

## A cukorbetegség: közügy

*Dr. Winkler Gábor, a Magyar Diabetes Társaság elnöke a diabetológia jelenlegi helyzetéről*

**A cukorbetegség hazai előfordulásáról nem állnak rendelkezésre pontos adatok, az azonban közismert, hogy a betegség száma meredeken emelkedik hazánkban is, becslések szerint potenciálisan másfél millióan lehetnek érintettek Magyarországon. A Magyar Diabetes Társaság (MDT) ezért úgy döntött, hogy kockázat alapú szűrőprogramot szervez. A kezdeményezésről és a diabetológia hazai helyzetéről Dr. Winkler Gábor professzorral, az MDT elnökével a társaság közelgő, XIX. Kongresszusának alkalmából beszélgettünk.**

### EPIDEMIOLOGIA – ROHAMOSAN NÖVEKVŐ BETEGSZÁM

**– A diabetológia felé ma sokunk figyelme irányul, hiszen talán ki lehet mondani, hogy a diabétesz népbetegség. A cukorbeteg már-már járványszerűen terjed, holott nem fertőző...**

Így igaz, a cukorbetegség egyre nagyobb mértékben terjed, s ennek érzékeltetésére talán a járványügyből kölcsönzött pandémia kifejezés a legkifejezőbb, bár epidemiológiai értelemben valóban nem állja meg a helyét. Egy 1994-es adatfelmérés 195 millió körüli cukorbetegét véleményezett világszerte. A számítások azt prognosztizálják, hogy – figyelembe véve a népesség várható növekedését – 2030-ra 370 milliót meghaladó cukorbeteg lesz a világon. Ez egy elképesztő szám, ami azt mutatja, hogy körülbelül 30-35 év alatt csaknem megkétszereződhet a világszerte ismert cukorbeteg szám, elsősorban a betegség döntő hányadát kitevő 2-es típusú diabéteszben szenvedőké. Az előrejelzések megpróbálták azt is valószínűsíteni, hogy Földünk különböző régióiban vajon azonos mértékű növekménnyel számolhatunk-e. Azt találták, hogy a jelenleg fejlett egészségügyi berendezkedésű országokban – elsősorban Közép- és Nyugat-Európában, valamint Észak-Amerikában – valamivel kisebb lesz a növekmény, míg az elmaradottabb térségekben – Ázsiában, Afrikában és Dél-Amerikában – ennél jóval nagyobb arányú növekedés várható.

**– A betegség elmaradottabb térségekben történő fokozott megjelenése összefüggésbe hozható a „nyugati típusú” életmód elterjedésével?**

A jelenség hátterében sokféle összetevő állhat. A szociális helyzet és az életmód változása mellett a kórismézés javulása, és az egészségügyi ellátás színvonalának emelkedése természetesen e régiókban is figyelembe vehető tényező. Nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy a né-

pesség növekedése a világ különböző régióiban nem azonos. A cukorbetegség tehát világszerte növekvő tendenciájú kórkép, ezért meg kell próbálnunk az esetszám növekedésének útját állni. Ebben ösztársadalmi feladatok vannak, hiszen az egészségügy egymagában nem képes a társadalmi méretű hatásokat ellensúlyozni. Szükség van az életmód megváltoztatására, a szociális körülmények javítására, valamint – s ez már az egészségügy feladata – a korai kórismézés elősegítésére.

### KÓRISME – A BETEGEK FELKUTATÁSA

A kérdés megbeszéléséhez szükségét érzem egy rövid kitérőnek a cukorbetegség típusai irányában. Négy nagy, meglehetősen heterogén összetételű csoportját különböztetjük meg a diabétesznek. 1-es típusnak nevezzük az abszolút inzulinhiánnyal járó formát, ahol az inzulintermelő ún. bétasejtek pusztulása áll a háttérben. A leggyakrabban előforduló forma a 2-es típus, amelyben az inzulinhatás károsodása és az inzulintermelés csökkenése egyaránt szerepet játszik a kórkép kialakulásában. Döntő részben az inzulinhatás csökkenése, az inzulinrezisztencia a háttérben álló ok, amelynek magyarázatát az elhízás és a túlsúly képezi. Az elhízás a cukorbetegség előszobája! Ez egyben választ ad arra, hogy miért a 2-es típusú cukorbetegség terjed a leginkább, hiszen az elhízás, a túltáplálkozás határtalan mértékben nő az egész világon. A harmadik diabétesz csoportba – az egyéb típusokhoz – az inzulinhatás és elválasztás genetikai károsodása, a hasnyálmirigyet ért gyulladások vagy traumák, daganatos, hormonális elváltozások, gyógyszerek, vegyszerek kiváltotta formák tartoznak. Végül, de nem utolsósorban megkülönböztetjük a terhesség alatt megjelenő cukorbetegséget (gesztációs diabétesz).

**– Hány cukorbetegről tudunk Magyarországon?**

A hazai helyzet az európai tendenciákat tükrözi. A múlt század végén 5-5,5 százalékra tettük az ismert cukorbeteg valószínűsíthető arányát. Hangsúlyozottan valószínűsíthetőségről beszélünk, hiszen a cukorbetegség hazai előfordulásáról pontos adatok nem állnak rendelkezésre. A Központi Statisztikai Hivatal nem kötelező jelleggel 1983-ig évente közzétette a nyilvántartott adatokat – az utolsó, 1983-as jelentés a betegség előfordulását 3,5%-ban adta meg. Azóta több próbálkozás történt az előfordulás felmérésére, így egy dunántúli regionális felmérés 2005-ben 12%-os előfordulást észlelt. Az első hazai reprezentatív vizsgálat 7,8%-os előfordulást talált, egy kérdőíves felmérés 6-6,5%-ot valószínűsített. Az egészségbiztosító 2007-ben munka-

anyagot tett közzé, amelyben 7%-ra tette a cukorbeteg, és még egyszer ennyire a feltehetően cukorbeteg számát. Ha ezt az adatot közel helytállóan fogadjuk el, akkor Magyarországon 1,4-1,5 millió közé tehető az ismert és még nem felismert cukorbetegek száma, és hozzávetőlegesen még egyszer ennyire azoké, akik a diabétesz valamely előállapotában szenvedhetnek – ilyen a csökkent cukortűrőképesség és az emelkedett éhomi vércukorszint. Ezek becsült adatok. Ahhoz, hogy pontosabb képet kaphassunk, szűrővizsgálatra van szükség.

Teljes körű lakossági szűrésre a világ egyetlen országa sem vállalkozhat, hiszen óriási költséggel jár. Ezért mindent az ún. kockázat alapú szűrés választják. Ennek során először megpróbálják fölmérni azokat, akik a cukorbetegség szempontjából nagyobb veszélyeztetettséggel rendelkeznek, mint az átlagos népesség, majd a szűrővizsgálatot e személyek körében végzik el. Erre vállalkozott a Magyar Diabétes Társaság is. A felnőttek kockázatszűréséhez a nemzetközileg elismert, először Finnországban alkalmazott ún. FINDRISK kérdőívet használjuk. A rizikó meghatározása a kérdésekre adott válaszokhoz tartozó pontszám összevitése, ún. score rendszer alapján történik. Az átlagosnál nagyobb – jelen esetben 12 pont fölötti – kockázattal rendelkezők esetében felajánljuk a szűrésben való részvételt. Ezzel párhuzamosan vizsgálatot indítunk a gyermek- és serdülőkorúak körében is. A 14-18 éves korosztályban azonban nem a finnországi kérdőívet használjuk, hanem az Amerikai Diabétes Társaságét.

#### –Miért tartották fontosnak a serdülők szűrését is?

Említettem, hogy a túltáplálás, a mozgásszegény életmód, a súlytöbblet kialakulása ugrásszerűen nő, és megfigyelések szerint a serdülőkorúakban és gyermekekben is egyre nagyobb az aránya. Másrészt, míg korábban a gyermekek jellemzően 1-es típusú cukorbetegségben szenvedtek, világszerte és nálunk is nő a gyermekkorban kialakuló 2-es típusú diabétesz előfordulása.

A nemrég beindított szűrőprogram az MDT tudományos epidemiológiai vizsgálata, amelyhez az Egészségügyi Tudományos Tanács Kutatásaitikai Bizottságának az engedélyére is szükség volt, amelyet megkaptunk. Kezdeményezésünket az Egészségügyi Minisztérium is támogatja. A programot a háziorvosok közreműködésével, az Országos Alapellátási Intézet koordinálásával, szponzori támogatással (77 Elektronika Kft.) bonyolítjuk le. Az alapellátásban fogják kitölteni a kérdőívet a betegekkel, majd annak közös értékelése után megállapítani, hogy az adott páciens a fokozottan veszélyeztetett kategóriába tartozik-e. Ha a teszt 12 pont fölötti eredménnyel zárul, ún. éhomi cukorvizsgálatra kerül sor. Amennyiben a laboreredmény 6 mmol/l alatti – vagyis normális –, akkor aktuálisan nincs további tennivaló. A 7 mmol/l fölötti eredmény fölveti a cukorbetegség gyanúját, ez esetben még egy vérvételre kerül sor. A cukorbetegség kórismézése határozott elvekhez kötött. Ezek szerint tünetek mellett egy megerősítő laboratóriumi lelet, tünetek nélkül két megerősítő laboratóriumi lelet szükséges a diagnózishoz.

Amennyiben az első vizsgálat 7 mmol/l fölötti, a második pedig normális értéket mutat, akkor terheléses cukorvizsgálatnak kell következnie. Ugyanez a lépés akkor, ha az első vizsgálat eredménye 6,1 és 6,9 mmol/l közötti, azaz bizonytalan az eredmény.

A felmérésbe bevont háziorvosi praxisoktól legalább 5000 felnőtt és 500 gyermek értékelt adatlapját várjuk. Úgy gondoljuk, hogy ez a vizsgálat fél év alatt lefolytatható, biztonságban egy éves intervallumot határoztunk meg. Ha a jelentkező praxisokban a statisztikai értékeléshez minimálisan elégséges esetszám nem teljesül, akkor újabb praxisokat fogunk bevonni. A vizsgálat lezárulta után a program nem kampány jelleggel folytatható. Akkor ezt a kérdőívet minden háziorvos számára hozzáférhetővé tesszük, és ajánlani fogjuk a kockázat alapú szűrés általánossá tételét.

## HATÉKONY KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK

### – Változtak-e a terápiás alapelvek a betegség előfordulásának ugrásszerű növekedése miatt?

Hosszú ideje érvényes az alapelv, miszerint a cukorbetegségben célértékre törő kezelést kell alkalmazni annak érdekében, hogy a késői érszövődmények, és az akut anyagcsere kisiklások elkerülhetők legyenek. A célértékek időről időre módosulnak. Jó ideje kiforrott, hogy 1-es típusban 6,5%-os, 2-es típusban 7% alatti HbA1C értékre, mindkét típusban 6,0 mmol/l alatti éhomi vércukorszintre, illetve lehetőség szerint 7,5-8,0 mmol/l alatti étkezés utáni vércukorszintre törekszünk. Azért mondjuk, hogy lehetőség szerint, mert az inzulinnal kezelt, labilis cukorbetegknél esetenként nehezebb a rájuk is vonatkozó célértékek elérése. A szakma ugyanígy meghatározta a vérzsír és a vérnyomás kívánt célértékét, ezeket időről időre „finomhangolja”. Az utóbbi időben talán a leglényegesebb változás egy ún. nagyon nagy kockázatú kategória bevezetése volt: azoknál a 2-es típusú, illetve érszövődménnyel rendelkező 1-es típusú diabéteszben szenvedő betegeknek, akiknek valamilyen ismert keringési betegsége is fennáll, a vérzsír értékek vonatkozásában még szigorúbb célértékek elérése kívánatos.

A 2-es típusú diabéteszben, ami egy holisztikus megközelítést igénylő betegség, az összes keringési kockázatra kiterjedő intenzív kezelésre van szükség. Ez magában foglalja a korábnál gyakoribb ellenőrzéseket, és a kezelés módosítását, ha két egymást követő ellenőrzés során a célértékek nem teljesültek. Ezt szolgálja az Amerikai és az Európai Diabétes Társaságok (ADA és EASD) közös ajánlása is, amely egységes keretbe helyezte, rendszerbe foglalta a választandó terápiás lépéseket az anyagcserét jellemző HbA1C függvényében. Az ajánlás minden egyes kezelési fázisban egymással közel azonos értékű alternatív terápiás lehetőségeket kínál. Az orvosra és a betegre bízta, hogy például a metformin után a leghatékonyabb kezelést választják-e – ez az inzulin korai bevezetését jelenti –, vagy a legolcsóbb, egyben leginkább költséghatékony kezelést – pl. metformin mellé inzulin-elválasztást serkentő szulfanil-

ureák adását. Helyezhetik a hangsúlyt a túlzott vércukor-  
esés (hypoglycaemia) elkerülésére is, amikor egy további  
inzulinhatást javító gyógyszert, tiazolidindion csoportú szert  
is alkalmaznak. Ugyanígy, a további terápiás lépések során  
választható, hogy az orvos három vércukorcsökkentő tablettát  
kombináljon, vagy inzulint vezessen be.

**– Ennek megválasztása egyénekenként változhat?**

Mi azon az állásponton vagyunk, hogy inzulin minél ko-  
rábbi adására van szükség. Három antidiabetikum adása  
helyett inkább inzulin adását, és a korábbi tablettás kezelés  
módosítását tartjuk hatékonyak.

**– Azért, mert félő, hogy háromféle gyógyszert nem  
fognak rendszeresen beszedni a betegek?**

Nem. Az inzulin a leghatékonyabb vércukorcsökkentő.  
Míg az életmódváltástól 1-2%-os HbA1C csökkenés várható,  
a nagy vércukorcsökkentő csoportokkal (metformin, szulfanil-  
ureák, tiazolidindion) kb. 2%-ig terjedő HbA1C csökkenés  
érhető el monoterápiás alkalmazásban, és más gyógyszer-  
csoportokkal maximum 0,6-0,8 %, addig az inzulinnál nincs  
főlső határ. Inzulinnal elvileg az 5%-os HbA1C csökkenés is  
elérhető, természetesen valamivel hosszabb idő során. Az in-  
zulinnak nincs dózishatára – se lefelé, se fölfelé. Annyit kell  
adni, amennyi a kívánt állapot rendezéséhez szükséges. A rit-  
ka allergiától eltekintve nincs ellenjavallata, terhes és nem ter-  
hes állapotban egyaránt adható. A hypoglycaemia kockázatától  
eltekintve nincs igazán veszélye. Előnyös a vérsír tükörre  
– mai ismereteink szerint a kívülről bejuttatott inzulinak nincs  
érelmeszesedést fokozó hatása. Mindemellett inzulin adásá-  
val tehermentesíthető a már beteg bétasejt, vagyis elvben ki-  
tolható az az időszak, amíg valamilyen inzulintermelő kapaci-  
tás még fennáll. Természetesen léteznek olyan tablettás ké-  
szítmények is, amelyek ilyen bétasejt kímélő hatás ígérte-  
tetet vetik föl. Ezek állatkísérletben igazolódtak, közvetlen emberi  
bizonyítékuk azonban még várat magára.

**KÉPZÉS, OKTATÁS**

**– A diabetológia gyorsan fejlődő tudományág. Az or-  
vosok ismereteinek bővítésére jó alkalom nyílik a tuda-  
mányos kongresszusokon. A Magyar Diabetes Társa-  
ság XIX. Kongresszusának előkészületei már javában  
zajlanak...**

A kongresszus jó alkalmat ad arra, hogy a tudományte-  
rület teljes vertikumát áttekintsük elméleti és gyakorlati vo-  
natkozásban is. Nemcsak az újdonságok kiemelése a cé-  
lunk, hanem az is, hogy összképet adjunk: hol tart ma a dia-  
betológia. A rendezvény az áttekintő előadások mellett  
lehetőséget kínál egyes klinikai kutatócsoportok munkájá-  
nak a bemutatására is. A kongresszushoz szponzorált szim-  
póziumok csatlakoznak, amelyeken a legújabb terápiás  
lehetőségekről lesz szó. A kongresszus szakorvosok és  
szakdolgozók számára hivatalos, pontszerző továbbképző  
oktatási program.

**– Hány orvos rendelkezik a diabetológus minősítés-  
sel?**

A diabetológus minősítéssel rendelkező orvosok száma  
396, ami a betegszámmal összevetve nyilvánvalóan kevés.  
Társaságunk a „Magyar Diabetes Társaság Diabetológus  
Orvosa“ minősítés létrehozásával, minősítő vizsga szerve-  
zésével kívánta serkenteni a diabetológiával foglalkozó or-  
vosok ismereteinek bővítését, és egyben elismerni a speci-  
ális jártasságot elméleti és gyakorlati téren egyaránt. Ez idő  
szerint a minősítést Magyarországon nem ismerik el szak-  
vizsgának, ugyanakkor az ÁNTSZ feltételként szabja a cu-  
korbeteg ellátóhelyként való akkreditáláshoz.

A diabetológia nagyon komplex tudományterület. A cu-  
korbetegekkel foglalkozó orvosoknak jól kell ismerniük szá-  
mos határterületet, például a hipertóniát, az érelmeszesese-  
dést, és bizonyos alapvető nefrológiai, szemészeti, neuroló-  
giai kérdéseket. Indokolt lenne, hogy ezt a jártasságot szak-  
vizsgával ismerjék el. Szembesülni kellett azonban azzal,  
hogy a szakvizsgák száma viszonylag magas Magyarorszá-  
gon – egyes felmérések szerint több, mint Európa más ré-  
szén. Ebben a vonatkozásban várható a harmonizáció, de  
hogy az bővülést, vagy szűkülést fog jelenteni, ma senki  
nem tudja.

**– Mivel a betegség és szövődményei mind az egyén,  
mind a társadalom számára jelentős anyagi és erkölcsi  
terhet jelentenek, a WHO és a Nemzetközi Diabetes Szö-  
vetség (IDF) Európai Régiója 1989-ben a kontinenst ma-  
gába foglaló diabétesz-akcióprogramot indított útjára,  
amelyhez Magyarország is csatlakozott. Európa többi  
országához hasonlóan a szakemberek hazánkban is ki-  
dolgozták a Nemzeti Diabétesz Programot. Hol tart je-  
lenleg a program?**

A Nemzeti Diabétesz Programot a cukorbeteg jobb el-  
látása, a szövődmények megelőzése és a betegség lehe-  
tőséges megelőzése érdekében hívta életre a Magyar Diabé-  
tesz Társaság az egészségügyi hatóság támogatásával.  
Különböző, elsősorban pénzügyi okok miatt azonban a  
Nemzeti Diabétesz Program – ahogyan az egész nemzeti  
program kérdése – időközben leállt. A vakvágányra került  
program felélesztésére a Szív és Érendszeri Nemzeti Prog-  
ramba alprogramként történő becsatlakozás adott alkalmat.  
Társaságunk természetesen nem mondott le arról, hogy a  
Nemzeti Diabétesz Program később önálló támogatást is  
kaphat.

**– Ahogyan Professor Úr megfogalmazta: a 2-es tí-  
pusú diabétesz kialakulását az egyén saját életmódjával  
jelentősen befolyásolhatja. Lehet-e, tudjuk-e motiválni  
az embereket abban, hogy belássák személyes felelős-  
ségüket az egészségük megőrzésében?**

Azt gondolom, hogy az egészségnevelést már az általá-  
nos iskolában kell megkezdeni. Régebben a Nemzeti Alap-  
tanterv részét képezte az ún. egészségtan tantárgy, amit  
sajnálatos módon időközben eltöröltek. Véleményem szerint  
ezt a tantárgyat vissza kellene állítani. Meg kell értetni

ugyanis a felnövekvő generációval, hogy miként tudja megőrizni az egészségét helyes táplálkozással, rendszeres fizikai aktivitással, stb. A háttér ismeretében a gyermekek bizonyára nagyobb kedvvel állnának fel a tévé és a számítógép mellől és töltenék a szabadidejüket sportolással, vásárolnának zöldséget és tejet az iskolai büfében – chips és kóla helyett. Az is legalább ennyire fontos, hogy a fiatalok megismerkedjenek a betegség fogalmával, bizonyos, az

életet esetenként végigkísérő állapotokkal, amilyen a diabétesz. E tudás birtokában talán nem lenne meglepő számukra, hogy egy iskolatársuk máskor eszik tízórait, mint amikor szünet van, és elveszi a vércukormérőt, ha rosszul van. Ha mindezt már az iskolában megtanítjuk nekik, az egészségüket értéként fogják megbecsülni, amelynek megőrzése elsősorban rajtuk, az egészséges életmódon múlik.

*Boromisza Piroska*

## NÉVJEGY



**Prof. Dr. Winkler Gábor**, orvos  
Egyetemi magántanár,  
akadémiai doktor

**Munkahely, beosztás:** osztályvezető főorvos (Fővárosi Szent János Kórház II. Belosztálya)

**Végzettség:** SOTE ÁOK (1973)

**Szakképesítés:** belgyógyászat (1978), endokrinológia (1992), a Magyar Diabetes Társaság Diabetológus Orvosa (1996), a Magyar Atherosclerosis Társaság lipidológus orvosa (2002)

**Egyéb egészségügyi képesítés:** Gyakorló kórházi menedzser (1997)

**Tudományos fokozat:** PhD. („A növekedési hormon elválasztás szövődésmenyes fiatal felnőtt cukorbetegeken”, 1987), DSc. („A 2-es típusú diabetes mellitus és az elhízás-inzulinrezisztencia-2-es típusú diabetes kapcsolat egyes patogenetikai tényezőinek vizsgálata, különös tekintettel a cytokin rendszer szerepére”, 2003)

**Egyetemi minősítés:** Dr. med. habil. (Semmelweis Egyetem Budapest, 2000), Egyetemi magántanár (2001)

**Munkahelyek:** 1973-1983.: Fővárosi Szent János Kórház II. Belosztálya, segédorvos, majd alorvos; 1983-1986.: az MTA belföldi tudományos ösztöndíjasa (SOTE. I. Belklinika); 1986-1992.: Fővárosi Szent János Kórház II. Belosztálya, adjunktus, majd főorvos; 1993-1997.: Fővárosi Szent János Kórház I. Belosztálya, osztályvezető főorvos; 1997-: Fővárosi Szent János Kórház II. Belosztálya, osztályvezető főorvos

**Egyéb szakmai megbízások:** 1995-2002.: a Fővárosi Szent János Kórház Főorvosi Kollégium elnöke, 1999-ben újraválasztva; 1993-: a Fővárosi Szent János Kórház Tudományos és Kutatásaitikai Bizottságának tagja; 1996-: a Magyar Diabetes Társaság és az Országos Belgyógyászati, valamint az Országos Csecsemő és Gyermekegyógyászati Intézet Közös Diabetes Bizottsága, majd ez utóbbi

megszűnte után a Magyar Diabetes Társaság Oktatási, Minősítő és Koordinációs Bizottsága megbízásából a felnőtt diabetológiai ellátás budai területi referense; 1998-2002.: orvosszakértő (diabetológia) Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet); 2005-: a Belgyógyász Szakmai Kollégium mellett működő Diabetes Szakcsoport tagja; 2006-: fővárosi belgyógyász szakfelügyelő főorvos

### Tudományos társasági tagság:

- nemzetközi szakársaságokban: EASD (European Association for the Study of Diabetes, 1988-); DDG (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 1987-2006); BDA (British Diabetes Association, 1994-, a Diabetol Hung főszerkesztőjeként); ADA (American Diabetes Association, 1993-2006); EASO (European Association for the Study of Obesity, 1996-1998); Donausymposium für Diabetes Mellitus (1997-)
- hazai szakmai társaságokban: Magyar Belgyógyász Társaság (1974-); Magyar Diabetes Társaság (1974-); Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság (1974-); Magyar Elhízásellenes Alapítvány (1992-1999); Magyar Elhízástudományi Társaság (1999-); Magyar Orvosi Nukleáris Társaság (1980-1993); Magyar Atherosclerosis Társaság (2002-)

**Főbb kitüntetések, elismerések:** 1973 Felsőoktatási Tanulmányi Érdemérem; 1994 A Magyar Diabetes Társaság „Magyar Imre” díja; 1995 „Szent János Kórházért” – a Fővárosi Szent János Kórház centenáriumi emlékérmé; 2000 A Magyar Diabetes Társaság „Hetényi Géza” díja; 2002 Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter elismerő oklevele a budapesti EASD Kongresszus helyi szervezőbizottsága tagjaként végzett munkájáért; 2007 „Metabolizmus” díj