



FÓKUSZBAN A DIABETES MELLITUS

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

A februári számunkban megjelent felhívás óta számos kérdést, megjegyzést kaptunk. Örömmel vettük megtisztelő érdeklődésüket, közreműködésüket!

*A kérdésekre dr. Winkler Gábor professzor,
a (Szent János Kórház*

II. Belgyógyászati Osztályának főorvosa válaszol.



– Tartja még magát az a vélemény, hogy a cukorbetegnek gyakran kell étkeznie? A 2-es típusú diabetesben szenvedő cukorbetegre is vonatkozik ez?

– A kezelés három pillére – a cukorbetegség minden formájában – a megfelelő étrend, a napi rendszerességgel az életmódba épített fizikai aktivitás és az ezekhez igazodó gyógyszeres kezelés (ideértve az inzulinadást is). Ha egyaránt figyelembe vesszük a táplálék általában ajánlott 55% szénhidrát-, 20% fehérje-, 25% zsírosszétételét, a szükséges napi energiabevitel étrendi biztosításának szükségességét, a napi teljes szénhidrátmennyiség 150–180 grammnyi mennyiségét, valamint a cukorbeteg glükóztoleranciájának csökkenését, nem igényel különösebb magyarázatot, hogy a napi szénhidrátbevitelt több részletre kell elosztani. A csak az étrendi és életmódbeli irányelveket követő betegek esetében az ötszöri étkezés a szokásos; orális antidiabetikumokat szedők esetében is rendszerint ez a követett eljárás. Inzulinkezelésben részesülőknek a napi hatszori, három fő- és három köztes étkezést javasolják (ötszöri étkezés esetén két köztes étkezés ajánlott). A kis étkezéseket – az angolszász terminológia nyomán – a hazai irodalom is mind gyakrabban snackként említi.

Persze – bizonyos kezelési rendsze-

rekben – módosulhatnak ezek az irányelvek. A csak életmódkezelést folytató, túlsúlyos személyek esetében elegendőnek bizonyulhat a napi háromszori – energia- és szénhidrát-tartalmában egyaránt csökkentett – étkezés; az inzulinszekretagóg hatású szerként rövid hatástartamú – az étkezési inzulinválasztás korai fázisát serkentő, az étkezési vércukorszintet szabályozó készítményt (prandialis glükózregulátort) – szedőknél is elegendő lehet a napi háromszori táplálékfelvétel. A funkcionális inzulinkezelésben részesülők esetében szintén eltérhet az étkezések száma és időpontja a korábbi, merev beállítású rendszerektől; az intenzív kezelési rendszerekben prandialis inzulinként analóg ultragyors hatású inzulinkészítményt – Humalógot vagy Novo-Rapidot – kapók esetében is elegendő lehet a napi háromszori-négyzöri étkezés. Ez sok esetben változhat: van, aki igényli a délelőtti vagy lefekvés előtti kis étkezést; van, akinél a vércukorértékek alakulása teszi alkalmazásukat szükségessé.

Az új készítmények és új kezelési rendszerek birtokában – igazodva az egyéni igényekhez – módosulhat az étkezések száma és alkalmankénti szénhidráttartalma is; azonban az étrenddel kapcsolatos alapvető irányelvek továbbra is érvényben maradnak.

– Meddig tartsam a kövér cukorbetegget csak (fogyókúrás) diétán, ha kooperál ugyan, de igen lassan fogy és a vércukorértékei magasak?

– A kérdés a napi gyakorlatban sűrűn előforduló problémát vet föl: a glykaemiás célértékek és a testsúlycsökkentés egyidejű érvényesítésének helyes terápiás stratégiáját. Ha a túlsúlyos személy a megfelelő összetételű és energiataralmú étrend, valamint az egyidejűleg naponta folytatott, a teherbíró képességhez és az edzettségi állapothoz igazodó fizikai aktivitás követésével egyenletesen és folyamatosan veszíti súlytöbbletét, rövid ideig lemondhatunk a vércukorértékek követendő kezelési célértékeinek megtartásáról. Ugyanis a metformin vagy a tiazolidindion típusú szer hozzáadása esetleg nagyobb szénhidrát- és energiataralmú étrendet igényelne, mint amilyent az érintett személy aktuálisan tart. (Metforminkezelés esetén minimálisan napi 100 g szénhidrát fogyasztása szükséges, ez a nálunk szokásos vegyes összetételű étrend mellett 900-1000 kcal energiabevitelt jelent. Tiazolidindion típusú készítmény esetén nem ismert hasonló előírás, azonban a készítmény potenciális mellékhatásai miatt nemkívánatos az igen kis kalóriataralmú étrend tartása, annak ketogén természete és a hepart terhelő volta miatt. Ugyanak-

Köszönjük a cukorbeteg ellátásával kapcsolatos kérdéseket dr. B. Ágnes budapesti, dr. D. Mária budapesti, dr. V. Péter budapesti, dr. P. Krisztina budapesti, dr. Cs. Imre szegedi, dr. F. Erzsébet szombathelyi, dr. L. Mihály váci, dr. L. György budapesti, dr. Sz. Olga budapesti olvasóinknak.



kor igen nagy jelentőségű a súlyleadás, hiszen mérsékli az inzulinrezisztenciát, következményesen csökkenti a szérumban az inzulin tartalmát is. Az inzulinhatás javításának egy további tényezője, ha az energiabevitel kívánatos csökkentése a fizikai aktivitás fokozásával is párosul.

A rövid ideig – 10-14 napig – tartó, ellenőrzés mellett, jelentős energiamegszorítással indított súlyleadó kezelés eredményesen folytatható akkor is, ha a súlycsökkenés megindulása után emeljük az étrend szénhidrát- és energiataralmát, s a glykaemiás kontroll biztosítása céljából kiegészítjük a kezelést inzulinhatás-érzékenyítő (metforminnal, illetve tiazolidindion típusú) szerrel.

Más a helyzet, ha antidiabetikus kezelésben részesülő cukorbeteg fogókúrát tartunk. Ilyenkor javasolt a kérdésben jártas személy – célszerűen a diabetesgondozó orvosa – bevonása, aki tanácsot adhat arra nézve is, hogy ambuláns vagy hospitalizált körülmények között célszerűbb-e a kezelést indítani. Az étrend energiataralmának csökkentését az antidiabetikus terápia megfelelő dóziscsökkentésének kell kísérnie. Gyakoribb ellenőrzések szükségesek, s a kezelési tervet időről időre, az eredményesség és az esetleges kísérőjelenségek figyelembevételével felül kell vizsgálni.

Hosszabb távon természetesen nem mondhatunk le a glykaemiás célértékek betartásáról. Saját gyakorlatunkban két hónapon túl nem támogatjuk a célértékeket meghaladó anyagcsere-mutatókkal folytatott fogókúrát. A kezelés beindításakor erőteljesebb energiamegszorítást – és ehhez igazodóan esetleg antidiabetikum-mentességet – alkalmazunk, majd a glykaemiás kontrollt biztosító dózisban visszaállítjuk az antidiabetikus kezelést, ahhoz igazítva az étrendi előírásokat. Akut anyagcsere-kisiklás esetén természetesen azonnal közbeavatkozunk. Ez a magyarázata, hogy a cukorbeteg fogókúra kezelése jártasságot, felügyeletet, szükség szerinti folyamatos szakorvosi elérhetőséget igényel.

– A Gilemal sokszor okozott – főleg a terápia bevezetésekor – hypoglykaemiát. Hol a Gilemal és egyéb, hosszú hatású szer helye a terápiaiban?

– A szulfanilureák közös alaptulajdonságaik mellett számos részajátság tekintetében eltérnek egymástól. Ezek közül az egyik legfontosabb, hogy a káliumcsatornát záró tulajdonságuk terápiás adagban csak a pancreas béta-sejtjein érvényesül-e, avagy érinti más szövetek hasonló struktúráit is (pancreasszelektív vagy sem), hogy hypoglykaemizáló hatásuk mennyi ideig tart, valamint hol s hogyan metabolizálódnak. A glibenclamid tartalmú készítmények (ilyen a Gilemal is) nem szelektív természetűek (a cardiomyocyták és a vasculatura simaizomzatának káliumcsatornáit is zárják), 50-50%-ban a vesében és a májban bomlanak le, a ma használatos szulfanilureák között a leghosszabb a hypoglykaemizáló hatásuk (béta-sejtbe való belépésük, valamint hypoglykaemizáló metabolitjaik miatt). E tények óvatosságra intenek e készítmények alkalmazásával kapcsolatban. Igen fontos annak ismerete, hogy a cardiomyocytákra gyakorolt hatásuk következtében gátolják az ischaemiás prekondicionálást – a szervezet védekezőmechanizmusát az ismétlődő anginákkal szemben –, s ez – elsősorban ischaemiás szívbeteg személyek esetében – komoly mérlegezési szempontot jelent. (Igaz viszont, hogy kinidinszerű antiarrhythmias hatásúak, ez a ventricularis arrhythmia-ra hajlamos személyeknél előnyt jelenthet.) Az előnyök és kockázatok egymás mellé állítása alapján az irodalomban mindinkább kikristályosodik az az álláspont, hogy a nem szelektív természetű szulfanilureák – az ischaemiás prekondicionálást nem érintő természete folytán a glimepirid és nem renalis eliminációjára tekintettel a gliquidon kivételével – lehetőleg kerülendőek. Hogyan foglalkozhatunk akkor állást e kérdésben, minden szempontot figyelembe véve?

Anyagcsere-egyensúlyban lévő, rendezett veseműködésű, angina mentes személyen megfelelő ellenőrzés mellett folytatható glibenclamid típusú szer adása. Újjonnan indított szulfanilureakezelés esetén lehetőség szerint nem glibenclamid típusú szer választandó. Ilyen készítményt szedő, de a kívánt glykaemiás kontrolltól elmaradó, illetve angina pectorisban szenvedő személynél célszerű másik készítményre váltani.

– Hypertoniás, 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők kezelésénél a jól kontrollált szénhidrát-anyagcsere vagy a jól beállított vérnyomás a döntőbb szempont?

– Az Egyesült Királyság Prospektív Diabetes Tanulmány (United Kingdom Prospective Diabetes Study, UKPDS) meggyőzően bizonyította, hogy a keringési kockázat legeredményesebben az optimális glykaemiás kontroll és a kívánt vérnyomás egyidejű biztosításával csökkenthető. Ugyanakkor, e kettő kombinációja is csak kismértékben csökkentette a myocardialis infarctus incidenciáját, amit a kezeletlen vagy elégtelenül kezelt dyslipidaemiával hoztak összefüggésbe. Ezt a magyarázatot a vizsgálat egy másik elemzése is támogatja. *Turner* és munkatársai, illetve *Farnier* és *Picard* megállapították, hogy minden 1,0 mmol-nyi LDL-koleszterinszint-emelkedés 1,57-szorosán növelte, minden 0,1 mmol/l HDL-koleszterin-tartalom-növekedés 0,15-szorosán csökkentette a 2-es típusú diabetes mellitust kísérő keringési kockázatot. Akkor járunk el tehát helyesen, ha 2-es típusú diabetes mellitusban szenvedő betegeinket egyszerre biztosítjuk a célértékekre törő anyagcsere-vezetést, s a kívánt vérnyomás- és vérszírértékek hosszú távú megvalósulását.

– Ha napok óta lázas az inzulinnal kezelt cukorbeteg, influenzás, és nem kíván enni semmit, hogyan változtassam az inzulinadagját?

– Jól ismert tény, hogy az interkurrens megbetegedések átmenetileg emelik az inzulin szükségletet. Lázas állapotokban az étvágy rendszerint csökken, emellett a hányással, hányingerral járó betegségekben a táplálékfelvétel nehézségekbe ütközhet. A cukorbeteg és hozzátartozói gyakran esnek abba a tévhitbe, hogy ha a beteg ilyenkor kevesebbet eszik, kevesebb inzulinra is lesz szüksége. A helyzet azonban éppen a fordítottja. A lázas állapot inzulinrezisztenciával jár, ezt a kiszáradás – elégtelen folyadékpótlás – enyhe formában is tovább mélyíti. Gondoskodjunk tehát a megfelelő folyadékfelvételtől. A másik, a rendszeres vércukor-önellenőrzés, s az inzulinada-



gok ehhez igazodó változtatása, a napi összdózist tekintve: emelése. Az „intenzív inzulinkezelés” alkalmazása különös előnyt jelent ilyenkor, hiszen a rövid hatású prandialis „bolus” inzulinok adagolása könnyebben szabályozható, mint az elhúzódó (intermedier), vagy intermedier inzulint is tartalmazó, előkevert inzulinoké. Ha a beteg nem tud szilárd táplálékot fogyasztani, de folyadékot igen, a napi teljes szénhidrát mennyiséget napszakokra elosztva, folyadék formájában kell bejuttatni. Erre egyaránt alkalmas lehet a tejtermék, a hozzáadott cukrot nem tartalmazó – 100%-os – narancs- vagy almadszusz, az ismert mennyiségű cukrot tartalmazó tea. Minthogy azonban a bevitt szénhidrát döntő hányada krisztalloid típusú, gyorsan felszívódó formájú, szükségessé válhat a prandialis bolusok kettébontása, s alkalmanként kisebb mennyiségek bejuttatása is. Ha az állapot napokon át fennáll, magas láz alakul ki, vagy a beteg állapota hirtelen romlik, kórházba utalás szükséges.

A lázzal nem járó hasmenéses állapotokban, az adekvát kezelés megkezdéséig hypoglykaemia is előfordulhat, ebből adódóan az inzulinadag csökkentése is szükséges lehet. Amikor viszont a megfelelő étrendi kezelést – pírítós vagy kétszersült, sós vízben főtt krumpli, reszelt alma, rántott leves – megkezdjük, a hasmenéses állapot csökkenésével mérséklődik a hypoglykaemia veszélye is, s fokozatosan sor kerülhet a korábbi adag visszaemelésére, szoros megfigyelés, rendszeres vércukorszint-ellenőrzés mellett.

– Előfordulhat-e diabetes mellitus paraneoplasia részjelenségeként, s ha igen, milyen tumorra kell gondolni?

– A diabetes jelen klasszifikációja a cukorbetegséget négy nagy csoportba sorolja. Az első két csoportot a két fő típus, az 1-es – korábbi elnevezéssel inzulindependens – és a 2-es – a régi terminológia szerint nem inzulindependens – forma, a harmadik csoportot a más állapotokhoz, illetve gyógyszerhatáshoz társuló diabetesformák képezik, míg a negyedik csoportba a gestatiós diabetest (GDM) sorolják. A harmadik csoportba tartoznak az inzulintermelés, inzulinhatás tényező-

inek genetikai defektusaihoz, az ismert genetikai szindrómákhoz, a hasnyálmirigy primer megbetegedéseihöz, az endokrin rendszer megbetegedéseihöz társuló, az immunrendszer veleszületett anomáliáit kísérő, valamint a gyógyszer és vegyszer indukálta formák. Hagyományos értelemben vett paraneoplasias jelenségként előforduló cukorbetegség tehát nem található e felsorolásban. Ez nem mond ellent annak a ténynek, hogy egyes mellékvese- vagy pancreastumorok is kísérhet cukorbetegséget, de ilyenkor a cukorbetegség kialakulásához a hormontermelés fokozódása vagy (pancreasfolyamat esetén) kiesése vezet. Enyhe vagy közepesúlyos, fenotípusát tekintve a 2-es típusú diabetes mellitusra emlékeztető anyagcsere-zavar kísérheti phaeochromocytoma hosszabb időn át történő fennállását is. Diabetes társulhat gastrointestinalis hormonokat termelő ritka előfordulású tumorokhoz, például VIP-omához (vazoaktív intestinalis polipeptidet termelő hormonokhoz), glucagonomához, somatostatinomához is, miként pancreastumorok társulását figyelték meg a MENI és MENII formában is (MEN: multiplex endokrin neoplasia). Ez utóbbiakat hypoglykaemia és vércukorszint-emelkedés egyaránt kísérheti, annak függvényében, hogy a multiplex endokrin neoplasia keretében inzulint vagy glukagont termelő tumor fordul-e elő. A felsorolt esetek kivizsgálása rendszerint csak speciális képalkotó és laboratóriumi módszerekkel lehetséges.

– Ha polipragmáziára kényszerülök, mert cukorbetegem hypertoniás, dyslipidaemiás, alsó végtagi obliteratív érbetegségben, coronariabetegségben is szenved, de nem tudja kiváltani összes gyógyszerét, mely gyógyszercsoportoknak adjak prioritást?

– Először azt kell tisztáznunk, polipragmázia-e, ha a beteget az állapota kívánta komplex – gyógyszeres – kezelésben részesítjük. Megítélésem szerint nem. Polipragmázia ugyanis a definíció szerint: a szükségesnél szélesebb körű gyógyszerelés alkalmazása. Tényeken alapuló bizonyítékok támasztják alá, hogy több kockázati tényező egyidejű, intenzív kezelése a

szövődmények megelőzése vagy progressziójuk lassítása szempontjából lényegesen hatásosabb, mint csupán egy-két tényező befolyásolása. Nem lehet kétséges, hogy az olyan fokozott keringési kockázattal járó állapotokban, mint a cukorbetegség – különösen a 2-es típusú diabetes mellitus –, nem tekinthetünk el a kívánt glykaemiás kontroll, vagy a lipid-, illetve vérnyomáscélértékek biztosításától. Igen kockázatos, egyben minden orvosi mérlegelési szemponttal, illetve kezelési irányelvvel ellentétes az a megközelítés, amelyik egyik vagy másik atherogen hatás, keringési kockázati tényező kezelésének prioritást biztosít a többi tényező kezelésével szemben. Magam ezt annak ellenére így gondolom, hogy az UKPDS egy késői elemzése a macroangiopathias szövődmények megelőzése szempontjából a szoros vérnyomáskontroll nagyobb szerepét igazolta a szorosabb anyagcsere-vezetéssel szemben.

Néhány esetben azonban eltérhetünk a fenti általános elvektől. Mérlegelés tárgyát képezheti a beteg idős kora, előrehaladott társbetegségei, együttműködési képessége, az egyes kockázati tényezők súlyossága, a szokásosan alkalmazott kezelési eljárások hatékonyságának különbségei. Súlyos társbetegségben szenvedők esetében például a mérsékelt vérzsír-eltérések kezelése – egyéni mérlegelés alapján – talán elhagyható, ugyanígy elhagyható vagy szüneteltethető a kérdéses hatékonyságú, de szokásosan alkalmazott kezelés, mint az obliteráló érszűkület kezelése orális vasodilatátorokkal, vagy a retinopathia kalcium-dobesilat terápiaja. Elhagyható vagy szüneteltethető a kezelés akkor is, ha azt speciális körülmények, például gastrointestinalis mellékhatás indokolják. Kivételes esetben ilyen speciális helyzet lehet a beteg anyagi helyzete is. A jelenlegi igen széles készítményválaszték, a mind nagyobb számban hozzáférhető, jóval kedvezőbb árú generikumok birtokában úgy gondolom, ez utóbbi szempont folytán mind ritkábban kényszerülünk majd terápiás elveink feladására. Végző esetben még egy megoldás marad, a szociális támogatás, a beteg közgyógyellátásának kijárása. Az ilyen ritka esetekben, azt gondolom,



gyógyítási feladataink részét kell, hogy képezze ez utóbbi is.

– Ha vércukor-önellenőrzésnél alacsony értéket mér a beteg, több szénhidrátot fogyasszon, vagy hagyja ki a tablettát? És ha magas a vércukra, emelheti-e a gyógyszeradagját önhatalmúlag?

– A vércukor-önellenőrzés kettős feladatot tölt be: tájékoztat a kezelés hatékonyságáról – a glykaemiás kontroll minőségéről –, illetve intenzív inzulinkezelésben részesülő betegeken segíti a dózisadaptáció alkalmazását. Bizonyos fokú dózismódosítás természetesen elvben lehetséges konvencionális inzulinkezelést folytatókon is – valamivel hatékonyabban a „féligenzív” rezsimre állítottaknál –, de normoglykaemiára törekvő módon ez igazán csak ICT-ben (intenzív konvencionális inzulinkezelés) valósítható meg. A kérdésben említett esetekben az önkontroll az előbbi, azaz a beállítás, az alkalmazott antidiabetikus kezelés ellenőrzését szolgálja.

Ha a tablettás kezelés alatt álló beteg alacsonyabb vércukorértéket mér, az lehet alkalmi eltérés – például intenzívebb fizikai tevékenység, előre be nem tervezett ház körüli munka stb. – eredménye, összefüggésben állhat a javasoltnál kevesebb szénhidrátot tartalmazó táplálék fogyasztásával, emellett jelezheti a kezelés túldozírozottságát is, például a beteg testsúlyának időközbeni számottevő csökkenéséből vagy rendszeressé váló fizikai aktivitásából eredően. Ilyenkor az alacsonyabb érték étkezéssel korrigálendő, átgondolandó a megelőző időszak (étkezés, tevékenység, a gyógyszerbevitel ideje, alkoholfogyasztás, más gyógyszerek szedésének módosulása stb.), és gyakoribb mérések javasoltak. Ha az alacsonyabb érték ismétlődik, feltétlenül javasolt a kezelőorvossal való konzultáció.

Nem tartom szerencsésnek az orális antidiabetikum(ok) dózisének növelését a kezelőorvossal történt megbeszélés nélkül. A gyógyszerek napi adagja ugyanis meghatározott, a szükségesnél, tanácsoltnál nagyobb dózis bevétele esetleg bajt okozhat. (Más esetben további érdemi vércukorcsökkentő hatás már nem várható, a mel-

lékhatások száma – és intenzitása – azonban nőhet.)

– Hogyan állapítható meg, hogy a panaszmentes betegnél az ismétlődő magas reggeli vércukorszint Somogyi-effektus következménye, vagy másik terápiás lépcsőfok? Mikor küldjem diabetesambulanciára?

– A Somogyi-jelenség a megelőző – többnyire rejtett – vércukoresést, hypoglykaemiát követő vércukorszint-emelkedés: posthypoglykaemiás hyperglykaemia. Igen gyakori probléma, hogy a hajnalban vagy reggel mért magasabb éhomi vércukorszint eredetét illetően kell eldönteni, hogy Somogyi-effektusról vagy hajnali jelenségről (dawn phenomenon) van-e szó. Ebben az éjszakai vércukormérések adatai nyújthatnak segítséget. (Javasolt mérési időpontok: 22.00, 1.00, 4.00, 6.00 óra.) Ha a mérések bármelyike 4,0 mmol/l alatti vércukorszintet rögzít, Somogyi-jelenségről lehet szó. Hajnali jelenség esetén nincs vércukorszint-csökkenés, a hajnali órákban a vércukorszint hirtelen emelkedik.

Somogyi-jelenség természetesen a nap bármely szakában előfordulhat, különösen labilis anyagcserejű, 1-es típusú cukorbetegségben szenvedőkön okoz komoly kezelési problémát.

Hajnali jelenség észlelése nem „másik terápiás” lépcsőfokot, hanem az eltérés megfelelő kezelésének szükségességét jelenti. Az addig orális antidiabetikum(ka)t szedőkön a lefekvéskor adott intermedier inzulin bevezetése (bed time inzulinkezelés) hozhatja a megoldást. ICT-vel kezeltéknél korábban jól bevált amorfcinkinzulin (Semilente MC) adása jön szóba; e készítményt azonban a gyártó kivonni tervezi. További lehetőségként fölmerül a hajnalban adott gyors hatású inzulin bevezetése, valamint inzulinpumpa (CSII) alkalmazása is. Próbálkoztak bázisinzulinanalóg (glargin) adásával is. Bár e készítmény csúcshatásmentes – így a hajnali órákban szükséges hatásfokozódás nem várható –, néhány vizsgálat eredményesnek találta adását fiatalkori, 1-es típusú cukorbetegségben.

– Mi a teendő, ha cukorbeteg nő orális szer (antidiabetikum) szedése mellett lesz terhes? Mekkora a magzati károsodás veszélye? Ki állítsa át inzulinra?

– Nagyszámú tapasztalat bizonyítja, hogy a magzat szempontjából a fogamzás, majd a terhesség alatti anyagcsere-állapot, a normoglykaemiástól eltérő anyagcserehelyzet jelent első sorban veszélyt (embryo-, illetve fetopathia). Az orális antidiabetikumok teratogén hatását eddig meggyőzően nem igazolták. Minden kézikönyvben úgy foglalnak állást, hogy a fogamzóképes korú, gyermeket kívánó – rendszeres nemi életet élő és nem védekező – asszonyok „prekonvencionális gondozásban” részesüljenek. Ez azt is jelenti, hogy számukra, amennyiben az „életmódkezelés” nem biztosít megfelelő glykaemiás kontrollt, inzulin adása szükséges. A prekonvencionális gondozást diabeteses terhesek ellátásában jártas, interdiszciplináris háttérrel rendelkező, akkreditált diabetes-szakellátó helyen (gondozóban) javasolt végezni.

Ismereteim szerint a vércukorszint-csökkentő tabletták hatására visszavezethető magzati károsodásról közlemények nem számoltak be. Minthogy e szerekkel elegendő tapasztalat még nem áll rendelkezésre, a terhesség fölismérését követően leállításuk, és általában inzulinkezelés bevezetése szükséges.

– Kell-e a gestációs diabetesben szenvedett nő szénhidrát-anyagcserejével foglalkozni a szülését követően, s ha igen, meddig?

– A terhesség idején felismert cukorbetegség az esetek többségében a 2-es típusú diabetes mellitus korai megnyilvánulási formája. A terhesség e tekintetben mint „élettani stressz” értékelendő, amelyre az ép insularis apparatus az inzulinválasztás fokozásával reagál. Ha e válaszkészség elégtelen, gestációs diabetes mellitus jelenik meg.

A szülést követően a glükóztolerancia gyakran rendeződik, máskor csökkent glükóztolerancia vagy manifeszt cukorbetegség marad fenn. A szülés utáni hatodik-nyolcadik héten ismételt vércukorvizsgálatokkal – manifeszt diabetes kizárhatósága ese-



tén a terheléses vércukorvizsgálatot (OGTT) is beleértve – sort kell keríteni a glykaemiás állapot tisztázására. Ez az úgynevezett reklaszifikáció hivatott eldönteni a glükóztolerancia aktuális állapotát. A gestatiós diabetes mellitus – függetlenül attól, hogy fennmarad-e a szülést követően vagy sem, igényelt-e a terhesség alatt inzulinadást vagy önmagában az életmódkezelés elegendő volt – a későbbi cukorbetegség szempontjából kockázati tényezőként értékelendő. Korábban gestatiós diabetes mellitusban szenvedő személyeken a szénhidrát-anyagcsere rendszeres – panaszmentes esetekben évenkénti – szűrővizsgálatot igényel, lehetőség szerint az illető egész további élete folyamán. A szénhidrátanyagcsere-zavar rejtve maradása ugyanis nemcsak a betegség későbbi kórismézését, hanem az állapotot kísérő akcelerált atherogenesis felismerésének és hatékony kezelésének későbbre tolódását jelenti.

– Van szabály arra vonatkozóan, hogy mennyi a maximális napi inzulin dózis, illetve orális antidiabetikum-adag ?

– Az inzulin dózist illetően nincsen felső határ. Annyi inzulint kell adni, amennyi a normoglykaemia tartós biztosításához szükséges. A szükségesnél több inzulin bevitele azonban kerülendő, mivel a receptorszámra gyakorolt potenciális „downreguláló” hatása az inzulinhatás csökkenését eredményezheti. (Mohnik professzor híres mondása: olyan sok inzulint adjunk, amennyi szükséges, de olyan keveset, amennyit csak lehet.) Saját gyakorlatunkban is több olyan 2-es típusú diabetes mellitusban szenvedő, elhízott, keveset mozgó

beteg található, aki napi 130-140 E inzulint kap intenzifikált inzulinkezelés formájában, metforminnal vagy a nélkül. [A betegek egy részénél metformin – az esetek túlnyomó többségében nem alkoholos steatosis hepatitisből (NASH) adódóan emelkedett hepatoparenchymás enzimszint miatt – nem adható. Akiknek a metforminszedés ellenére magas a napi inzulinigénye, e készítmény nélkül a szükséglet minden bizonnyal még magasabb lenne.]

Az orális antidiabetikumokra vonatkozóan a fentiek nem érvényesek. Itt a várható hatás, dózis-hatás összefüggések, potenciális mellékhatások ismeretében a maximális alkalmankénti és napi dózisok egyaránt meghatározottak. Ezek szem előtt tartása feltétlenül szükséges.

– A diabeteszes atherothrombosis kockázata miatt javasolják az acetilszalicilsav-profilaxist. Növekszik-e ezáltal a szemfenéki vérzések veszélye retinopathiás betegeknél?

– Az Amerikai Diabetes Társaság (ADA) ajánlása nyomán a macrovasculáris katasztrófák megelőzése céljából acetilszalicilsav adása javasolt szekunder prevencióként, ha cardiovascularis betegség áll fenn, primer prevencióként akkor, ha keringési kockázati tényezők jelenléte ismert. Az ajánlást a Magyar Diabetes Társaság 2002-ben kiadott módszertani levele is átvette. A kis dózisú szalicilat adása 30 év feletti életkorban a 2-es típusú diabetes mellitusban szenvedő betegek standard terápiájának részét kell(ene) képeznie. Szemfenéki vérzések fokozódásáról nem számoltak be, természetesen a vérnyomás rendezett értéken (<130/80, nephropathia ese-

tén <125/75 Hgmm) tartása ugyanígy a kezelés elengedhetetlen része!

– Milyen gyakran javasolt vércukor-önellenőrzést végeznie a napi kétszer inzulint adó 2-es típusú diabetesben szenvedő személynek?

– A vércukor-önellenőrzés gyakoriságának szükségességét döntően az határozza meg, hogy követi-e a kezelés változtatása (dózisadaptáció) vagy sem. Dózisadaptáció elsősorban az intenzifikált inzulinkezelés valamelyik formájában részesülők esetében szokásos. Ebből adódóan a napi kétszer inzulint adó, konvencionális inzulinkezelésben részesülők esetében elegendő hét-tíz naponta egy hétpontos vércukorprofil készítése – vércukormérés reggeli előtt és után, ebéd előtt és után, vacsora előtt és után, valamint lefekvéskor –, a köztes időben pedig egy-egy étkezéshez kapcsolódó vércukorpár rögzítése. Ha egyes időpont(ok)ban az értékek jelentős eltérést mutatnak, a következő napokban javasolt ugyanezen időszak vércukorpárjának, vagy az inzulin(ok) hatásgörbéjéhez (görbéihez) igazodó „algoritmuspontokban” történő mérések végzése. Ez utóbbiakkal kapcsolatban már a kezelőorvossal való konzultáció is javasolt. A mérések számát a beteg számára „támogatással” rendelhető csíkok száma is korlátozza, ez jelenleg konvencionális kezelés esetén negyedévente 100 darab tesztsík. Ez nagyon durván számítva napi egy mérést biztosít, azaz a heti egy teljes profil éppen megoldható. (Természetesen, aki megengedheti magának a támogatott mennyiségen felül, nagyobb mennyiségű tesztsík vásárlását, az bátran végezhet gyakoribb méréseket, mert azzal anyagcseréjéről megbízhatóbb kép nyerhető.)

A válaszokban említett hatóanyagok Magyarországon a következő néven vannak forgalomban:

Metformin: Adimet, Maformin, Merckformin, Meforal
Tiazolidindion: a glitazonok csoportja (rosiglitazon:
Avandia)

Glibenclamid: Gilemal, Glucobene, Glibenclamid
Pharmavit, Gilemal minor
Glargin inzulin: Lantus

VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!



ÁPRILIS: ALLERGIA

Ismert, hogy ma Magyarországon minden ötödik személy allergiás betegségben szenved. A betegek számának növekedése elsősorban a környezetszennyezéssel függhet össze, de talán az emberi szervezet csökkenő ellenálló képességével is magyarázható. A különböző emésztőszervi, bőr- és légúti allergiák az enyhe kellemetlenségektől az életminőséget tartósan rontó állapotokon át a súlyos szövődményekig széles skálán megnyilvánulhatnak.

*A kérdések beküldési határideje
2005. március 25.*

A kérdésekre dr. Nékám Kristóf, a Budai Irgalmasrendi Kórház professzora válaszol.

MÁJUS: BŐRBETEGSÉGEK

Ez az összeállításunk a bőr betegségeinek diagnosztikájával és kezelésével foglalkozik, különös tekintettel a bőrgyógyászati betegségek jellegzetes bőrtüneteinek felismerésével. A háziorvosnál jelentkező betegen nemegyszer látunk olyan tünetet, amelyet jól ismert és a házi orvos által is eredményesen kezelhető belszervi betegség okoz. De gyakran ütközünk olyan problémába is, amely túlhalad az alapellátás orvosának ismeretein. Ezekkel a gyakori, diagnosztikai és terápiás dilemmákkal kapcsolatban várjuk olvasóink kérdéseit.

*A kérdések beküldésének határideje:
2005. április 3.*

*A kérdésekre dr. Horváth Attila,
a Semmelweis Egyetem Bőrgyógyászati
Klinikájának igazgatója válaszol.*

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:

DR. KRAMER IMRE
Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu

*Kérdéseiket maximum 10 sorban,
reflexióikat egy kéziratoldal
terjedelemben fogalmazzák meg!
A válaszok a felkért szakemberek
egyéni szakmai tapasztalatát
és véleményét tükrözik.*



HÍR

PSZICHOTERAPEUTA-KÉPZÉS

A Szegedi Megyei Jogú Város Önkormányzata, Szakorvosi Ellátás és Házi Orvosi Szolgálat, Szegedi Pszichoterápiás Munkacsoport, együttműködve a SZOTE Pszichiátriai Klinikájával szegedi regionális propedeutikai és klinikai (I.) pszichoterapeuta-szakvizsgára felkészítő képzést indít.

Időpont: A képzés 2005 márciusában indul.

Helyszín: I. Rendelőintézet, 6720 Szeged, Tisza Lajos kt. 97. 3. emeleti előadóterem.

Részvételi díj: A tanfolyam önköltséges, évente vizsgával zárul.

A képzés rendje: A képzés blokkos formájú: egy tanévben 10 alkalommal havi egyszer két nap, szombaton és vasárnap. A képzési blokkok elméleti előadásokból, szemináriumokból és esetmegbeszélő csoportokból épülnek fel.

Az egyéves propedeutikai fázis a szakvizsgaképzés részeként tartalmazza az elméleti és gyakorlati követelményeket orvosok és pszichológusok számára.

A propedeutikai fázis önálló akkreditált továbbképzésként ajánlható más segítő foglalkozású szakembereknek is (gyógypedagógusok, szociális munkások, védőnők, mentálhigiénés szakemberek, orvostanhallgatók, pszichológushallgatók), mindazoknak, akiknek munkájában hangsúlyos szerepet kap a kapcsolati folyamatok megértése és kezelése.

A szakvizsgára felkészítő képzés részeként a kétéves klinikai fázis lehetőséget nyújt a pszichoterápiás elméleti alapok és a gyakorlati klinikai munkamód elsajátítására. Jelentkezhetnek pszichiáter szakorvosok, klinikai szakpszichológusok, illetve a propedeutika fázist sikeresen elvégzett hallgatók.

Az elvégzett klinikai fázis bármely módszerspecifikus pszichoterápiás irányzatnál beszámítható.

Jelentkezés és további információ (rövid szakmai önéletrajzzal) levélben vagy e-mailen: dr. Harmatta János (regionális képzési vezető), Tündérhegyi Pszichoterápiás Osztály, 1121 Budapest, Szilassy út 6. Telefon: 200-8718.

Dr. Ónody Sarolta (helyi képzési vezető), Szegedi Pszichoterápiás Munkacsoport, 6724 Szeged, Kossuth Lajos sgt. 42. Telefon: (62) 548-296, mobil: (30) 366-7591. Helyi képzési koordinátorok: Dr. Kassai Zsuzsa (propedeutika) (30) 340-5644, e-mail: pszterap@freemail.hu. Dr. Imre Gabriella (Klinikai I.) (30) 409-5890, e-mail: g.imre@freemail.hu.