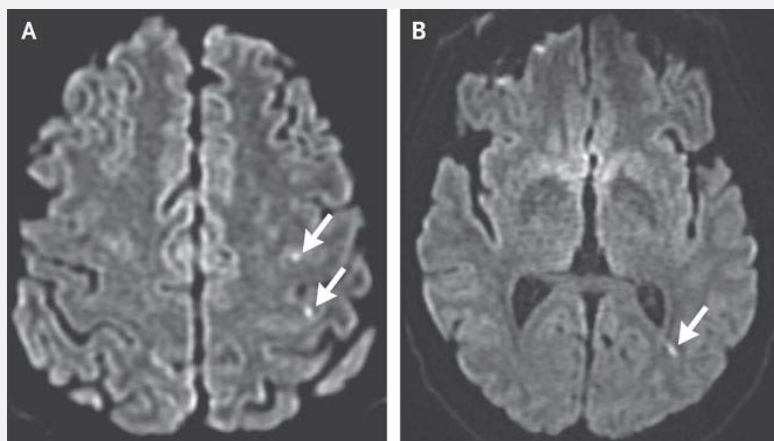
okozó keringés zavar nem létezik. A tünetek néhány perccel alatt számtalan idegsejt pusztul el és kimutathatók a kis infarktuskok is.

Az új képalkotó vizsgálatok világossá tették, hogy a TIA hagyományos, időalapú meghatározása nem különbözteti meg a maradandó agysérüléstől szenvedő egyének csoportját, ahogyan azt eredetileg szándékozták.

Ezen túlmenően a prognózis szempontjából nincs semmi lényegi különbség a 24 órás, 6 órás, 1 órás vagy 5 perces tünet-időtartamban. Ezeket tehát mind iszkémiás stroke-nak kell tekinteni, függetlenül az aktuális kimeneteltől.

A National Institutes of Health Stroke Scale pontszámai alapján a tünetekkel járó agyi infarktuskok igen enyhe (0), enyhe (1–5), közepes (6–14), súlyos (≥15) vagy halálos kimenetelűek lehetnek. Röviden, mindegyik iszkémiás stroke a minimumtól a maximumig. A TIA-k kisebb iszkémiás stroke-ok. Ezeket az eseményeket ilyenek kell nevezni, és a TIA kifejezést megszüntetni.

(Forrás: *JAMA online*, 2022. február 11.)



+ AZ ELHÍZÁS ÉS A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG KAPCSOLATA

1-es és 2-es típusú diabéteszes amerikaiaknál

Az elhízás globális közegészségügyi kihívás, és szorosan összefügg a 2-es típusú cukorbetegséggel (T2D), de az 1-es típusú cukorbeteg (T1D) között is egyre több az elhízott, viszont esetükben a súlyfelesleg és a krónikus vesebetegség (CKD) közötti kapcsolat nem ismert.

A vizsgálók 2004–2018 között az összes T1D-t és összehasonlítás céljából a T2D-t is bevonták a Geisinger Health Systembe. Felmérték az elhízás (30 kg/m² feletti testtömeg index), a csökkent (60 ml/perc/1,73 m² alatti) glomeruláris filtrációs ráta (eGFR) és az albuminuria (a vizelet albumin-kreatinin aránya 30 mg/g felett) tendenciáit. Többváltozós logisztikus regressziót alkalmaztak az elhízás és a CKD független összefüggésének értékelésére 2018-ban.

A T1D-s betegek fiatalabbak voltak, mint a T2D-sek (átlagéletkor 39 vs. 62 év). Az elhízás a diabétesz időtartama függvényében nőtt a T1D-ben (a 2004 évi 32,6%-ról 2018-ban 36,8%-ra), míg az elhízás a T2D-ben stabilan 60% körül maradt. Az alacsony eGFR aránya minden évben magasabb volt T2D-ben, mint T1D-ben (pl. 2018-ban 30,6% vs. 16,1%), de az életkori különbségek figyelembevételével a prevalencia minden évben magasabb volt T1D-ben, mint T2D-ben (pl. 2018-ban 16,2% vs. 9,3%). Az elhízás a T1D-ben 52%-kal növelte az eGFR csökkenésének a kockázatát, míg a T2D-ben ez a kockázatonövekedés csak 29% volt.

Tehát miután az elhízás egyre növekszik a T1D-sek körében, és a krónikus vesebetegség fokozott kockázatával jár együtt, az életkor figyelembevétele után a CKD kockázata T1D-ben meghaladta a T2D-ben észleltet, ami arra utal, hogy fokozott éberségre és a vesevédő gyógyszerek alkalmazására van szükség T1D-ben.

(Forrás: [The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism](#), 2022. január 26.)

+ AZ ÚJ ALLURION (ELIPSE) INTAGRASZTIKUS BALLON HATÁSA AZ ELHÍZÁSRA ÉS AZ ANYAGCSERE-PROFILRA

Az intragasztrikus (gyomorba helyezhető) ballonokat (IGB) eddig is alkalmazták az elhízás kezelésére, mivel minimálisan invazívak, de behelyezésükhöz endoszkópos beavatkozásra is szükség volt.

Az új típusú [Elipse IGB](#) egy lenyelhető ballon, amely spontán módon ürül ki a 16. héten. A vizsgálatokat azonban korlátozza a kis mintaméret. Az utahi szerzők célja a klinikailag releváns végpontok felmérése volt, nevezetesen a fogyás kimenetele, az anyagcsere-profil, a ballon tolerálhatósága és a nemkívánatos események gyakorisága. E célból 2020 júliusáig számos adatbázisból végeztek szakirodalmi keresést. Adataik összesített átlagait és arányait véletlenszerű hatásmódel segítségével elemezték.

Más ballonoktól eltérően az Allurion gyomorballont egy kis kapszulává préselik össze, amely egy vékony katéterhez van csatlakoztatva, majd lenyelés után 550 ml folyadékkal töltik fel a katéteren keresztül, hogy teltségérzetet

keltsen és segítsen az éhség csökkentésében.

A beavatkozás ambulánsan, körülbelül 20 perc alatt elvégezhető, így elkerülhető a műtét vagy az endoszkópos behelyezés és eltávolítás terhe és többletköltsége. A ballont úgy tervezték, hogy körülbelül 4 hónap elteltével egy spontán kinyíló szelepen keresztül kiürüljön, majd a ballon a széklettel együtt természetes úton távozzon.

Hét vizsgálat, amelyekben 2.152 beteg vett részt, megfelelt az alkal-

massági kritériumainknak, és ezeket elemezték. Az átlagos kiindulási testtömeg index 32,1 és 38,6 kg/m² között volt. A teljes testtömeg csökkenés átlag 12%-ot tett ki, ami a súlyfelesleg 49%-ának felelt meg. A derékbőség és a triglicerid szintek is csökkentek. Az idő előtti ballon ürülés aránya 1,8% volt.

Az Allurion ballonnal kapcsolatban jelentett nemkívánatos események – nagyrészt átmeneti jelleggel – a következők voltak: hasi fájdalom (37,5%), hányás (29,6%), hasmenés (15,4). Ezek jóval alacsonyabb arányokat jelentettek, mint a más típusú intragasztrikus ballonok esetében.

Ez a metaanalízis azt mutatja, hogy az Allurion (Elipse) intragasztrikus ballon biztonságos, hatékony és tolerálható eszköz a fogyás és az elhízás kezelésére, minimális mellékhatás profillal.

(Forrás: [Journal of Clinical Gastroenterology](#), 2021. november/december, Volume 55, Issue 10, p.836-841)



+ A FIZIKAI AKTIVITÁS HATÁSA AZ ANYAGCSERE-TERMÉKEKRE ÉS A DIABÉTESZ KOCKÁZATÁRA

A fizikai aktivitás rendkívül széles körben befolyásolja az anyagcserét és száznál több olyan metabolitban (anyagcsere termékben) eredményez változást, melyek szerepet játszanak a 2-es típusú diabétesz kifejlődésében.

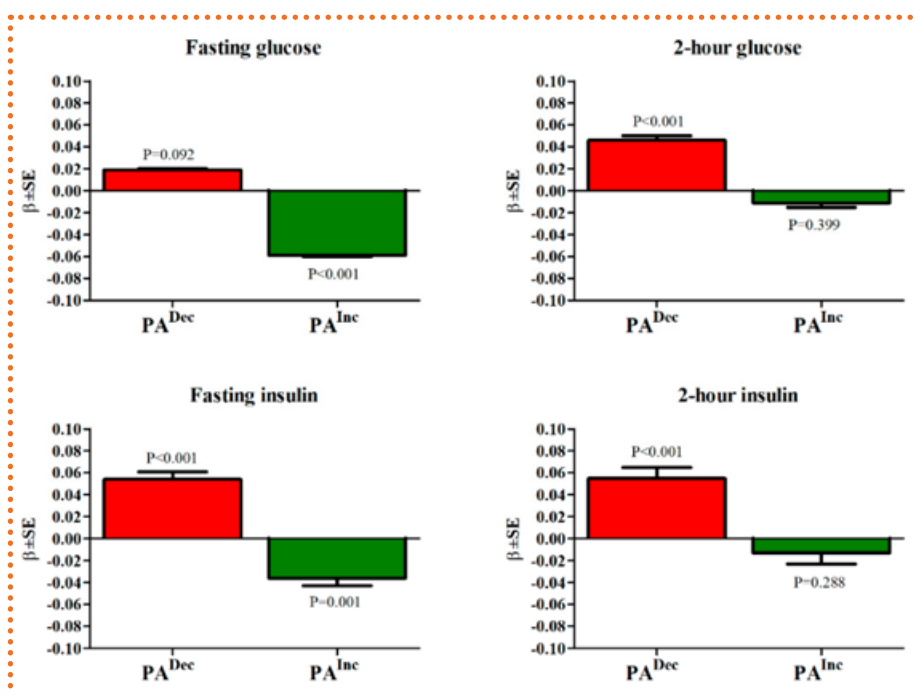
Egy új finn vizsgálatban 8.749 metabolikus szindróma jegyeit mutató férfi vett részt, akik a kiinduláskor még nem voltak diabéteszesek. A szabadidőben végzett fizikai aktivitás meghatározásához kérdőíves felmérést végeztek. A metabolitokat 7.271 személyben határozták meg ultra nagy teljesítményű folyadék kromatográfiával és tömegspektrográfiával. Összesen 198 olyan metabolitot találtak, melyek szignifikáns összefüggést mutattak a fizikai aktivitás szintjével. Ezen anyagcsere termékek között több új is fellelhető volt, különösen szteroidok, aminosavak, imidazolok, karbonsavak és hidroxisavak.

A megnövekedett fizikai aktivitás növelte a kolin plazmogéneket, lizofoszfadilkolinokat, többszörösen telítetlen zsírsavakat, karotinoidokat, hosszú láncú acilkarnitineket, imidazolokat, bilirubinokat, aril-szulfátokat, hidroxivajsavakat, indolepropionát és indolelaktát szintjét. Ezen metabolitok közül többet korábban összefüggésbe hoztak a 2-es típusú

diabétesz csökkent kockázatával és az egészséges táplálkozással.

A fenti ábra szerint mind az éhomi, mind a 2 órás vércukor- és inzulinszintek is csökkenést mutatnak a fizikai aktivitás hatására. Tehát a megnövelt fizikai aktivitás populáció alapú vizsgálata bebizonyította, hogy széleskörű anyagcserehatásokkal jár együtt és egyet jelent az egészségesebb életvitellel.

(Forrás: [Metabolites](#), 2022. január 12.)



+ AZ INTENZÍV FIZIKAI AKTIVITÁS HATÁSA A HALÁLOZÁSI KOCKÁZATRA

A fizikai aktivitásra vonatkozó ajánlások azt állítják, hogy azonos energiafelhasználás mellett a közepestől az erőteljesig terjedő fizikai tevékenységek hasonló egészségügyi előnyökkel járnak. Az ajánlás legalább heti 150 perc mérsékelt (3–6 MET intenzitású) tevékenység. Ha intenzív a testmozgás, fele idő is elég. Azonban kevés epidemiológiai tanulmány igazolta ezt a hipotézist.

A Health Survey for England és a Scottish Health Survey 11 vizsgált csoportjában 64.913 30 év feletti (átlagosan 50 éves) felnőtt (44% férfi, 56% nő) válaszadó számolt be rendszeres mérsékelt vagy intenzív fizikai aktivitásáról 1994 és 2011 között. Az átlagos követési idő 9 év volt, mely idő alatt 5.064-en haltak meg bármilyen okból, 1.393-an szív-érrendszeri betegség és 1.602-en rák miatt. Azokhoz képest, akik nem számoltak be erőteljes fizikai aktivitásról, az erőteljes aktivitás a bármely okból bekövetkező halálózást 16%-kal tovább csökkentette, és mérséklődött a szív-érrendszeri és rákos halálózás is.

Tehát az erőteljes mozgásos tevékenységek a mortalitási kockázat nagyobb mérvű csökkenésével jártak, mint a közepes intenzitású mozgásformák.

(Forrás: [BMJ Open Sp Ex Med](#), 2019;5:e000596)

Apor Péter dr.



+ ÉLETMÓDVÁLTÁS ÉS HOSSZÚ TÁVÚ SÚLYGYARAPODÁS TERHESSÉGI DIABÉTESZES ÉS NEM DIABÉTESZES NŐK TERHESSÉGE UTÁN

Nagy, hosszú távú vizsgálat keretében elemezték 40 éves kor körül szült diabétesz nélküli és terhességi diabéteszes nők testsúlyváltozását, valamint ennek az életmóddal történő összefüggését.

A (magazinunk hasábjain számos alkalommal szereplő) Nurses' Health Study II-ben 54.062 40 éves kor körül szült nőknél (5,3%-uk gesztációs diabéteszes volt) 4 éves periódusokon belül regisztrálták az életmódbeli változásokat és vizsgálták ezek kapcsolatát a testtömegük egyidejű változásával annak függvényében, hogy volt-e

terhességi diabéteszük. Elemezték az étrendjük minőségét, a szabadidős fizikai aktivitásukat, az alkoholfogyasztást és dohányzást.

Átlag 13 éves követési idő alatt a 4 évenkénti átlagos súlygyarapodás a korábban terhességi diabéteszes nőknél 1,1 kg volt, szemben a nem diabéteszesek 1,33 kg-jával. A nagyfokban javított étrendre váltó nők 4 éves súlyváltozása különösen kedvező volt a terhességi cukorbetegség esetében, akiknek a súlya 2,97 kg-mal csökkent, szemben a nem diabéteszes nők 1,19 kg-os súlycsökkenésével. A fizikai aktivitás növelése a terhességi dia-

béteszeseknél 0,26 kg-ra mérsékelte a súlygyarapodást, szemben a nem diabéteszesek 0,9 kg-os súlynövekedésével. Nem találtak összefüggést a testsúly és az alkoholfogyasztás között, viszont a dohányzás elhagyása a nők két csoportjában 4,38, ill. 3,85 kg súlygyarapodást eredményezett.

A diéta minőségének javítása és a fizikai aktivitás növelése 40 éves kor körül szült nőknél mérsékelte a súlygyarapodást, különösen a gesztációs diabéteszesek esetében.

(Forrás: [Diabetes Care](#), 2022;45(2):348–356)

+ FIZIKAI AKTIVITÁS ÉS DEMENCIA

Egy új klinikai vizsgálat szerint idős embereknél még a könnyű fizikai aktivitás is csökkenti a demencia kialakulásának kockázatát.

A fizikai aktivitás jótékony hatása a demencia megelőzésében már régen ismert. A World Health Organisation (WHO) új guideline-ja normál felfogóképességű felnőtteknél a kognitív hanyatlás kockázatának megelőzése érdekében fizikai aktivitást javasol. Más, a fizikai terhelés intenzitásának demenciára gyakorolt hatását elemző vizsgálatok viszont ellentmondó összefüggéseket találtak a gyakorlatok intenzitása és a demencia kapcsolatára.

Sok idős, kísérőbetegségekkel rendelkező ember nem képes nem csak hogy intenzív, de még mérsékelt fizikai aktivitásra sem, viszont elképzelhető, hogy a könnyű fizikai aktivitás itt is jótékony hatású lehet, ezért Dr. Minjae Yoon és munkatársai az elvégzett aktivitás és a demencia összefüggésének kapcsolatát. Eredményeiket a JAMA Network Open-ben december 16-án megjelent cikkükben ismertették. A Dél-Koreában 2009 és 2012 között végzett vizsgálatukba 62.286 idős személyt vettek be, akiknél előzetesen nem diagnosztizáltak demenciát, 60,4%-uk volt a nő és életkoruk medián értéke 73,2 év volt.

A résztvevők kérdőíveken számoltak be a szabadidős tevékenységeikről, melyeket három csoportba soroltak: legalább 20 perces erőteljes fizikai aktivitás (EFA), legalább 30 perces mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás (MFA) és legalább 30 perces enyhe intenzitású mozgás (LFA). EFA-nak azt az intenzív aktivitást nevezték, mely erős légszomjat váltott ki, az MFA mérsékelt légszomjat okozott, az LFA egy lassú sétát jelentett. A fizikai aktivitással összefüggő

energia-felhasználást a hetenkénti „metabolikus ekvivalens „(MET) -perc” értékben mérték: a heti összes fizikai aktivitás szintek szerint a következő csoportok alakultak ki:

- Inaktív (semmi fizikai aktivitás az alap-mozdulatokon kívül) (35%)
- Nem eléggé aktív (a javasolt alatt, azaz 1–499 MET-min/hét) (25%)
- Aktív (teljesíti a javasolt 500–999 MET-min/hét célértéket) (24,4%)
- Nagyon aktív (meghaladja a 1000 MET-min/hét értéket) (15,2%).

A medián 42 héten át tartó követés során az összes résztvevő 6%-ánál alakult ki demencia, ami az első 2 év adatainak leszámítolása után összegezve 21 demenciát jelentett 1000 személyenként. A demencia incidenciája a fizikai aktivitástól függött: inaktívknál 27/1000 fő, nem eléggé aktívknál 22/1000 fő, aktívknál 18/1000 fő, és a nagyon aktívknál 14/1000 fő volt, azaz a demencia kumulatív incidenciája a fizikai aktivitás növekedésével fokozatosan csökkent. Többváltozós regressziós modellel is igazolták, hogy a magasabb fizikai aktivitások mellé a demencia alacsonyabb kockázata társul az inaktívokhoz képest: a nem eléggé aktívknál a kockázat 10, az aktívknál 19 és a nagyon aktívknál 28%-kal csökkent. Még a kissé aktívknál (az LFA-knál, 1–299 MET-min/hét) is csökkent a kockázat 14%-kal. Az összefüggés nemtől, életkortól, társbetegségektől független volt.

A tanulmányhoz fűzött kommentárjában Dr. Takashi Tarumi (National Institute of Industrial Science and Technology, Ibaraki, JaFAN) jelentősnek tartotta azt, hogy az eredmények fényében a hosszú ideig tartó enyhe fizikai aktivitás is csökkenti a demencia kockázatát.

(Forrás: [OTSZonline](#), 2022. január 12., a [Medscape](#) nyomán)

+ A KÁVÉ ÉS TEAIVÁS HATÁSA

A STROKE, A DEMENCIA, VALAMINT A STROKE UTÁNI DEMENTÁLÓDÁS KOCKÁZATÁRA

Korábbi tanulmányok kimutatták, hogy a kávé és a tea szerepet játszik a stroke és a demencia kialakulásában. Keveset tudunk azonban a kávé és teaivás kombinációja, valamint a stroke, a demencia és a stroke utáni demencia kockázata közötti összefüggésről. Ezért a szerzők célul tűzték ki a kávé és tea fogyasztás ilyen irányú összefüggéseinek a vizsgálatát külön-külön, valamint a stroke és a demencia kialakulásának kockázatával kombinálva.

Ebben a prospektív kohorsz vizsgálatban 365.682 50–74 éves a brit Biobank adataiban szereplő személy vett részt. A résztvevők 2006–2010 között csatlakoztak a vizsgálathoz és 2020-ig követték őket. Cox-féle arányos kockázati modelleket használtak a kávé/tea fogyasztás, valamint az bekövetkező stroke és demencia közötti

összefüggések becslésére, a nem, az életkor, az etnikai hovatartozás, az iskolázottság, a jövedelmi viszonyok, a testtömeg index, a fizikai aktivitás, az alkohol fogyasztás, a dohányzás, az étrend és a cukrozott italok fogyasztása függvényében. Figyelembe vették a HDL-, az LDL- koleszterin szinteket, valamint a kórtörténetben a rák, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek és a magas vérnyomás előfordulását. A kávé- és teafogyasztást a kiinduláskor rögzítették. Az átlag 11,4 éves követés során 5.079 résztvevőnél alakult ki demencia, és 10.053 résztvevőnél lépett fel stroke.

Napi 2-3 csésze kávéfogyasztás vagy 3–5 csésze tea fogyasztása, szemben azon személyekkel, akik sem kávé, sem teát nem ittak rendszeresen, 32%-kal csökkentette a stroke és 28%-kal a demencia kialakulását. Sőt, a kávé- és teafogyasztás kombináció-

ja az iszkémiás stroke és a vaszkuláris demencia alacsonyabb kockázatával járt együtt. Ezenkívül a tea és a kávé együttes fogyasztása a stroke utáni demencia kockázatának csökkenésével járt együtt és a stroke utáni demencia kockázata azon személyeknél volt a legalacsonyabb akik napi 3-6 csésze kávé és tea fogyasztottak.

A vizsgálat korlátai: a kávé- és tea-fogyasztást a kiinduláskor rögzítették, és ez nem feltétlenül tükrözi a hosszú távú fogyasztási szokásokat. Megjegyzendő, hogy az Egyesült Királyság Biobank résztvevői nem reprezentálják a teljes lakosságot.

Mindenesetre annyi megállapítható volt, hogy a kávé és a tea külön-külön vagy együttes fogyasztása csökkenti a stroke és a demencia, valamint a stroke utáni demencia kockázatát.

(Forrás: [PLOS](#), 2021. november 16.)

+ AZ ALVÁSI IDŐTARTAM NÖVELÉSÉNEK HATÁSA A TÚLSÚLYOSAK ENERGIAFELVÉTELÉRE A „VALÓ ÉLET” KÖRÜLMÉNYEI KÖZÖTT

Egy randomizált klinikai vizsgálatban, amelyben 80 túlsúlyos (25–30 kg/m² testtömegindexű) 21–40 év közötti felnőtt (39 nő, 41 férfi) vett részt, megvizsgálták, hogy ha a napi 6,5 óránál rövidebb alvásidővel rendelkezőknél meghosszabbították az alvás időtartamát, az milyen hatást gyakorol a hosszabban alvók energiafelvételére.

A véletlenszerűen két csoportra osztott személyek egyik csoportjánál személyre szabott alváshigiénés tanácsadást alkalmaztak és alvási idejüket 2 héten keresztül 8,5 órára növelték. A kontroll személyek továbbra is 6,5 óránál kevesebbet aludtak naponta. Egyébként korábbi életvitelük folytatására szólították fel őket és sem fizikai aktivitásukat, sem étrendjüket nem változtatták meg.

Azt találták az energiafelhasználás speciális módszerrel történő elemzése során, hogy a többet alvók esetében átlag napi 270 kcal-val csökkent az energiafelvétel, ami testsúlycsökkenést indított el. Tehát az alvás meghosszabbítása negatív energiaegyensúlyt eredményezett a valós életkörülmények között a keveset alvó túlsúlyos felnőttek körében.

Az egészséges alvás időtartamának meghosszabbítása és ennek fenntartása része lehet az elhízás megelőzésének és a súlycsökkentő programoknak.

(Forrás: [JAMA Intern Med.](#), 2022. február 7.)



+ ALKOHOL – A SZÍV- ÉS ÉRRENDSZER VÉDELMEK MÍTOSZA

Évtizedek óta az él a köztudatban, hogy a mérsékelt alkoholfogyasztás nem árt, hanem használ az egészségnek, elsősorban a szív-érrendszernek.

A mérsékelt fogyasztásnál megkülönböztetik a férfiakat és a nőket, amennyiben a férfiak esetében heti 14 egység, nők esetében heti 7 egység ital fogyasztását javasolták. Ez alkohol grammban kifejezve heti 80, ill. 40 grammot tett ki, ami sörnél heti 3,5, ill. 1,7 litert, fehér és vörös bornál heti 7, ill. 3,5 dl-t, tömény szeszeknél heti 7, ill. 3-4 pohárka ital fogyasztását jelenti. Azt is feltételezték, hogy az alkohol egészségre gyakorolt hatása ún. J alakot mutat, ami azt jelenti, hogy az alkoholt nem fogyasztók és a nagyívók esetében egyaránt nagyobbak az egészségügyi kockázatok, mint a mérsékelt alkoholt fogyasztóknál.

Az utóbbi 6–8 évben számos vizsgálat bizonyította ennek az ellenkezőjét, mint egy legutóbbi Egyesült Királyság-beli tanulmány is. Ráirányították a figyelmet a lehetséges torzításokra, pl. az alkoholt egyáltalán nem fogyasztók jelentős hányada rossz egészségi állapota miatt kerül az alkoholos italokat és nem arról van szó, hogy aki egyáltalán nem iszik, az mind kitűnő egészségnek örvend. Ennek tudható be, hogy az alkoholfogyasztás kapcsán alulbe-

csülték a szív-érrendszeri kockázatot is, nem beszélve a rákos megbetegedésekről.

Az Egyesült Királyság Biobank-jának 22 értékelő központjából gyűjtötték ki alapadatokat. A kohorsz 333.259 alkoholfogyasztóból és 21.710 soha nem ivóból állt. A résztvevőket átlagosan 6,9 évig követték nyomon, rögzítve a halálos és nem végzetes szív-érrendszeri eseményeket, az iszkémiás szívbetegséget és az agyi érbetegséget. Az alkoholfogyasztást gramm/hét mértékegységben adták meg.

Azt találták, hogy a nem ivókhoz képest a mérsékelt borfogyasztás a koszorúér betegségek kockázatát csökkentette 20–25%-kal, de más szív- és agyi érbetegségeket nem, inkább fokozta. A sör és a tömény szesz 20–25%-os kockázat növekedéssel járt. Az esetleges kedvező hatást ellensúlyozta a hasüregi rákok növekvő kockázata.

Egyre több véleményt fogalmaznak meg azt illetően, hogy az alkoholfogyasztás, a nagyon gyakori túlfogyasztás (*magyarországi adatok szerint a nagyívók aránya meghaladja a 10%-ot* – a referáló megjegyzése) egyértelműen káros az egészségre és ebből a szempontból nincs kedvező minimális mennyiség.

(Forrás: [Clinical Nutrition](#), 2021. december 13.)

+ NYERS ÉS FŐTT ZÖLDSÉGEK FOGYASZTÁSA ÉS A SZÍV-ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK KOCKÁZATA

A nagyobb mennyiségű zöldségfogyasztásnak védőhatást tulajdonítanak a szív- és érrendszeri betegségek kockázatcsökkentésében. Viszont továbbra se világos, hogy vajon ez a megállapítás mind a nyers, mind a főtt zöldségekre érvényes-e.

A kérdés tisztázása céljából az Egyesült Királyság Biobank adatbázisából 399.586 olyan személy étkezési szokásait elemezték, akiknek korábban nem volt szívbetegsége. A nyers és főtt zöldségek fogyasztását a kiinduláskor validált étrendi kérdőívvel mérték. Többváltozós Cox-regressziót használtak a zöldségfogyasztás és a szív- és érrendszeri betegségek előfordulása és a halálozás közötti összefüggések becslésére, a társadalmi-gazdasági állapothoz, az egészségi állapothoz és az életmódbeli tényezőkhöz igazítva.

A vizsgált személyek átlagéletkora 56 év volt (55%-uk nő). A nyers és főtt zöldségek átlagos bevitel naponta 2,3 és 2,8 evőkanál volt. A 12 éves követés során 18.052 súlyos szív- és érrendszeri betegség lépett fel és 4.406 szív- és érrendszeri betegség által okozott halálozás következett be. A nyers zöldségek fogyasztása fordított összefüggést mutatott a szív- és érrendszeri betegségek előfordulásával: a legtöbbet fogyasztók esetében 11%-kal volt kevesebb a szívbetegség és

15%-kal volt alacsonyabb a halálozás, mint a legkevesebb nyers zöldséget fogyasztóknál. Ezzel szemben a főtt zöldségek fogyasztása esetén semmilyen összefüggést nem találtak a zöldségek mennyiségével.

Következtetések: A nyers, nem főzött zöldségek nagyobb bevitelével alacsonyabb szív- és érrendszeri kockázattal járt együtt. Ez a tanulmány azt sugallja, hogy újra kell értékelni a szív- és érrendszeri betegségek okozta terhekre vonatkozó bizonyítékokat, amelyeket eddig a kevés zöldségfogyasztásnak tulajdonítottak a magas jövedelmű populációkban.

(Forrás: [Front. Nutr.](#), 2022. február 21.)



Fotó: Pixabay

+ A TEJTERMÉKEK ÉS AZ ALTERNATÍV TEJTERMÉK-KIEGÉSZÍTŐK NÖVELIK A FEHÉRJESZINTÉZIST

Mely még fokozható, ha rendszeres gyaloglással kombinálják egészséges idős nőknél

Az izomfehérje szintézis étrendi fehérje általi stimulálása az életkorral csökken. A vizsgálok feltételezték, hogy a napi kétszeri tejfogyasztás növeli az izomfehérje szintézist idősebb nőknél a tej alternatívákhoz képest, és hogy az izomfehérje szintézisét fokozná a megnövekedett fizikai aktivitás.

A vizsgálatban 22 idősebb nőt véletlenszerűen besoroltak a három kísérleti csoport egyikébe: 8 személy teljes tejet, 7 személy sovány tejet, további 8 személy mandula italt fogyasztott. Az első 3 napon a résztvevők standardizált étrendet fogyasztottak, mely naponta és testsúly kg-ként 0,8 g fehérjét tartalmazott és rendszeres testmozgást végeztek. A 4–6 napon a résztvevők folytatták a szokásos fizikai aktivitást, de speciális diétát fogyasztottak, amely a szabványos étrendből és napi 2x250 ml teljes tejből, vagy

sovány tejből vagy mandula italból állt. Végül, a 7–9 napon folytatták az előző 3 nap étrendjét, viszont a napi lépésszámot 50%-kal megemelték. Az 1., 4., 7. és 10. napon izombiopsziát vettek az izomszintézis mérése céljából.

Az izomfehérje szintézisét nem befolyásolta az étrend kiegészítéseként pluszban fogyasztott teljes, sovány tej, ill. mandula ital. Viszont a 3 csoportot összevonva azt találták, hogy a vizsgálat 1. fázisától a 2. fázisig 0,133%-kal, a 2. fázistól a 3.-ig 0,156%-kal nőtt az izomfehérje szintézise. Tehát idősebb nők esetében a gyaloglás, mint fizikai aktivitás elegendő az izomfehérje szintézis fokozásához és ezt nem befolyásolja a pluszban fogyasztott tejfehérje.

(Mozogni, mozogni, mozogni, legalább napi 4-6.000 lépést akár nyolcvan felül is, mint ezt az előrehaladott „szépkorú” referáló is teszi, bár sétái során nem szokott találkozni szintén sétáló hasonló korú hölgyekkel vagy urakkal.)

(Forrás: [The Journal of Nutrition](#), 2022. január)

+ FLAVONOIDOK ÉS PARKINSON-KÓR

Flavonoidok és flavonoidokban gazdag élelmiszerek fogyasztása csökkenti a Parkinson-kór halálzási kockázatát

Bár a flavonoidok potenciálisan neuroprotektív (idegrendszeret védő) hatást fejtenek ki, a Parkinson-kórban szenvedők túlélésével kapcsolatos hatásokról mindeddig semmilyen bizonyíték nem állt rendelkezésre. A vizsgálok prospektív módon tanulmányozták az összefüggést a Parkinson-kór diagnosztizálása előtti és utáni flavonoid bevitel és a halálzási kockázata között Parkinson-kóros betegeken két nagy női és férfi populációban. (A két csoport sokirányú vizsgálatából magazinunk hasábjain korábban már többet közöltünk).

A jelenlegi elemzésben 599 nő szerepelt a Nurses' Health Study-ből és 652 férfi a Health Professionals Follow-up Study-ből, akiknél újonnan diagnosztizáltak Parkinson-kórt a követés során. Az összes flavonoid és alosztályainak étrendi bevitelét, valamint a főbb flavonoidokban gazdag élelmiszereket (tea, alma, bogyós gyümölcsök, narancs- és narancslé, vörösbor) 4 évente ismételtén értékelték validált étkezési gyakorisági kérdőív alapján. A halálzási az Országos Halálzási Index és az állami anyakönyvi nyilvántartások alapján állapították meg.

Eredmények 944 halálesetet dokumentáltak a 32–34 éves követési idő során. A Parkinson-kór diagnosztizálása előtti magasabb flavonoid bevitel alacsonyabb halálzási



Fotó: Pixabay

kockázattal járt a férfiak esetében: a legtöbbet fogyasztók esetében – szemben a legkevesebbet fogyasztókkal – ez 47%-ot tett ki. Nőknél nem találtak ilyen kedvező kapcsolatot, itt a különbség csak 7% volt. A flavonoid alosztályok esetében az antocianinok, flavonok és flavan-3-olok legmagasabb fogyasztása esetén a legkevesebbet fogyasztókhöz képest 34% volt a halálzási kockázat csökkenés. Bogyós gyümölcsök és vörösbor esetében a heti 3 vagy több adag fogyasztása esetén 23%-kal volt alacsonyabb a kockázat a havi 1 adagot vagy kevesebbet fogyasztókkal összehasonlítva.

Tehát a vizsgálat alapján úgy tűnik, hogy a Parkinson kórban szenvedők körében a flavonoidok, különösen az antocianinok és a flavan-3-olok, valamint a flavonoidokban gazdag élelmiszerek, például a bogyós gyümölcsök és a vörösbor magasabb fogyasztása alacsonyabb halálzási kockázattal járt.

(Forrás: [Neurology](#), 2022. január 26.)



10 ÉV+ AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS

Már néhány érendbéli változással tíz évet adhatunk az élettartamunkhoz – azonban minél hamarabb kezdjük, annál jobb.

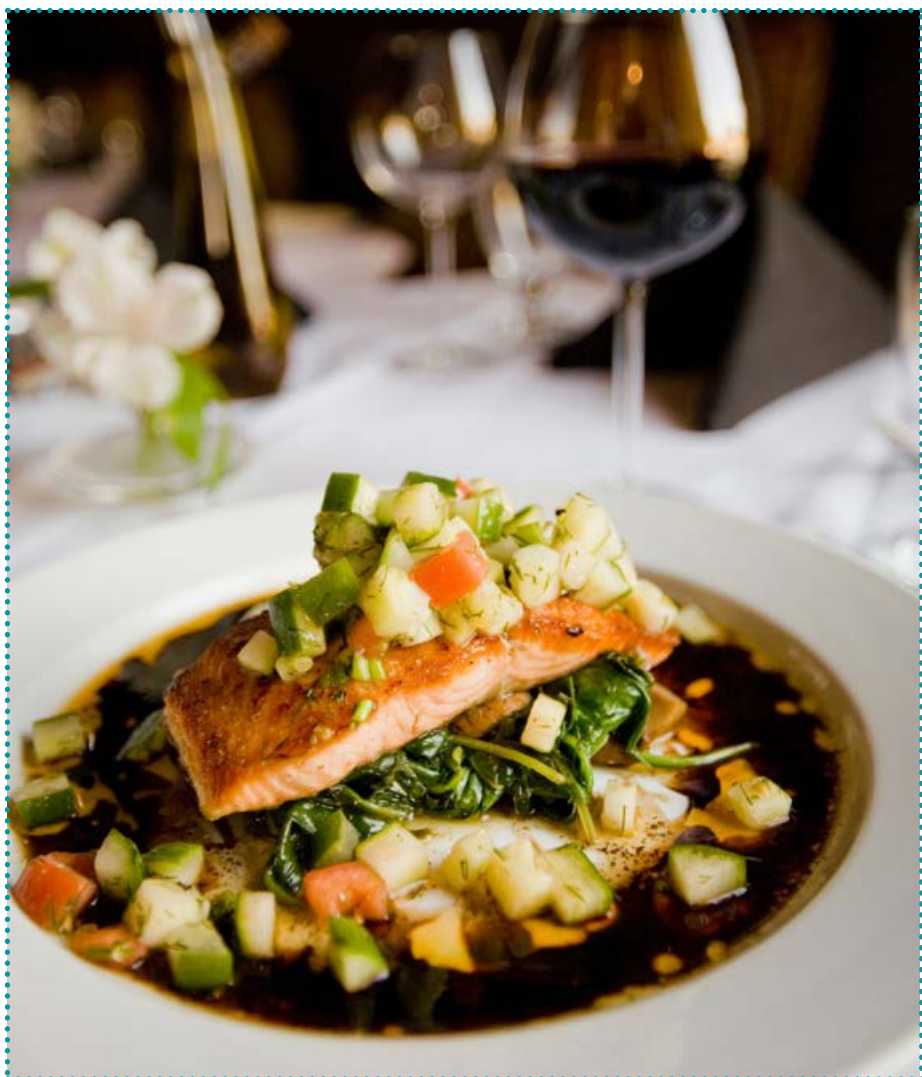
Az egészséges táplálkozás nagyon fontos, ám rengeteg ember számára nem tartható napi szinten. Egy új vizsgálatban a kutatók egyesével mérték fel az egészséges és egészségtelen ételtípusokat, majd felbecsülték azok hatását a különböző életkori és nemi csoportokra vonatkoztatva. Ezt követően annak a hatását is megnézték, ha egy-egy ételcsoportot valami másra cseréltek.

A norvég tudósok azt írják közleményükben, hogy a tipikus étrendről optimálisra történő váltás és annak fenntartása több mint tíz évvel növelheti meg az egyén várható élettartamát.

Az eredmények szerint a legnagyobb átfogó pozitív hatást a növényi eredetű táplálékok (kiváltképp hüvelyesek), teljes kiőrlésű gabonafélék és csonthéjasok bevitelének fokozása, valamint a vörös és feldolgozott húsok fogyasztásának csökkentése hozza. A zöldségek és gyümölcsök szintén pozitív egészségügyi hozadékkal járnak, ám a nyugati étrendben ezek a táplálékfélék eleve viszonylag magas arányban szerepelnek. Az egészséges ételek listáján szerepelnek továbbá a halak is, míg a cukros üdítők és a fehér lisztből készült termékek, például a fehér kenyér a tiltólistára kerültek. A vizsgálat arra is rámutatott, hogy soha nem késő elkezdni, ám a legnagyobb élettartam-növekedés a fiatal felnőttkorban elkezdett egészséges táplálkozás esetében várható.

„Az eredményeink abba az irányba mutatnak, hogy a tipikus nyugati étrenden élők körében a fenti étrendi változtatások fenntartása minden életkorban jelentős egészségügyi előnnyel jár, ám abban az esetben mutatkozik a legmagasabbnak, ha valaki az élete korai szakaszában kezdi őket” – fogalmaznak a kutatók.

Attól függően, hogy valaki hány egészséges étrendi „cserét” eszközöl, tart fenn és mekkora mennyiségeket fogyaszt, egy húszéves amerikai férfi 13, míg egy ugyanennyi idős nő 11 évvel hosszabbíthatja meg várható élettartamát.



Fotó: Casey Lee | Unsplash

Ez a szám az életkorral csökken, ám a tipikus étrendről optimálisra történő váltás még hatvanéves kori kezdet esetében is 8 évet adhat a nők és 9-et a férfiak életéhez. Sőt mi több, egy kilencvenéves nő is 3 évvel hosszabbíthatja meg élettartamát, ha egészségesebb élelmiszerekre vált.

Egészen idáig a területen végzett vizsgálatok egy-egy specifikus ételcsoport vagy egy táplálkozási rendszer hatásait vizsgálták és kevésbé fókuszáltak másfajta étrendi változtatások hatásaira. A norvég kutatók szerint az általuk alkalmazott statisztikai modellezés áthidalja ezt a szakadékot.

Úgy vélik, ha megértjük, hogy a különféle ételcsoportok milyen relatív egészségügyi potenciállal rendelkeznek, akkor az emberek képesek lesznek arra, hogy valóban megvalósítható és jelentős egészségügyi előnyöket eszközöljék az életmódbeli választásaikkal.

(Forrás: WebDoki, 2022. február 15., a Medscape nyomán)



SOKSZÍNŰSÉG FRISSEN ÉS FAGYASZTVA

A tél végéhez közeledve az éléskamrák egyre üresebbé válnak, készülnek a zsege, friss termények befogadására. Lassan kezdetét veszi a böjti időszak is, amely ismételtelen a testi-lelki megújulás lehetőségét rejt magában. Keressük azokat az élelmiszereket, amelyek rendszeres fogyasztása segíti egészségünk megőrzését. Figyelmünk elsők között a zöldségek és gyümölcsök felé fordul. Vajon eleget fogyasztunk belőlük?

A 2019-es adatok alapján az Európai Unió 15 éves és 15 évnél idősebb lakosságát tekintve 33% nem fogyaszt elegendő zöldséget és gyümölcsöt naponta, csupán 12%-uk fogyasztja el a felnőtt ajánlásnak megfelelő 5 vagy annál több adag zöldséget és gyümölcsöt. A nemek arányát vizsgálva elmondható, hogy a nők zöldség-gyümölcs felvétele átlagosan nagyobb a férfiakénál. A hazai lakosság vonatkozásában is hasonlóak az adatok: 2019-ben a 15 évesek és annál idősebbek körében a nők 61%-a, míg a férfiak 49%-a evett naponta legalább egyszer gyümölcsöt (friss, fagyasztott, szárított vagy konzerv formában), míg zöldséget ennél is kevesebben ettek. A fogyasztási gyakoriságok mindkét nemet illetően az életkor előrehaladtával nőnek.

Ha valaki nem fogyaszt elegendő mennyiségű zöldséget és gyümölcsöt, annál nem, vagy jóval kisebb mértékben érvényesülnek azok a védőhatások, amelyek szerepet játszanak a krónikus, nem-fertőző betegségek (pl. elhízás, 2-es típusú cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegségek, daganatos betegségek) kialakulásának megelőzésében. Világszerte évente 1,5 millió haláleset hozható összefüggésbe az alacsony zöldségfogyasztással, míg 2,4 millió haláleset az elégtelen gyümölcsfogyasztáshoz köthető.

A gyorsfagyasztott élelmiszerek meghatározása

A 89/108/EGK irányelv meghatározása alapján „A „gyorsfagyasztott élelmiszerek” olyan élelmiszerek, amelyeket a „gyorsfagyasztás” néven ismert olyan fagyasztási eljárásnak vetnek alá, amely által azok a lehető leggyorsabban túllépik a maximális kristályosodás hőmérséklet-tartományát, és az eljárás következményeként hőmérsékletük (a termikus kiegyenlítődést követően) a termék minden pontján -18°C vagy ennél alacsonyabb lesz.” Az irányelv főbb pontjai között a tárolásra vonatkozóan a következő szabályt fogalmazza meg: „A -18°C -nál alacsonyabb hőmérséklettel való eltérések a gyorsfagyasztott élelmiszerek esetében megengedettek a szállítás és a helyi forgalmazás során, valamint a kiskereskedelmi hűtőpultokban. Az eltérés ilyen esetekben nem haladhatja meg a 3°C -ot.”

Hazánkban a Magyar Élelmiszerkönyv 2-604-es számú irányelve szól az „egyes gyorsfagyasztott élelmiszerekről”,



Fotó: Pixabay

amely „a tartósított élelmiszerekre vonatkozó általános-, és egyes termékekre vonatkozó részletes, ajánlott irányelveket tartalmazza, elsősorban növényi eredetű élelmiszerekre vonatkozóan”. Mit jelent ez a gyakorlatban? Azt, hogy leírja az adott termék összetételét, jellemzőit, az ajánlott gyártástechnológiát. Például a gyorsfagyasztott gurulós málna felhasználható összetevője kizárólag a málnagyümölcs. Minőségét tekintve egyenletesen érett, ép, egészséges málnaszemekből tevődik össze, melyek zömmel külön állnak, de legfeljebb 4 málnaszemet tartalmazó csomó előfordulása megengedett. Ez egy fontos kitétel, hiszen a gyakorlatban, ha ettől nagyobb mértékű tömbösödés történik a termékben az kiolvadásra majd újrafagyasztásra utal, ami élelmiszerbiztonsági szempontból kedvezőtlen.

Hogyan készül a mirelit a „termőföldtől a fagyasztóig”

A gyorsfagyasztott élelmiszerek hőelvonás útján tartósított élelmiszerek, amelyek felhasználhatósági ideje a friss termékhez képest hosszabb, így tovább marad elérhető a vásárló számára. A hőelvonás egyik módja a hűtés, melynek célja a termék alacsonyabb hőmérsékleten tartása $0-10$ Celsius fok között, tehát fagyás nem következik be. Másik módja a fagyasztás, amikor a termék hőmérsékletcsökkenése a fagyáspont alá süllyed, melynek során annak víztartalma megfagy. A fagyasztott termék minőségét nagymértékben meghatározza, hogy a fagyasztás milyen gyorsan történik. A fagyasztás módja szerint lassú és gyorsfagyasztást különböztetünk meg. A lassú fagyasztás során – mely többnyire otthoni kerektek között zajlik – az élelmiszer, pl. gyümölcs szöveteiben

kisszámú, ugyanakkor nagyméretű jégkristályok keletkeznek. A fagyás következtében fellépő térfogat növekedés miatt a nagy jégkristályok nyomást gyakorolnak a sejtfalakra, szerkezeti károsodást okozva. Ilyenkor a felengedés után a megrepedt sejtfalon keresztül a vitaminokat és ásványi anyagokat tartalmazó sejtfoliadék kifolyik, s ezáltal a termék hasznosanyag-tartalma csökken. (Ezért ilyen esetben célszerű a kifolyó nedvet összegyűjteni és újra felhasználni amennyiben lehetséges.) Az ipari keretek között zajló gyorsfagyasztás során nincs idő nagyméretű jégkristályok kialakulására, így ebben az esetben nagyszámú és nagyon apró jégkristályok képződnek, amelyek egyenletesen oszlanak el a szövetekben, ebből adódóan a szöveti károsodás mértéke elenyésző, minimális a hasznosanyag-vesztés. Mivel a hőelvonással alapvetően tartósítjuk a terméket, ezért a folyamat fontos lépése a termék kezdeti csíraszámának minimalizálása. A hűtés hatására a mikrobák „hibernálódnak”, azaz anyagcseréjük, életfolyamataik, szaporodásuk kezdetben csökken, majd végül megáll, de nem pusztulnak el!

Az ipari fagyasztást, tárolást követően, a termék a fogyasztói hálózatba kerül, vagyis elszállítják a felhasználás vagy eladás (kereskedelmi tárolás) helyére. Ebben a folyamatban nagyon fontos azoknak a tárolási feltételeknek a biztosítása, amelyekkel garantálni lehet az élelmiszer eltarthatóságát. Ezen feltételek összessége a hűtési lánc, amelyben az előállításától kezdve egészen a végső felhasználásig a termék hőmérsékletét a megfelelő hőmérsékleti tartományban tartják, ami fagyasztott áruk esetén -18 és -40 Celsius fok közötti hőmérsékleten való tárolást jelent. A vásárló, mint a hűtési lánc utolsó láncszeme, a lánc fenntartásához például úgy tud hozzájárulni, ha a hűtött élelmiszert legutolsóként teszi a kosarába, illetve a vásárlást követően hűtőtáskában tárolja/szállítja azt, különösen nyáron.

A fagyasztott- vs. friss zöldségek és gyümölcsök előnyös hatásai, beltartalmi értékei

A zöldségek és gyümölcsök napi szintű fogyasztása kedvezően hat egészségi állapotunkra, számos betegség, többek közt az elhízás kialakulásának esélyét csökkenti. A bennük található rostok és antioxidánsok előnyösek pl. a szív-érrendszeri betegségek megelőzésében. Nagyobb mennyiségű zöld leveles zöldségek és gyümölcsök fogyasztásával jelentős mértékben csökkenthető a 2-es típusú cukorbetegség kockázata. Ha minden adagot csak egy kicsit növelünk (+0,2 adag/nap), 13%-kal csökkentjük a cukorbetegség kialakulásának esélyét. Hatékony immunvédekezésünkhöz is hozzájárul a rendszeres zöldség- és gyümölcsfogyasztás. Felmerülhet a kérdés, hogy a friss és mirelit termékek vajon egyenértékűek ebből a szempontból? Kifejtik ugyanazon jótékony hatásokat?

Storey és munkatársa nemenkénti bontásban 10 csoportban vizsgálta a friss és fagyasztott zöldségek, gyü-

mölcsök átlagos fogyasztását és annak tápanyagfelvételre gyakorolt hatását. Az eredmények alapján a mirelit zöldségeket és gyümölcsöket fogyasztók átlagos össz-felvétele ebből az élelmiszercsoportból nagyobb volt a mirelitet nem fogyasztókéhoz képest, azonban az ajánlott fogyasztási mennyiségeket egyik csoport sem érte el. A mirelit élelmiszert fogyasztók körében az élelmi rost, a kálium, a kalcium, a D-vitaminfelvétel jelentősen nagyobb, míg a nátriumfelvétel alacsonyabb volt a mirelitet nem fogyasztókéhoz képest. Az 1–18 év közötti mirelitet fogyasztó gyermekek átlagos energiafelvétele jelentősen kisebb volt, mint a mirelitet nem fogyasztókéhoz képest, ugyanakkor felnőttkorban a testtömegindex volt kisebb a mirelitet fogyasztók körében.

Bouzari és munkatársai a hűtőben tárolt mirelit zöldségek és gyümölcsök vitamintartalmát hasonlították össze. Aszkorbinsav-, riboflavin-, alfa-tokoferol- és béta-karotin-tartalom vonatkozásában vizsgáltak kukoricát, sárgarépat, brokkolit, spenótot, zöldborsót, zöldbabot, epret és áfonyát. Összességében a friss és a mirelit termékek vitamintartalma hasonló arányú volt, sőt a fagyasztott áruké esetenként magasabb is volt, mint a frisseké. Azonban néhány fagyasztott mintában, a béta-karotin mennyiségében jelentős csökkenés volt kimutatható.

Li és munkatársai kutatásukban hasonló eredményt kaptak. Három kategóriába sorolták a zöldségeket és gyümölcsöket: friss, fagyasztott és „frissen tárolt” – ez utóbbi modellezi legjobban egy átlagos fogyasztó vásárlást követő „tipikus” tárolási szokását, miszerint a megvásárolt zöldséget, gyümölcsöt hűtőben tárolja. Brokkolit, karfiolt, kukoricát, zöldbabot, zöldborsót, spenótot, áfonyát és epret vizsgáltak a három frissességi kategóriában C-vitamin-, A-provitamin- és folsavtartalom tekintetében. A vizsgálat eredményei nem támasztják alá azt az általános fogyasztói meggyőződést, miszerint a friss élelmiszerek tápértéke lényegesen nagyobb a fagyasztott változathoz képest. A három kategóriában vizsgált élelmiszerek vitamintartalmának összehasonlítása nem mutatott jelentős különbséget.

Zöldségek és gyümölcsök a tányéron

A legfrissebb hazai táplálkozási ajánlás – az [OKOSTÁNYÉR®](#) – az egészséges felnőttek és gyermekek (6–17 éves korig) számára ad iránymutatást a kiegyensúlyozott táplálkozás legfontosabb alapelveihez. Az OKOSTÁNYÉR® zöldség- és gyümölcsfogyasztásra vonatkozó legfőbb ajánlásai a következők:

- Napi ételünk fele zöldség és gyümölcs legyen! – azaz az lenne ideális, ha a tányérunkon kínált ételek felét a zöldség és a gyümölcs tenné ki.
- Minden főétkezéshez együnk zöldséget! S hogy milyen forrásból? A friss, a gyorsfagyasztott, a konzerv zöldségfélék mind számítanak. Azonban a konzervek közül érdemes azt választani, amelyik kevesebb sót, cukrot tartalmaz.

- Heti legalább 1 alkalommal fogyasszunk hüvelyest (pl. babot, borsót, csicseriborsót, lencsét)!
- A gyümölcsöket jól be lehet illeszteni tízórára vagy uzsonnára akár önmagukban, akár salátaként vagy desszertként.
- Részesítsük előnyben a friss gyümölcsöt, de emellett fogyaszthatjuk aszalt, fagyasztott vagy konzerv formában is.

A mennyiséget tekintve felnőtteknek naponta legalább 5 adag zöldség vagy gyümölcs fogyasztása javasolt, a zöldségek javára, azaz az 5 adagnak javarésze (3-4 adag) zöldségből származzon, s a maradék 1-2 adag gyümölcsből. Legalább 1 adag friss vagy nyers formában kerüljön a tányérra. (A burgonya nem számítandó bele az 5 adagba, legfeljebb minden második nap tervezzünk vele.) 1 adagnak számít pl. 1 nagyobb paprika, paradicsom, 1 nagy alma vagy őszibarack, 1 pohárnyi bogys gyümölcs.

Lehetőség szerint válasszuk az évszaknak megfelelő, szezonális alapanyagokat, s ha tehetjük vásároljunk hazai, helyben termesztett zöldséget, gyümölcsöt.

Friss vagy fagyasztott? – pro és kontra

Az OKOSTÁNYÉR® útmutatása alapján nem kérdés, hogy étrendünknek naponta legyen része a zöldség és a gyümölcs, s legalább 1 adagja friss legyen, ugyanakkor a mirelit változatok használatával színesíthető az étrend. Vannak olyan szempontok, amelyeket figyelembe véve könnyebb kiválasztani, hogy épp melyik változat használata jár nagyobb előnnyel. A teljesség igénye nélkül, néhány megközelítés:

Felhasználhatóság: a fagyasztott gyümölcs többnyire nem használható fel azonnal, meg kell várni amíg felenged, ellenben a friss gyümölcs „mindig kéznél van”.

Időráfordítás: a fagyasztott zöldség elkészítése legtöbbször kevesebb időt igényel, hiszen konyhakész és sok esetben előfőzött.

Eltérően hatnak az érzékekre: pl. a friss gyümölcsnek érezni az illatát, meg lehet tapintani – ez főleg kisgyermekkorban lehet előnyös, hogy a gyermek minél többet érzékeljen, tapasztaljon.

Érettségi fok: míg a gyorsfagyasztásra szánt zöldség, gyümölcs betakarítása a legnagyobb érettségi fokon történik, addig a messziről érkező frissnek szánt árukat gyakran még éretlenül szedik le. (Ennek példája a többnyire zöld vagy zöldes-sárga színű banán.)

Felületi kezelés: a déligyümölcsök felületét (elsősorban a citrusfélék héját) általában gombaölő hatású szerrel vagy viaszbevonattal, esetenként mindkettővel kezelik a hosszabb eltarthatóság céljából.

Tárolási körülmények: a friss termékek esetében a tárolás körülményei nem mindig megfelelőek, pl. piacokon az áru éjszakára is kint maradhat s az éppen aktuális hőmérséklet hat rá. (Célszerű a friss zöldségeket, gyümölcsöket hűtve tárolni.)

Hulladékképződés: a friss zöldségekből és gyümölcsökből több vész kárba, mint a fagyasztottakból.

Gyakorlati tippek – legfőképp – a mélyhűtött termékek vásárlásához, feldolgozásához és felhasználásához

A vásárlás során figyeljünk:

- **a gyorsfagyasztott termék csomagolására.** Sérült csomagolású terméket ne vásároljunk! Ha megtapogatjuk és azt érezzük, hogy nagyobb tömbök vannak a csomagban, ne vegyük meg.
- **a vásárlás sorrendjére.** Lehetőség szerint utolsó lépés legyen a hűtött termékek kosárba helyezése. A különböző termékeket (pl. friss zöldségek, fagyasztott áruk) célszerű külön táskákba tenni, hogy ne szennyezzék egymást.
- a minőség-megőrzési illetve **fogyaszthatósági időre.**
- **a friss zöldség és gyümölcs épségére,** s arra, hogy benyomódásoktól mentesek legyenek. (A benyomódás helyén gyorsabban megindul a romlás.)

A feldolgozás, felhasználás során érdemes figyelembe venni a következőket:

- A fagyasztott élelmiszert a felengedés után már nem szabad újra lefagyasztani, mert a „hibernált” mikrobák a kiolvasztás után újra szaporodni kezdenek, ezáltal nő a csíraszám. Ebből adódóan a terméket csak akkor érdemes kiolvasztani, ha utána rövid időn belül fel is használjuk. A kiolvasztás legbiztonságosabb módja, ha lassan és hűtőszekrényben történik.
- Ha a fagyasztott zöldség, gyümölcs kissé fakóbb a vártnál, még nem feltétlen ad okot aggodalomra. Némi színváltozás még elfogadható, melynek oka lehet többek közt a hosszú idejű tárolás.
- A zöldségeket a felhasználási javaslat szerint, vagy felengedés nélkül tegyük forrásban lévő vízbe vagy hevített zsiradékba.
- A fagyasztott zöldség párolásához elegendő pár perc, ha túl sok ideig tart a hőközlés, pépes állag lehet a végeredmény.
- Ha fagyasztott zöldséget grillezünk, tanácsos grillkosarat használni, mivel ilyenkor a zöldségek puhábbak vagy épp törékenyebbek lehetnek a frisseknél, így könnyen áteshetnek a grillrácon.
- Amennyiben fagyasztott gyümölcsöt használunk, pl. süteményhez, s előtte nem olvasztjuk ki, akkor valamivel hosszabb sütési idővel számolhatunk.
- Fagyasztott bogys gyümölcsnél előfordulhat, hogy levét ereszt a gyümölcs, ezért mielőtt a tésztahoz adjuk, szórjuk meg azt egy kis liszttel vagy búzadarával, ami felszívja a nedvességet.

(Forrás: [MDOSZ.hu Táplálkozási Akadémia Hírlevél](https://mdosz.hu), 15. Évfolyam, 2. Szám – 2022. február)

KÖZELEDIK A HÚSVÉT



Fotó: Pixabay

A tavasz sokak számára a megtisztulás, újjászületés időszaka. Idén a keresztény böjti időszak március másodikán, hamvazó szerdán kezdődik, és április 16-ig, Nagyszombatig tart. Ez idő alatt a vallások önmegtartóztatást javasolnak.

Érdemes tudni, hogy számos esetben nem javasolt a böjtölés: fejlődő szervezetűek esetében (pl. gyermekek, terhesség), szoptatás alatt, betegség, gyógyszeresedés esetén, de időskorban sem. Tehát – elvileg – a cukorbetegeknek sem indokolt böjtölniük.

Sokan viszont nem is vallási okokból böjtölnek, hanem tavaszi „tisztítókúrát”(?) tartanak, vagy éppen télen fel-

szedett súlyfeleslegüktől szeretnének megszabadulni a böjti időszak alatt. Ezekben az esetekben az átmeneti szigorúbb megszorítások helyett inkább javasolt lenne az egészségesebb táplálkozás – és életmód – megvalósítása, egész évben.

Akár vallási okokból, akár testsúlycsökkentés céljából kezdené el valaki a böjtölést, néhány információ azért nem árt hozzá.

Miről is szól a böjt, az önmegtartóztatás diabétesz fennállása esetén?

✓ **Általában nem javasolt jóllakásig enni**, de tudjuk, hogy ez mindenkinek így lenne javasolt egész évben.

✓ **A böjt nem fogyókúra és nem méregtelenítés, sokkal inkább a szervezet kímélését szolgálja**, a fogyás csak előnyös „mellékhatás”. A böjti étrend ugyanis általában energiában szegényebb.

Azoknak a cukorbetegeknek, akiknek testsúly feleslegük van, ezekre eleve kellene ügyelniük, nem csak most, hanem egész évben. A böjtölést egyébként fokozatosan érdemes elkezdeni és befejezni annak is, aki normál testalkatú. (Túlsúlyosak viszont a fogyást folytathatják a testtömeg normalizálásáig). Már a böjtölés előtt kerülni érdemes a nehéz, zsíros



ételeket. Aki még nem tette meg eddig a diabétesze miatt, csökkentse az adagok mennyiségét (ne csak a szénhidráttartalmú összetevőket). Az állati eredetű élelmiszerek zsiradékszegények legyenek („fehér hús”, savanyított tejtermék, sovány sajt és túró), és az ételkészítés során is legyen minél kevesebb zsiradék (javasolt a főzés, párolás). A túl szigorú böjt komoly tápanyag-hiányos állapotot okozhat. A napi energia mennyiségként 2-es típusú diabeteses nőnek 1200 kcal, férfinak 1500 kcal-t javasolunk, normál testtömegűek étrendje pedig legyen legalább 20–25 kcal/testtömegkg legyen.

Böjt alatt egyes esetekben korlátozzák az étkezések számát is, napi háromra, esetleg napi egy alkalomra. Cukorbetegeknek nem javasolható a napi 1-szeri étkezés. Bizonyos gyógyszeres kezeléseknél (beleértve az analóg inzulint is) megvalósítható a napi 3x-i étkezés, de vannak olyan kezelési típusok, amikor fontos, hogy meglegyen a napi 5 vagy 6 étkezés. Pontosítva: 5 vagy 6 alkalomra elosztott szénhidrát bevitel, melyben étkezésnek minősül 1 db gyümölcs is, vagy néhány falatnyi nasi elfogyasztása.

✓ **Kevésbé javasolt a húsfogyasztás.** Vannak, akik csak Nagypénteken nem fogyasztanak húst, másoknál a böjti időszak pénteki napjai húsmentesek. Ez mindenkinek ajánlható, akár egész évben is. Az Okostányér® legújabb ajánlása is a húsok – elsősorban vörös hús – fogyasztásának mérséklésére hívja fel a figyelmet, illetve azt is javasolja, hogy heti egy nap legyen húsmentes (és ez lehet péntek a böjt ideje alatt). Hiszen vannak egyéb fehérjeforrások is: halak (melyek böjt idején is fogyaszthatók), tojás, tejtermék, szárazfőzelékek. Nem ajánlhatók azok a böjttípusok, melyekből a húsok és tejtermékek – azaz a teljesértékű fehérjeforrások – teljes mértékben számúzva vannak:

- léböjt: zöldség-, gyümölcslevek,
- nyersétrend: szilárd zöldségek és gyümölcsök,
- bővített nyersétrend: teljes kiőrlésű lisztből készült kenyérral, párolt zöldség és főzelékfélékkel, héjában főtt, sült burgonyával (édesburgonyával) kiegészített,
- gyümölcsnap

✓ **A böjt idején összeállított étrend tartalmazzon minél több zöldséget, főzeléket** (nyersen, salátának), gyümölcsöt (lehetőleg naponta több félétt), rostos gabonatermékeket. A sok növényi összetevő miatt az étrend vitaminokban és ásványi anyagokban gazdag, sok rostot tartalmaz, melyek serkentik a bélmozgást, ily módon a salakanyagok gyorsabb kiürülését. A zöldség-, gyümölcs fogyasztás fontossága sem új dolog. Ami újdonság, hogy az eddigi napi minimum 40 dkg zöldség, gyümölcs helyett az új ajánlások napi minimum 50 dkg-t javasolnak.

✓ Böjt közben **javasolt sok folyadékot** – elsősorban víz, tea – **fogyasztani** (egyébként is ideális lenne napi 8 pohárnyi)

✓ Böjt vagy „tisztító kúra” alatt **fontos az élvezetek szerep mellőzése** – például az alkohol, dohányzás – is. De mint tudjuk, ezek a feltételek fontosak az egészséges életmód megvalósításakor is.

Nagyon fontos, hogy mielőtt bárki belekezd egy szigorú megszorítású étrendbe, előtte szakemberekkel – kezelő orvos, dietetikus – egyeztessen a részletekről!

Továbbra is javasolt hallgatni a híreket, hogy hogyan alakul a vírushelyzet, de remélhetőleg a húsvétot is családi összejövetelekkel ünnepelhetjük meg. És nem kell lemondanunk – némi odafigyeléssel – a hagyományos szokásokról, ízekről, pláne, ha olyan programokat szervezünk, melyekben mozgunk is. De, azért jobb, ha továbbra is úgy étkezünk, hogy ne szélsőségek - visszafogottság után bőség – uralják életünket.

A böjti időszak után már nincs korlátozva a hús fogyasztása, de az sem, hogy a sertés- és marhahús mellett (vagy helyett) soványabb baromfit vagy halat együnk. Bár a megszokott köret helyett készíthetünk többször párolt zöldségeket, salátákat is.

Füstölt sonka nélkül szinte elképzelhetetlen a húsvét, de érdemes figyelni a mennyiségekre. Akinek ügyelnie kell a napi energia bevitelre is, nem mindegy, hogy mennyire zsíros a sonka. Szerencsére elég széles választék van gép-sonka jellegű készítményekből is, és kisebb a zsírtartalma a frikandó sonkának, vagy egy soványabb füstölt tarjának, mint a bőrös lapockából és combból készült kötözött sonkáknak. Aki pedig kerülné a „vörös” húsokat, az választhat csirkéből, pulykából készült sonkaféléket.



A sonkának – de a tojásnak is – elhanyagolható a szénhidrát-tartalma, ezért cukorbetegeknek a normális vércukorszintek biztosításához arra kell majd ügyelni, hogy mennyi és milyen kenyeret, péksüteményt, esetleg kalácsot fogyasztanak majd egy-egy étkezésre. Jó tudni, hogy kalácsból lehet már venni sós változatot is húsvét környékén (de süthető házilag is), így mérsékelhető az étkezés utáni vércukorszint-emelkedés. A kalácsokat fehér lisztből készítik, így még cukormentesen is magasabb lesz a glikémiás indexe, mint a magvas, korpás kenyereknek.

Nincsen húsvét tojás nélkül

Főtt tojással fogyasztjuk a főtt füstölt sonkát, és a loszókat is – hagyományosan – főtt tojással kínálják, amit lehet színezi piros festékkel, vagy akár hagymahéjjal. Természetesen sokakban felvetődhet, hogy mi újság a tojás koleszterintartalmával. Hiszen évtizedekkel ezelőtt a koleszterintartalmú ételek kerülendők voltak, így a tojás is. Méretétől függően egy darab tyúktojás 180–250 mg koleszterint is tartalmaz, míg a koleszterinszegény étrendben csak 100–200 mg lehetett a napi koleszterin



mennyiség. Körülbelül 15–20 éve már tudjuk, hogy az ételek koleszterintartalma csak legfeljebb 15–20%-ban befolyásolja a vér koleszterinszintjét. Így a tojás lekerült a tiltó listáról, de ez azért nem jelenti azt, hogy korlátlan mennyiségben fogyasztható. Átlagosan napi 1 db tojás fogyasztása ajánlott, de jusson eszünkbe, hogy ételkészítés során is sokszor használjuk a tojást (tojással gyúrt tészták, rántott húsok és zöldségek). A tojás fehérjéjének biológiai értéke az anyatejével azonos, a koleszterint a sárgája tartalmazza a zsírban oldódó vitaminokkal (A, D, E) együtt. Epebetegség esetén a tojás csak egyéni érzékenység figyelembevételével fogyasztható. Érdeemes arra ügyelni, hogy a főtt tojás legfeljebb 2 órát maradhat szobahőmér-

sékleten, ezért érdemes a hűtőben tárolni, de nem rakható vissza a tojástartóba, ahol a nyers tojást tároltuk.

A húsvéti ünnepek után megmaradt tojás elkészíthető bundás tojásnak, tojás pörköltnek, vagy akár rakott burgonyának.



A sütemények készítésénél (mennyiség, minőség szempontjából) mindenki legyen visszafogott, hiszen, ha kevésbé jönnek a látogatók (a diabétesz is a magasabb rizikójú betegségek közé tartozik a koronavírus szempontjából!), jobb, ha nem tartunk otthon sok süteményt. Hiszen csak legfeljebb egy-egy szelet fogyasztható belőle köztes étkezésekre (még így is több kalóriát jelentve, mintha gyümölcs lenne). Sokan szívesen használják a szénhidrátszegény liszteket, nem figyelve a tápanyagtartalomra. Pedig arra is kellene ügyelni, mert pl. a drága mandulaliszt csak 280 kcal/100 g, a mandula őrlemény viszont – sokszor ezt is mandulalisztnak nevezik – 600 kcal feletti. Tej, tejtermék alapú édességeknél nézzük a hozzávalók zsírtartalmát, vagy ha zsírosabb készítményt kell használnunk (pl. tejszínhab, mascarpone), a mennyiségét. Bár a friss gyümölcs a legegészségesebb, használatuk előnyös az édességeknél is. Analóg inzulinkezelés esetén a főétkezésnél kell úgy összeállítani a menüt, hogy a sütemény szénhidrát-tartalma is beleférjen az étkezésbe, egyéb kezeléseket esetén azok az édességek, melyek nem tartalmaznak többet, mint 10–20 g szénhidrát, fogyaszthatók akár közti étkezésekre (tízórai, uzsonna). Jó lenne, ha az energiatartalma sem haladná meg a 250 kcal-t.

Most, hogy ismét egy családi ünnep étkezési kihívásai előtt állunk, érdemes tudatosítani magunkban, hogy cukoranyagcsere-zavarok esetén nem csak az 5–9 mmol/l közötti vércukorértékek elérése fontos, hanem a normál testtömeg megtartása, illetve elérése.

Áldott húsvéti ünnepeket kívánunk!



Diétás cikk és receptek

Gyurcsáné Kondrát Ilona

dietetikus, prevenciósz ételmezés és táplálkozás-egészségügyi szakértő

Fotók: [Pixabay](#)

Tárkonyos hal (4 adag)

Hozzávalók:

- 50 dkg tengeri halfilé
- 2 evőkanál olaj
- 2 dl tejföl (12%-os)
- ½ db citrom
- tárkonylevél (friss)
- őrölt bors

Elkészítés:

1. A halszeleteket enyhén megsózzuk, majd borssal és citrommal ízesítve legalább egy óráig állni hagyjuk.
2. Felhevített olajban mindkét oldalát át-sütjük.
3. Egy hőálló tálba egymás mellé helyez-zük a halszeleteket. A tejfölt jól összeke-verjük az apróra vágott tárkonylevéllel és a halszeletekre öntve előmelegített sütőben összesütjük.



Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	222 kcal	Fehérje	25,6 g
Zsír	12,2 g	Szénhidrát	1,5 g

Zöldséges kuskusz (4 adag)

Hozzávalók:

- 15 dkg kuskusz
- 1 db cukkini (kb. 30 dkg)
- 10 dkg sárgarépa
- 1 db kalifornia paprika (piros)
- 15 dkg gomba
- 10 dkg vöröshagyma
- 1-3 gerezd fokhagyma
- 2 evőkanál olíva olaj
- tengeri só,
- őrölt bors



Elkészítés:

1. A kuskuszt tegyük egy edénybe, öntsük fel annyi eny-hén sós, forró vízzel, ami éppen ellepi, majd lefedve pihentessük 20 percig.
2. A megtisztított zöldségeket cikkekre, vagy karikára vágva daraboljuk fel. Egy bevonatos edényben hevít-sünk olajat. A cikkekre vágott vöröshagymát és a kis szeletekre vágott fokhagymát kicsit pirítsuk át.
3. Ezután adjuk hozzá darabolt zöldségeket, sózzuk és borsozzuk (de adhatunk hozzá tetszőlegesen egyéb fűszereket is: bazsalikom, oregánó, stb.) és magas lán-

gon pároljuk reszre (aki jobban szereti, fedő alatt pá-rolhatja kicsit puhábbra).

4. A párolás után adjuk hozzá a villával átkevert kuskuszt, majd melegítsük össze a zöldségekkel.

Tipp:

Tálalhatjuk sült húsokkal köretként, de fogyasztható önálló fogásként is.

Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	368 kcal	Fehérje	20,7 g
Zsír	11,7 g	Szénhidrát	42 g



Tonhalas tésztasaláta (4 adag)

Hozzávalók:

- 24 dkg durum tészta
- 2 fej szív saláta (kb. 30 dkg)
- 1 doboz tonhalkonzerv
- 30 dkg paradicsom
- 2 db zöldpaprika
- 1 db citrom
- konyhasó

Elkészítés:

1. A tésztát enyhén sós vízben főzzük meg, szűrjük le, és hagyjuk kihűlni.
2. A saláta külső leveleit (12–16 db-ot) tegyük félre, a többit vágjuk laskára.
3. Vágjuk össze a zöldpaprikát csíkokra, és a paradicsomot cikkekre.
4. A laskára vágott salátát keverjük össze a zöldpaprikával, a kihűlt tésztával, locsoljuk meg a tonhal konzerv olajával, és a citrom kifacsart levével. (Hűtőben 15–20 percig össze is érleltethetjük.)
5. Tálaláskor a tányérokra osszuk el a salátaleveleket, porciózzuk el rajta a zöldséges tésztát, osszuk el négy felé a tonhalat.

Tipp:

Díszítsük a salátát a cikkekre vágott paradicsommal, és citromkarikával.



Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	386 kcal	Fehérje	25,8 g
Zsír	14,6 g	Szénhidrát	50 g



Rakott burgonya (4 adag)

Hozzávalók:

- 1 kg apróbb szemű burgonya
- 20 dkg lecsókolbász (vagy virsli)
- 10 dkg füstölt kolbász
- 4 db tojás
- 2 dl tejföl 12 %
- 5 dkg füstölt szalonna, vagy bacon (elhagyható)
- konyhasó

Elkészítés:

1. A burgonyát héjában főzzük meg, a tojásokat főzzük keményre. Szűrjük le, és hagyjuk kihűlni.
2. A kolbászokat karikázzuk fel vékonyra, a füstölt szalonnát vágjuk fel apró kockákra. Tisztítsuk meg a megfőtt és kihűlt burgonyát és főtt tojást.
3. Hőálló jéni edény, vagy egy kisebb tepszi aljába karikára vágva tegyük a burgonya felét, és kissé sózzuk meg. Karikázzuk a burgonya tetejére a főtt tojásokat (ezt is megsózzhatjuk kissé). Osszuk el a tetején először a lecsókolbászt (vagy virsli), majd a felkarikázott füstölt kolbászt. Fedjük be a maradék burgonyával (kissé megsózzhatjuk).
4. Szórjuk rá a kockázott füstölt szalonnát, és tejföllel kenjük meg a rakott burgonya tetejét.
5. Előmelegített sütőben süssük addig, amíg a teteje kissé megpirul.

Tipp:

Héjában főtt burgonya helyett használható tisztított, karikára vágott burgonya is, melyet enyhén sós vízben főztünk meg. Ilyenkor nem kell a burgonya rétegeket megsózni.



Tápanyagtartalom – 1 adag:

Energia	711 kcal	Fehérje	26,7 g
Zsír	40,3 g	Szénhidrát	51,8 g

Tápanyagtartalom virslevel – 1 adag:

Energia	691 kcal	Fehérje	24,7 g
Zsír	38,8 g	Szénhidrát	51,8 g



Receptek és fotók

Gyurcsáné Kondrát Ilona

dietetikus, prevenció élelmész és táplálkozás-egészségügyi szakértő

Zebra szelet (16 szelet)

Hozzávalók:

- kb. 12 dkg cukormentes háztartási keksz
- 1 csomag csokoládé pudingpor
- 3 dl tej (1,5%-os)
- édesítőszer (energiamentes, ízlés szerint)
- 10 dkg margarin
- 1 evőkanál kakaópor, zsírszegény (Arany kakaó)
- kb. 2 dkg kókuszreszelék

Elkészítés:

1. A pudingporból és a tejből készítsünk sűrű pudingot. Ha tablettázott édesítőszert használunk, akkor hőstabil legyen, és tegyük a melegedő tejbe, ha por, vagy folyadék állagú, akkor az elkészült puding is ízesíthető vele.
2. Az elkészült forró pudinghoz adjuk hozzá a margarint, és a kakaóport, és keverjük addig, míg egynemű állaga lesz.
3. Kb. 40 cm hosszú alufólia közepét kb. 5 cm szélesen szórjuk meg a kókuszreszeléssel. A háztartási kekszet mártsuk meg egyenként a pudingos masszába, és élére állítva rakjuk szorosan egymás mellé úgy, hogy

az a rész, ahol fogtuk, felülre essen. Ha a kihűlő maszsa dermedni kezd, kis kanállal, lekerekített késsel is segíthetünk megkenni a kekszek oldalát, élet.

4. A maradék pudinggal töltsük ki a megmaradt réseket, és kenjük a kekszsor tetejére, és oldalára. Forró vízben felmelegített késsel tudjuk egyengetni.
5. Szórjuk meg a sütemény tetejét, és oldalát is a kókuszreszeléssel, majd a fóliába becsomagolva, tegyük egy napra a hűtőbe.
6. Másnap éles késsel, ferdén vágva szeleteljük fel, hogy csíkokba rétegezett süteményszeleteket kapjunk.

Tipp:

Az oldalakra egyszerűbb úgy juttatni a kókuszreszeléket, hogy az egyik oldalon alufóliára szórjuk a kellő mennyiséget, és az alufóliával ráfordítjuk a süteményt. Utána megismételjük ezt másik oldallal is.

Tápanyagtartalom – összes:

Energia	1650 kcal	Fehérje	30 g
Zsír	113,5 g	Szénhidrát	133,4 g

Tápanyagtartalom – 1 szelet:

Energia	103 kcal	Fehérje	1,9 g
Zsír	7,1 g	Szénhidrát	8,3 g

The logo consists of the letters 'C', 'D', 'F', and 'D' arranged horizontally. The 'C' and 'F' are blue, while the 'D's are yellow. The entire logo is centered within a light grey circle.

CDFD

www.diabforum.hu