



# A Magyar Diabetes Társaság Szakdolgozói Szekciójának XII. Kongresszusa

[ [www.diabet.hu/szk2019](http://www.diabet.hu/szk2019) ]

## PROGRAM

Budapest, Danubius Hotel Helia, 2019. november 7–9.





# ETALON,

## ETALON A VÉRCUKORMÉRÉS BEN!



A Dcont® ETALON vércukormérő gyógyászati segédeszköz.

 MAGYAR TERMÉK  
VILÁGSZÍNVONALON

Dcont®

### 77 ELEKTRONIKA KFT.

H-1116 Budapest, Fehérvári út 98. / ZÖLDSZÁM: 06 80 27 77 77

TEL.: 06 1 206 1480 / FAX: 06 1 206 1481/ E-MAIL: [ugyfelszolgalat@e77.hu](mailto:ugyfelszolgalat@e77.hu)

[www.dcont.hu](http://www.dcont.hu) / [www.e77.hu](http://www.e77.hu)

# A Magyar Diabetes Társaság Szakdolgozói Szekciójának

Vezetősége

tisztelettel köszönti önt

## XII. Kongresszusán

### PROGRAMFÜZET

**Időpont: 2019. november 7–9.**

**Helyszín: Danubius Hotel Helia, 1133 Budapest, Kárpát u. 62–64.**

### A kongresszus védnökei

Prof. Dr. Kempler Péter,  
az MDT elnöke

Dr. Nádas Judit,  
az Alapítvány a Diabetológiai Szakápolóképzésért kuratóriumának elnöke

### Rendező

A Magyar Diabetes Társaság Szakdolgozói Szekciójának vezetősége

## Általános információk

### Regisztráció

A regisztrációs iroda nyitva tartása a rendezvény helyszínén:

2019. november 7. (csütörtök)	10.00–18.00-ig
2019. november 8. (péntek)	8.30–17.00-ig
2019. november 9. (szombat)	8.30–11.00-ig

A regisztrációs díj magában foglalja a kongresszuson, a kiállításon való részvételt, a programfüzetet, a névkitűzőt, a kávészüneteken és az első esti vacsorán való részvételt.

A regisztrációs díj 2019. szeptember 1. után MDT-tagoknak és nem MDT-tagoknak egyégesen 32 000 Ft.

Étkezések: vacsora (péntek) 5300 Ft, ebédek 5300 Ft.

Napijegy: 7500 Ft, kizárólag a tudományos programokon való részvételre jogosít, kreditpont nem szerezhető, nem tartalmazza a vacsora, kávé/üdítő költségét.

### Névkitűzők

A rendezvény tudományos és társasági programjai csak névkitűzővel látogathatók. Kérjük, őrizze meg gondosan, és használja!

### Előadások

Az előadások időpontját és időtartamát a részletes tudományos program tartalmazza. Kérjük a szekciók elnökeit és az előadókat, hogy a rendelkezésre álló időt pontosan tartassák, illetve tartsák be.

Az előadásokhoz számítógépes prezentációs lehetőséget biztosítunk. Kérjük az előadókat, hogy a számítógépes anyagok előkészítését időben végezzék el, és a szekciók kezdete előtt legalább egy órával adják oda a technikusnak.

### Web-stand

A Magyar Diabetes Társaság internetszolgáltatója a rendezvény ideje alatt web-standot működtet. Kérjük a társaság tagjait, keressék fel a web-standot, ismerkedjenek meg a [www.diabet.hu](http://www.diabet.hu) web-rendszer szolgáltatásaival, és frissítsék személyesen adataikat az internetes tagnyilvántartásban.

### Szállás

Az előre igényelt szállodai szobákat a résztvevők nevére foglaltuk le, az érkezés napján 14.00 órától vehetik igénybe az elutazás napján 10.00 óráig.

A szálloda csomagszobát érkezéskor és elutazáskor is biztosít, információ a szálloda recepcióján.

### **Közlekedés**

Parkolás: A szálloda zárt, de nem őrzött parkolójában a vendégek egyénileg fizetik a szállodának közvetlenül.

### **Étkezés**

Az étkezések a jelentkezési lapon bejelölt igény alapján, a regisztrációkor átvett étkezési jegyek ellenében vehető igénybe a szálloda éttermében.

### **Fontos tájékoztató**

A kongresszus nem dohányzó rendezvény! Dohányzásra a szállodán kívül van lehetőség. Kérjük, hogy mobiltelefonjaikat az előadások idején kapcsolják ki!

A szállodai szobákban található minibár fogyasztása, a szálloda kávézójában történt fogyasztás, illetve minden egyéni fogyasztás önköltséges.

### **Programbizottság**

Dr. Halmos Tamásné  
Gyurcsáné Kondrát Ilona  
Kicsák Marian  
Molnár Antalné  
Tuifel Andrea

## A rendezvény támogatói

### **Fő támogató**

77 Elektronika Kft.

### **Támogatók**

Di-Care Zrt.

Medcordis Kft.

SYNLAB Hungary Kft.

IntelliMed Hungária Kft.

Tudomány Kiadó Kft.

## 2019. november 7., csütörtök

10.00– Érkezés, regisztrálás

12.00–13.00 Ebéd

14.00–14.30 **Megnyitó és üdvözlés**

*Prof. Dr. Kempler Péter*

**Neuropathia, empátia és életvezetési tanácsok**

*Dr. Nádas Judit*

*Dr. Halmos Tamásné*

**14.30–15.30 Előadások**

Üléselnökök: *Dr. Nádas Judit, Gordos Livia*

14.30–15.00 **A metabolikus szindróma 1989-ben és ma**

*Prof. Dr. Halmos Tamás* (MAZSIHISZ Szeretetkórház, Budapest)

15.00–15.30 **Double (kettős) diabetes**

*Prof. Dr. Jermendy György* (Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Budapest)

15.30–15.45 Szünet

**15.45–17.15 Előadások**

Üléselnökök: *Molnár Ágnes, Péterfalvi Andrea*

15.45–16.00 **A hazai cukorbeteg oktatásának története, jövője**

*Dr. Halmos Tamásné* (Alapítvány a Diabetológiai Szakápolóképzésért, Budapest)

16.00–16.15 **Páciensoktatás és akik mögötte vannak**

*Konczné Molnár Ibolya* (Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa)

16.15–16.30 **Edukációs nehézségek időskorú inzulinos cukorbetegknél**

*Szerencsiné Soós Andrea* (Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger)

16.30–16.45 **Betegcompliance fontossága a diabetesgondozás során**

*Bódi Mónika, Metál Ágnes, Dr. Kovács Attila* (Szegedi Tudományegyetem, Szemészeti Klinika, Szeged)

16.45–17.00 **Gondoljunk a lábunkra**

*Szántai Ibolya* (ÉRGONDNOK Egészségügyi Kft., Sopron)

17.00–17.15 **Betegoktatás, ahogy a betegek látják**

*Füvesné Horváth Katalin* (Kiskunhalasi Kórház, Kiskunhalas)

17.15–        **Vezetőségválasztás – első időpont**

19.00–        Vacsora

## 2019. november 8., péntek

### 9.00–10.15 **Előadások**

Üléselnökök: *Dr. Halmos Tamásné, Tuifel Andrea*

9.00–9.15    **Orvosi táplálásterápia diabetes mellitusban**

*Kicsák Marian* (Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza)

9.15–9.30    **Az édesítők alkalmazása diabetesben**

*Gordos Livia* (Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján)

9.30–9.45    **Daganatos cukorbetegség étrendi kezelésének problémái**

*Gyurcsáné Kondrát Ilona* (Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest)

9.45–10.00 **Mozgásterápia szerepe cukorbetegségben**

*Molnár Antalné* (Debreceni Egyetem, Anyagcsere Betegségek Nem Önálló Tanszék, Debrecen)

10.00–10.15 **Hová tűntök, GDM-es kismamák?**

*Melicher Szilvia* (Lamboy Kft., Törökbálint)

10.15–10.45 Szünet

### 10.45–12.00 **Előadások**

Üléselnökök: *Gyurcsáné Kondrát Ilona, Kicsák Marian*

10.45–11.00 **A cukorbetegség megelőzési lehetőségei az alapellátásban dolgozó védőnők szemével**

*Siklósiné Gyopáros Adrienn* (Veszprémi Bölcsődei és Egészségügyi Alapellátási Integrált Intézmény, Veszprém)

11.00–11.15 **Ki más, ha mi nem? – Egy megvalósult álmom a Felső-Szabolcsi Kórházban**

*Kővári Georgina* (Felső-Szabolcsi Kórház, Kisvárdai)

11.15–11.30 **Betegeink információszerezési szokásai**

*Bajzáthné Kard Krisztina* (Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Diabetológia, Szolnok)



- 11.30–11.45 **Gyógyult 1-es típusú diabetes, vagy tipizálási hibán alapuló, iatrogén obezitás megszüntetése a 2-es típusú diabetes gyógyulásának háttérében – esettanulmány**  
*Ujhelyi Éva, Péterfalvi Andrea, Nagyné Lukács Anita, Baranyai Sándorné, Dr. Kerényi Zsuzsanna* (TRANTOR'99 Bt., Anyagcsere Centrum, Budapest)
- 11.45–12.00 Hozzászólások, megbeszélés
- 12.00–14.15 Ebéd
- 14.15–14.30 Előadás**  
Üléselnökök: *Szántai Ibolya, Bódi Mónika*
- 14.15–14.30 **A szakasszisztens feladata a gyermekdiabetes-gondozásban**  
*Szabóné Hajdú Ildikó* (Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, Gyermekosztály, Székesfehérvár)
- 14.30–16.00 Vezetőségválasztás – második időpont**
- 16.00–16.30 Előadás**  
Üléselnökök: *Szántai Ibolya, Bódi Mónika*
- 16.00–16.30 **OGTT vagy HbA<sub>1c</sub> – melyik módszert használjuk a diabetes kórisméjének megállapításakor?**  
*Dr. Hidvégi Tibor* (Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr)
- 16.30–16.45 Megbeszélés
- 17.30– Vacsora

## 2019. november 9., szombat

- 9.00–10.15 Előadások**  
Üléselnökök: *Melicher Szilvia, Szerencsiné Soós Andrea*
- 9.00–9.30 **A modern technológia alkalmazása a diabeteses gyermekek kezelésében: Inzulinpumpa és szöveti glukózmonitorozás**  
*Prof. Dr. Körner Anna* (Semmelweis Egyetem, I. Gyermekklinika, Budapest)
- 9.30–9.45 **A diabeteses láb kialakulásának és további romlásának megelőzésére irányuló szűrés és gondozás hazai és nemzetközi gyakorlata**  
*Mongel Istvánné, Kívés Zsuzsanna* (Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Pécs)

- 9.45–10.00 **Charcot-láb időbeni kezelése jó anyagcsere-helyzetű, hosszú diabetestartamú, 1-es típusú cukorbeteg – esetbemutató**  
*Péterfalvi Andrea, Nagyné Lukács Anita, Ujhelyi Éva, Baranyai Sándorné, Dr. Mező Róbert, Dr. Mester Ádám, Dr. Szátmári Ildikó, Dr. Kerényi Zsuzsanna* (TRANTOR'99 Bt. Anyagcsere Centrum, Budapest; Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Mozgászervi Rehabilitáció, Budapest; RADITEC Kft., Budapest)
- 10.00–10.15 Hozzászólások, megbeszélés
- 10.15–11.00 A vezetőségválasztás eredményhirdetése
- 11.00– Kongresszus zárása
- 11.30– Ebéd

## Előadáskivonatok

### BETEGEINK INFORMÁCIÓSZERZÉSI SZOKÁSAI

**Bajzáthné Kard Krisztina**

Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet, Diabetológia, Szolnok

Gondozási és edukációs munkánk során gyakran találkozunk azokkal a jelenségekkel, amikor betegeink egyáltalán nem, vagy túl sok – esetleg téves – információval rendelkeznek betegségükkel kapcsolatban.

*Módszer:* A betegeket kérdőíves formában kérdeztem a diabetesüket érintő információszerezési szokásaikról, arról, hogy ezek az információk mennyire bizonyultak utólag helytállóknak, továbbá hogy bizonyos korosztályok melyik forrást tartják elérhetőbbnek, hitelesebbnek. Ezen betegtapasztalatokat dolgoztam fel előadásomban.

*Eredmények:* Az előadásomban elsősorban arra kerestem a választ, hogy ki vagy esetleg mi az a kulcsfontosságú információforrás, amit betegeink elfogadnak, hasznosnak, helytállóknak vélnék betegségükkel kapcsolatban.

*Következtetés:* Az előadásban feltárom a különböző korosztályok, nemek szerinti különbségeket az információszerezés területén. A már gondozott betegeinkkel szemben a számunkra még ismeretlen, újonnan a rendszerbe lépő betegek milyen információkat tartanak hasznosnak, helytállóknak, valamint hogy ebben a folyamatban a szakápolói munka milyen szerepet játszik.

### BETEGCOMPLIANCE FONTOSSÁGA A DIABETESGONDOZÁS SORÁN

**Bódi Mónika, Metál Ágnes, Dr. Kovács Attila**

Szegedi Tudományegyetem, Szemészeti Klinika, Szeged

A diabeteses beteg gondozása nem csupán a belgyógyász szakorvos által megfelelőnek ítélt terápia és célzott vércukorszint beállítását jelenti. A cukorbeteg gondozása multidiszciplináris tevékenység. Továbbá a megfelelő betegcompliance nagymértékben befolyásolja a kezelés hatékonyságát és csökkentheti a szövődmények kialakulásának kockázatát. 32 éves, 1-es típusú diabeteses nőbeteg esete kapcsán szeretnék rávilágítani a megfelelő betegtájékoztató szükségességére, az orvos–beteg, az ápoló–beteg kapcsolatának fontosságára.

## **BETEGOKTATÁS, AHOGY A BETEGEK LÁTJÁK**

*Füvesné Horváth Katalin*

Kiskunhalasi Kórház, Kiskunhalas

Összefoglaló nem érkezett.

## **AZ ÉDESÍTŐK ALKALMAZÁSA DIABETESBEN**

*Gordos Livia*

Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján

A diabetes kezeléséhez és gondozásához kapcsolódó 2017-es irányelv szerint az édesítőszeresek közül az energiamentes és alacsony energiatartalmú édesítőszeresek fogyasztása tanácsolható.

A felismert diabetes kapcsán több teendő is van, többek között anamnéziszelfevétel, fizikai vizsgálat, szemfenékvizsgálat, különböző laboratóriumi vizsgálatok, betegoktatás megkezdése, a vércukor-ellenőrzés fontosságának hangsúlyozása, inzulinadagolás vagy az orális antidiabetikum szedésével kapcsolatos információk átadása, és ami szintén nem elhanyagolható, a dietetikai tanácsadás is idesorolandó.

Az irányelv szerint évente legalább egy alkalommal ajánlatos áttekinteni a páciens étrendi és táplálkozási ismeretét is (Egészségügyi Közlöny, 2017).

A hagyományos értelemben vett cukor, a cukros üdítőitalok és a sütemények kerülendők a diabeteses betegek számára (Egészségügyi Közlöny, 2017).

A cukor pótlása lehetőségeinek ismerete fontos, mivel az édes ízről nem mindenki szeretne lemondani.

Felmerülő probléma lehet, hogy a szakembereknek kevés idő áll a rendelkezésükre, hogy tájékoztassák pácienseiket a gyakran megújuló termékínálatról. Az édesítőszeresekről átadott tudnivalók sok esetben kevésnek mutatkozhatnak. Édesítőszereseket nemcsak diabeteses betegek alkalmaznak, hanem például túlsúlyos fogyasztók is, mert az energiamentes édesítőszeresek jól beilleszthetők az energiaszegény étrendbe is (Gézi Andrásné & Fövényi, 2012).

A média és az online felületek által az emberek „egyszerre küzdenek információdömpinggel és információhiánnyal” a táplálkozás és az egészséges életmód témakörében is (Bauer, 2017, p. 33.).

*Alkalmazott módszerek:* A cukor és az édesítőszeresek fogyasztási gyakoriságát vizsgáló felmérések, a témához kapcsolódó irodalmi adatok, kutatások, ajánlások áttekintése dietetikusként és diabetológiai szakápolóként, a kérdés fontosságának hangsúlyozása mellett.

# DAGANATOS CUKORBETEGEK ÉTRENDI KEZELÉSÉNEK PROBLÉMÁI

*Gyurcsáné Kondrát Ilona*

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

Az ENSZ és a WHO kiemelten foglalkozik a járványszerűen terjedő, nem fertőző betegségekkel (noncommunicable diseases – NCDs). Ezek Magyarországon is a vezető megbetegedések: szív- és érrendszeri problémák, daganatos betegségek, idült légzőszervi betegségek, cukorbetegség.

Kialakulásuk közös rizikótényezői: helytelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, ezekből eredő túlsúly és elhízás, továbbá dohányzás, mértéktelen alkoholfogyasztás. A szív- és érrendszeri betegség és a cukorbetegség együttes elfordulásának gyakorisága már régóta ismert, de az újabb kutatások ok-okozati összefüggéseket feltételeznek a daganatos betegség és a metabolikus szindróma kialakulása között is.

*Tapasztalatok:* Sokszor a daganatos betegség kivizsgálásának alkalmával derül ki, hogy a vércukorérték magas. A páciensek egy része – mivel nagyobb a félelem a daganatos betegségről hallott információk miatt – nem foglalkozik a tünetmentes diabetesével. Tapasztalatok szerint a pácienseink közül többen a daganat és a diabetes diagnosztizálása előtt nem ügyeltek táplálkozásukra, bár általában voltak ismereteik arról, hogy hogyan kellene „egészségesen” étkezni. A betegség és a kezelés előrehaladtával viszont különbözővé módon viszonyulnak a táplálkozáshoz.

- Egyesek ragaszkodnak szokásaikhoz, és továbbra is úgy étkeznek, mint a betegség megállapítása előtt.
- Mások tudatosan odafigyelnek a táplálkozásra, és igyekeznek az étrendi ajánlásoknak megfelelően összeállítani az étrendjüket.
- Vannak, akik alternatív táplálkozással (pl. böjtök, léböjtkúrák, vegán étrendek), táplálékkiegészítőkkel próbálják „gyógyítani” daganatos betegségüket.

Általában érdeklődésük akkor fordul a diabetes étrendi kezelése felé, amikor étrendi tanácsadás során kihangsúlyozzuk a daganatos betegség és diabetes esetén javasolt étrend közös vonásait, amelyeket az egészségeseseknek szóló ajánlások (Okostányér®) is tartalmaznak.

A daganatos betegségben szenvedő cukorbetegek étrendi kezelése mindig a páciens állapotához igazodik, mivel minden daganat elleni kezelési módszer kihat a táplálkozásra:

- Műtét esetén megnő a szervezet energia- és fehérjeigénye.
- Egyéb kezeléseknél problémát okozhat az étvágytalanság, hányinger, az ízérzékelés megváltozása is.
- Előfordulhat, hogy a sugárkezelés vagy a kemoterápia esetén az étel irritálhatja a száj nyálkahártyáját. Rágási és nyelési problémák is kialakulhatnak.
- A táplálkozási problémákat az idegesség és a félelem is kiválthatja.

Daganatos betegség esetén is törekedni kell arra, hogy az étkezések előtti vércukrok 5-6 mmol/l körüli, az étkezés utániak 8 mmol/l alattiak legyenek. Erre különösen ügyelni kell műtétek alkalmával, mert magas vércukrok esetén rosszabb a sebgyógyulás. A 10 mmol/l feletti vércukorértékek további fogyást is eredményezhetnek. A testtömegvált-

tozásokra ügyelni kell még a túlsúlyos betegeknek is (rendszeres rizikószűréssel), mivel a nagyobb mértékű fogyás ronthatja a daganatos kezelések hatékonyságát. Cukorbetegség esetén roborálásra, tápanyagpótlásra speciális tápszerek ajánlottak (pl. Diasip, Diben Drink), mert ezek szénhidrátartalma a közti étkezésekre könnyen beilleszthető, de az ételek is dúsíthatók tápszerekkel.

*Következtetés:* A gyógyító team tagjaként a dietetikus segítheti a pácienseket abban, hogy a daganatos betegség esetén javasolt ajánlások mellett ügyelni tudjanak a diabetesben ajánlott étrendi sajátosságokra is. A táplálkozás gerincét az élelmi rostban és antioxidánsokban (vitaminok, ásványi anyagok és egyéb mikroelemek) gazdag gabonafélék, gyümölcsök, zöldség- és főzelékfélék adják, kiegészítve sovány tejjel és tejtermékekkel, hússal és húskészítményekkel. Természetesen ügyelve – a cukorbetegség miatt – a napi és étkezésenkénti szénhidrátmennyiségre, a szénhidrátforrások vércukor-emelő hatására (glikémiás indexére).

## A METABOLIKUS SZINDRÓMA 1989-BEN ÉS MA

*Prof. Dr. Halmos Tamás*

MAZSIHISZ Szeretetkórház, Budapest

Közel két évszázada összefüggést tételeztek fel bizonyos anyagcsere-betegségek, a magas vérnyomás és a szív- és érrendszeri kórképek között. A XX. században ezekre a kapcsolatokra számos elnevezést alkalmaztak, de végül csak *Reaven* 1989-es koncepciója ment át a köztudatba metabolikus szindróma (MS) néven. Ő egységes szindrómát tételezett fel, aminek kizárólagos oka egyes szervek (vázizomzat, zsírszövet, máj) inzulinrezisztenciája és a kompenzatórikus hiperinzulinémia. Minden további tünet e kettős kórélettani „hiba” következménye. Csakhamar kiderült, hogy a kórképet sokkal bonyolultabb összefüggésrendszer jellemzi, ezért mind az Amerikai, mind az Európai Diabetes Társaság megkérdőjelezte a szindróma önálló, egy közös okra visszavezethető patomechanizmusát, és nem javasolták a szindróma feltüntetését diagnózisként. Fokozatosan kiderült, hogy a MS kialakulásában számos kórfolyamatnak lehet etiológiai szerepe, így az endotél-diszfunkciónak, az alacsony fokozatú gyulladásnak is, jóllehet az inzulinrezisztencia (IR) meghatározó kórélettani szerepe ma is helytálló. A vázizomzat összehúzódása során több száz citokint termel, amelyek szintén részt vesznek az IR kialakulásában, ráadásul ebben a folyamatban az agy inzulinrezisztenciája is szerepet kap. Legnagyobb endokrin szervünk, az intesztinális mikrobióma különböző utakon szintén szerepel az endogén inzulinhatásban, illetve -rezisztenciában. Újabbán vált ismertté, hogy szervezetünk legfőbb belső szabályozója, a cirkadián CLOCK rendszer diszrupciója is hozzájárul a MS kialakulásához. Az epesavreceptorok is fontos szerephez jutnak a szindróma kifejlődésében. Korunk leggyakoribb nem fertőző májbetegsége, a nem-alkoholos zsírmáj mai felfogás szerint a MS májra lokalizálódó formája, kóros eltérései sok hasonlóságot mutatnak a szindrómával. Legújabbán vált ismertté, hogy az inzulinszerű növekedési faktor-1 (IGF-1) májbeli szintézisének gátlása is elősegíti a MS kialakulását. Az újabb klinikai megfigyelések során vált is-

mertté, hogy a MS számos egyéb betegséggel is kapcsolatban áll. Így mentális kórképek, mint az Alzheimer-kór, a depresszió, továbbá a gyakori alvási apnoe is részét képezhetik a MS-nak. Összefüggést találtak egyes malignus tumorok és a MS között is. Nem túlzás, hogy a MS korunk egyik legjelentősebb betegségét megelőző állapota.

Lehetséges, hogy egy ennyire szerteágazó tünetcsoport homogenitása nem bizonyítható, de e tünetegyüttes népegészségügyi jelentősége elsősorban – de nem kizárólag – a szív- és érrendszeri kórképek kialakulásában bizonyított predisponáló szerepe miatt kiemelt. Egyes nézetek a MS-t mint korunk halmozott veszélyforrását említik, így korai felismerése, adekvát gondozása, kezelése segíthet számos életet veszélyeztető állapot kifejlődésének megakadályozásában. A diabetológiai hálózat, de a háziorvosi rendszer is sikerrel vállalhat szerepet e „szindróma” korai felismerésében és adekvát gondozásában, kezelésében. Ebben a tevékenységben a diabetológiai szakápolók és edukátorok remélhetően szintén fontos szerephez juthatnak a közeljövőben, és így az ő munkájuk is minden bizonnyal segíteni fogja a magyar társadalom egészségének jobbítását.

## **A HAZAI CUKORBETEGEK OKTATÁSÁNAK TÖRTÉNETE, JÖVŐJE**

### ***Dr. Halmos Tamásné***

Alapítvány a Diabetológiai Szakápolóképzésért, Budapest

Az 1920-as években, az inzulinterápia bevezetése idején még betegedukáció nincs! 1926, *Lawrence*: „A cukorbeteg gyakorlati készségének növelése a kezelés legfontosabb részét képezi.” *Moxon* megállapítja 1929-ben: „Diabetesben minden kezelés csupán időpocsékolás mindaddig, amíg a beteget meg nem tanították, miképpen kezelje saját magát.” *Elliott Proctor Joslin* a páciensek bevonását a kezelésbe fontosnak tartja, aminek az 1918-ban megjelenő első könyvében: „Diabetic Manual for Doctor and Patient” – Diabetes kézikönyv doktorok és páciensek részére külön fejezetet szentel (14 kiadás, ma is érvényes). 1923, „wandering nurses” (vándorló nővérek): az edukátorok előfutáiraiként jelennek meg.

Magyarországon a betegedukáció kezdetben vidéken egy-egy cukorbetegekkel foglalkozó orvoscsoport körül indult. 1989-ben a Szent Vincent-i deklarációban megfogalmazott célkitűzéseket figyelembe véve kezdett a Magyar Diabetes Társaság (MDT) bekapcsolódni a betegoktatásba. A Szent Vincent-i deklaráció olyan célkitűzést tartalmaz, mint hogy mind több egészséges gyermek szülessen, kevesebb amputációra legyen szükség, legyen olyan szakember, aki az orvosokkal partnerként együttműködve dolgozik a cukorbetegek korszerű ellátásában. A Magyar Diabetes Társaság törekvése a diabetológiai szakápoló, majd a diabetológiai szakápoló és edukátor képzés létrehozása. Az MDT tagjai szakdolgozói csoportot hoztak létre, amelynek tagjai ápolók, diabetológiai szakápolók, dietetikusok, gyógytornászok. 1999-ben az első konferencia Zalaegerszegen volt. Ott már megfogalmazódott a cél, hogy a tapasztaltok átadására további találkozókra van szükség. Az MDT önálló szekciójaként két évente megrendezett kongresszusok ezt a célt kívánják megvalósítani. A jelen kongresszus a XII. Szakdolgozói Kongresszus. Itt kívánom

bemutatni a Szekció korábbi munkáját és a jövő terveit. 1999 óta az MDT vezetőségében a Szekciónak képviselője van. Felvettük a kapcsolatot a FEND-del (Federation of European Nurses in Diabetes). Az 1979-ben megalakult DESG a diabetes oktatási csoportja az Európai Diabetes Társaság részeként. Egy orvos és egy szakdolgozó képviseli hazánkat. A Szekció aktívan vesz részt a Kiváló Edukátor díjazottak kiválasztásában. A jövő: a podiáterképzés elindult, a sebkezelő szakember képzés még várat magára, de nem mondhatunk le róla. A kongresszus egyik célkitűzése, hogy kérdőív segítségével felmérhessük a szakdolgozók helyzetét, szakmai továbbfejlesztési lehetőségeit, és segítséget nyújthassunk céljaik megvalósításához.

## **OGTT VAGY HbA<sub>1c</sub> – MELYIK MÓDSZERT HASZNÁLJUK A DIABETES KÓRISMÉJÉNEK MEGÁLLAPÍTÁSÁKOR?**

*Dr. Hidvégi Tibor*

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Győr

A 2-es típusú diabetes korai felismerése fontos, ugyanis a prediabetikus állapotban eltöltött hosszú, tünetmentes időszakban az érszövődmények kialakulásának kockázata magas, életmódkezeléssel sokat tehetünk: a cukorbetegség kialakulása lassítható és/vagy megelőzhető. A Magyar Diabetes Társaság érvényben lévő szakmai irányelve a diabetes kialakulására nagyobb kockázattal rendelkező személyek esetében a szénhidrátanyagcsere-zavar felismerésére orális glukóztolerancia-teszt (OGTT) elvégzését javasolja. A vizsgálat indokolt az alábbi esetekben: 45 év feletiek, pozitív családi kórelőzménnyel, testsúlyfelesleggel (BMI >25 kg/m<sup>2</sup>) rendelkezők, hipertónia, szív- és érrendszeri betegség, a kóros vérsírszint, a mozgásszegény életmód fokozott kockázatot jelent. A terhességi cukorbetegség, a 4000 grammnál nagyobb magzat születése, a policisztás ovárium szindróma ugyancsak figyelmet érdemel, ezért szükséges ez esetekben a szűrés, utógondozás, a szülés utáni vércukorterheléses vizsgálat. Újabbban, az eddig csak a cukorbeteg gondozását segítő, úgynevezett HbA<sub>1c</sub>-érték laboratóriumi meghatározása is elfogadottá vált a diabetes diagnózisának felállítására. Az elmúlt 3 hónap átlagos vércukorszintjére utaló érték jelzi a cukorháztartás hosszabb időtartamra vonatkozó egyensúlyát, és nem egy pillanatnyi helyzetet tükröz, mint a vércukorszint meghatározása. A HbA<sub>1c</sub>-érték diagnosztikai kategóriái:

- ≤5,6%: normális anyagcsere-állapot
- 5,7–6,4%: prediabetes
- ≥6,5%: diabetes mellitus

Az előadásban a két módszer előnyeit és összehasonlítását részletezzük, kiemelve azt a tényt, hogy a két vizsgálati módszer nem fedi le ugyanazt a betegcsoportot. A Magyar Diabetes Társaság érvényben lévő szakmai irányelve alapján megállapítható, hogy a szénhidrátanyagcsere-zavar stádiumai az éhomi vércukorszint és az OGTT 2 órás értéke alapján állapíthatók meg, de a kategorizálásban hasznosítható a HbA<sub>1c</sub>-érték is. Klinikai körülmények között, egyedi esetekben, tünetmentes egyénekben dia-



betes vagy prediabetes gyanúja esetén mindig OGTT végzendő. Az utóbbi években előtérbe került a HbA<sub>1c</sub>-meghatározás jelentősége. A HbA<sub>1c</sub>-mérés epidemiológiai vizsgálatokban is elfogadott lett.

## **DOUBLE (KETTÓS) DIABETES**

*Prof. Dr. Jermendy György*

Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet, Budapest

A double (kettős) diabetes kérdésével a diabetológiai irodalom időről időre foglalkozik, miután az nemcsak érdekes elméleti kérdéseket vet fel, hanem a pontos kórismének gyakorlati vonatkozásai is vannak.

A diabetes mellitus alapvető klasszifikációja a WHO nyomán széles körben elfogadott. Négy fő kategóriát különítünk el: 1-es típusú diabetes, 2-es típusú diabetes, egyéb speciális típusok (leggyakoribbak: endokrin kórképekhez, pancreas-betegségekhez társuló diabetesformák), gesztációs diabetes. A diabetes típusa a betegek többségében a kórelőzményi adatok és a klinikai kép alapján könnyen megállapítható. Kétséges esetekben segíthet bennünket a C-peptid, a plazmainzulin értéke, illetve az autoimmun markerek (GADA) meghatározása. Az is előfordul azonban, hogy ezek egyszeri meghatározása nyomán a típusbesorolás még mindig kérdéses marad, ilyenkor a kórlefolysis további megfigyelése és ismételt laboratóriumi meghatározások vihetik előbbre a típus megállapítását.

A „double” (kettős vagy hibrid) diabetes fogalma azt jelenti, hogy egy adott betegben kétféle diabetestípusra utaló jeleket észlelhetünk. A gyermek- és serdülőkorban észlelt double diabetes egyik formája az ún. type 2 ontype 1 diabetes lehet, ami arra utal, hogy nem immunológiai folyamat gyorsítja azt a kaskádöt, amely 1-es típusú diabetesben béta-sejt-destrukcióhoz vezet. A háttérben egyes elképzelések szerint ún. akceleratorhatás állhat, akceleratorként leggyakrabban az elhízás szerepelhet. Másik formája a type 1 ontype 2 diabetes lehet, ami azt jelenti, hogy immunológiai folyamatok gyorsítják a 2-es típusú diabetesre jellemző béta-sejtfunkció-károsodást. A gyermekgyógyászati gyakorlatban a double diabetes lehetősége akkor merül fel, amikor elhízott serdülőknél GADA-pozitivitást lehet kimutatni.

Belgyógyászati gyakorlatban a double diabetes eseteivel akkor találkozhatunk, amikor alapjában véve 1-es típusú diabetesben szenvedő betegek magasabb életkort érnek meg, a hosszú (olykor több évtizedre terjedő) betegségtartam során a betegnél a 2-es típusú diabetes fenotípusjegyei (elhízás, hipertónia) jelennek meg. A C-peptid már alacsony, esetleg negatív, a GADA szintén negatív („kiégett”) lehet, a diabetes alaptípusa (1-es típus) nem változik meg, de inzulinrezisztencia kialakulhat, ami elősegíti a 2-es típusú diabetesre jellemző fenotípus megjelenését. Ennek lehetőségére hazai megfigyelések eredményei is utalnak.

Nagy kérdés, hogy mit tehetünk a felnőttkorban kialakuló double diabetes megelőzése és kezelése terén. Nem vitás, hogy a megelőzés terén az elhízás elleni küzdelemnek kell állnia, ami nehéz, mert tudjuk, az inzulininterápia hosszú távon testsúlynövelő hatású

lehet. A gyógyszeres terápia vonatkozásában sokat vizsgálták a metformin hatékonyságát 1-es típusú diabetesben, az adatok ellentmondásosak. A közelmúltban az SGLT2-gátló dapagliflozinnal kapcsolatban a hatóság megadta az engedélyt arra, hogy 1-es típusú diabetesben – inzulinterápia mellett – is alkalmazhatjuk, kellő körültekintés mellett.

## **ORVOSI TÁPLÁLÁSTERÁPIA DIABETES MELLITUSBAN**

### ***Kicsák Marian***

Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza

Az evidenciákon alapuló, étrendi kezelésre vonatkozó nemzetközi ajánlások kiemelik, hogy cukorbetegknél személyre szabott táplálásterápia szükséges a kezelési célok eléréshez. A kiegyensúlyozott tápanyagösszetételű étrendben a szénhidrátbevitel legalább 45 energia% legyen, és elsősorban magas tápanyagdenzitású szénhidrátforrások fogyasztása ajánlott. Olyan étrendet kell követnie a betegnek, amelyben a telítettzsírsavtartalom kevesebb, mint 10 energia%. Amennyiben az étrend zsírtartalma meghaladja a 30 energia%-ot, az elsősorban az egyszerűen telítetlen zsírsavbevitelből adódjon. A fehérjebevitel 15–20 energia% között legyen, kevesebb, ha albuminuria van vagy csökkent a glomerulus filtrációs ráta (0,8 g/ttkg).

Cukorbetegséggel élőknel az egészségmegőrző étkezési szokások kialakítása, a szükségletnek megfelelő energia- és tápanyagbevitel biztosítása, a glikémiás kontroll optimalizálása az étrendi kezelés célja és feladata. Mindezek az egészségi állapot megőrzésének feltételei, és mindhárom teljesülésére figyelni kell. Az étrendi kezeléssel kapcsolatos alapismeretek átadása, ezek gyakorlatba való átültetésében való segítés, a gondosan felépített, rendszeres táplálkozási tanácsadás jelentős támogatást jelent.

Amennyiben a személyre szabott táplálásterápia kialakítása dietetikus bevonásával történik, 1-es típusú cukorbetegknél ez 1,0–1,9%-os, 2-es típusú cukorbetegknél 0,3–2,0%-os HbA<sub>1c</sub>-csökkenést eredményezhet.

*Következtetés:* A dietetikai oktatást a diagnózis felállításától kezdve biztosítani kell, ami nemcsak a jobb glikémiás kontroll elérésében segít, de a páciens életminőségét is javíthatja. Az edukáció során a táplálkozási alapismeretek átadása a páciens tudásához, képességeihez alkalmazkodva történjen.

## **PÁCIENSOKTATÁS ÉS AKIK MÖGÖTTE VANNAK**

### ***Konczné Molnár Ibolya***

Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa

Sokat és sokszor beszélünk a diabeteses betegek oktatásáról. És nem csak beszélünk, tesszük is, napról napra fáradhatatlanul. Magyarországon jelenleg körülbelül 800 edu-

kátor tevékenykedik, szakambulanciákon, fekvőbeteg-osztályokon és a háziorvosi rendelőkben, többen magánegészségügyi ellátásban is dolgoznak. De nem csak a diabetológiai szakápolók, a diabetológus orvosok is aktívan kiveszik a részüket az oktatásból.

Elszomorít, ha egy cukorbeteg jóval többet tud a diabetesről, mint néhány egészségügyi dolgozó. Persze ez akár még érthető is lehetne, hiszen az orvoszakma tagozódása magával hozta a speciálisan képzett közép-káderek megjelenését. A teljesség igénye nélkül kiváló geriátriai, onkológiai, pulmonológiai, ergoterápiás szakápolók tevékenykednek az ellátásban. Egy kapcsolódási pont azonban minden területen van, az idősödő társadalom, tumoros betegségek, a szteroidkezelés mellékhatása vagy érkatasztrófán átesettek között kíséző kórként ott van a diabetes is.

Természetesen nekünk, akik diabetológiai ellátásban dolgozunk, egyértelmű, hogy melyik inzulinhoz melyik tollat válasszuk, mit kell tenni hipo-hiperglikémia esetén, ismerjük az Alberti-sémát, ráncoljuk a homlokunkat, ha másnak nem ugrik be azonnal. Pedig belegendoltunk már, hogy vajon mi tudunk-e szakszerűen tracheosztómát ápolni, ismerjük-e a legmodernebb sebkezelő eszközöket, szemcseppeket?

Akkor fogant meg bennünk a gondolat, hogy ápoló kollégáknak diabetológiai ismereteket oktassunk, mikor egyik betegünk elmondta, volt, hogy ő segített a szobatársainak, hogyan osszák el a reggelihez kapott kenyeret, hogy maradjon tízóráira is.

A Pest Megyei Flór Ferenc Kórházban hagyományt teremtettünk a szakdolgozók diabetológiai képzése terén. A legutolsó alkalommal az ÁEEK által akkreditáltattuk, szabadon választható képzésként 17 pontot kaphatott minden résztvevő.

Ezen képzések tapasztalatait szeretném megosztani.

## **A MODERN TECHNOLÓGIA ALKALMAZÁSA A DIABETESES GYERMEKEK KEZELÉSÉBEN: INZULINPUMPA ÉS SZÖVETI GLUKÓZMONITOROZÁS**

*Prof. Dr. Körner Anna*

Semmelweis Egyetem, I. Gyermekklinika, Budapest

A Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) eredményeinek nyilvánosságra hozatala óta már evidenciának tekinthető, hogy 1-es típusú diabetesben az intenzív terápiával elérhető jobb anyagcsere-egyensúly késlelteti a diabetes késői szövődményeinek a fellépését, illetve lassítja progressziójukat. Az intenzív inzulininterápia vagy napi többszöri inzulinadással (multiple daily injections; MDI), vagy szubkután inzulinpumpa-kezeléssel (continuous subcutaneous insulin infusion; CSII) valósítható meg. A CSII-nek az MDI-vel szemben mutatott legfontosabb előnye, hogy míg MDI-ben a bázisinzulin (jó esetben) a 24 óra alatt egyenletes hatású, addig CSII-ben a bazális ráta a diurnális inzulinérzékenységnek megfelelően akár óráról órára változtatható. Továbbá, MDI-ben a bólusok száma az étkezések számát behatárolja, ugyanakkor CSII-ben a bólusok száma a kívánt étkezések számához széles határok között illeszthető. Saját vizsgálataink – az irodalmi adatokkal egybehangzóan – igazolták, hogy a pumpakezelés bevezetését követően a gyermekek glikált Hb szintje csökkenő napi inzulinszükség-

let mellett szignifikánsan csökkent, miközben az akut szövődmények gyakorisága és a betegek testsúlya változatlan maradt.

A vércukor-önellenőrzés forradalmasította a diabetesgondozást, lehetővé téve a cukorbeteg számára, hogy rendszeres napi aktivitásuk mellett otthonukban is képesek legyenek vércukorszintjük követésére. Ugyanakkor még a többpontos vércukorprofil is csak pillanatfelvételeket tükröz a folyamatosan változó vércukorszintről, amelyek között a rejtett hiper-, illetve hipoglikémiás állapotok feltáratlanok maradhatnak. Ez teremtette meg az igényt a folyamatos szöveti cukormonitorozásra (continuous glucose monitoring; CGM), amelyet a 90-es évek vége óta hazánkban is egyre szélesebb körben alkalmazunk. A CGM módszernek két formája terjedt el: míg az ún. „vak” monitorozást alkalmazó professzionális CGM az egészségügyi személyzet számára teszi lehetővé, hogy az adatok utólagos kiértékelésével tanácsot adjon a terápia módosítására, addig a valós idejű, ún. személyes monitorozás a beteg számára teremti meg – mind a kórosan magas, mind az alacsony vércukorszintre történő – azonnali reagálás lehetőségét. Továbbá a CareLink Internet-alapú program segítségével a beteg otthonról is feltöltheti és orvosával megoszthatja a monitorozás adatait. A legtöbb nemzetközi vizsgálat eredményével összhangban saját vizsgálataink is azt mutatták, hogy a valós idejű szenzor viselése szignifikánsan csökkentette mind a hiperglikémiás tartományban eltöltött időt, mind a HbA<sub>1c</sub>-értékeket.

Napjaikban – egyes országokban – már bevezetésre kerültek azok az ún. hibrid inzulinpumpák, amelyekben a cukormonitorozásra alkalmas eszköz (szenzor) és az inzulinpumpa egy vezérlő algoritmussal kapcsolódik össze, ami lehetővé teszi, hogy – éjszaka, amikor a beteg nem eszik és nem mozog – a szenzor külső beavatkozás nélkül, automatikusan vezérelje az inzulinpumpa általi inzulinadagolást.

## **KI MÁR, HA MI NEM? – EGY MEGVALÓSULT ÁLOM A FELSŐ-SZABOLCSI KÓRHÁZBAN**

*Kővári Georgina*

Felső-Szabolcsi Kórház, Kisvárdra

Világszerte és Magyarországon is „járványszerűen” támad a cukorbetegség, amely sajnos a térségünkben sem tesz kivételt.

Az érintett betegek edukációja nélkülözhetetlen eleme a cukorbeteg-gondozásnak, amelyben kiemelt fontosságú az edukátorok munkája, aminek célja: lehetővé tenni a páciens számára, hogy megszerezze és megtarthassa azon képességeket és ismereteket, amelyek lehetővé teszik a betegségével való optimális együttélést.

*Alkalmazott módszer:* Statisztikai módszer.

*Eredmények:* Kórházunk járóbeteg-rendelésein megjelent összes betegszámhoz képest a cukorbetegek száma kiemelkedően magas, a már meglévő és a frissen diagnosztizáltak körében egyaránt.

*Következtetés:* A növekvő tendencia magával vonja, hogy egyre nagyobb jelentőséggel bír az edukátor munkája a cukorbeteg-gondozásban.

## HOVÁ TÚNTÖK, GDM-ES KISMAMÁK?

*Melicher Szilvia*

Lamboy Kft., Törökbálint

Alapellátásban dolgozó diabetológiai nővérként, többek között diabetológiai szakvizsgával rendelkező háziorvos mellett lehetőségem van folyamatos szűrés-gondozás-utánkövetés-ellenőrzésre, ami a legjobb alaphelyzet mind az egészségügyi személyzet, mind a betegek szempontjából. Természetesen ehhez leginkább a beteg kell. És az ő beleegyezése, tudása. Hiszen nehéz gondozni valakit, aki eltűnik! Emiatt a probléma miatt választottam ezt a témakört.

*Kiválasztás:* A GDM diagnózisát, kritériumait, értékeit ismerjük, tudjuk, mikor kellenek a kötelező kontrollvizsgálatok. Ideális esetben végig is kísérik mind a várandósságot megelőző időszakban, mind áldott állapotban, mind a szülést követő, majd későbbi időben. Elsőként a nőgyógyász, a védőnő, esetleg a diabetológiai szakrendelés az alapellátással karöltve találkozik velük. Szülés után marad a védőnői hálózat és mi. A saját tapasztalatom az, hogy amíg várandós, addig törődik magával és a magzattal. A későbbiekben pedig nagy számban eltűnnek a kiemelt anyukák. De látom a háziorvosi rendszerben a lehetőséget a nyomon követésre. Hiszen egy szoptatáskor fellépő masztitisz, egy családi fertőzés, a jogosítványhosszabbítás, egyéb igazolások alkalmával úgyszólván felkeresnek minket. És ezeket a viziteket kell megragadni, hogy újra és újra figyelmeztessük őket az OGTT fontosságára, illetve az életmód-tanácsadásra.

*Cél:* Minden számít, ahol és amikor elérjük ezeket a pácienseinket. Mindenki tudja, milyen nehéz egy kisgyermekes család koordinálása. De ez nem lehet indok, hogy a későbbiekben már cukorbetegként kerüljenek vissza a rendelésre.

*Módszer:* Törökbálinton a védőnői-háziorvosi kapcsolat jól működő mind a helyszínen, mind a kollegiális kapcsolat tekintetében. Szomszédos épületben, napi kapcsolatban dolgozunk, segítve ezzel közös betegeinket az egészségügy hálójában. Megosztva a friss leleteket, diagnózisokat, híreket és az aktuális problémákat. És legyünk őszinték magunkhoz, abból akad bőven. Az összedolgozásunk révén kerültek kiemelésre a GDM-es kismamáink is. Az elmúlt 2 évben 9 beteget gondoztunk. 7 főt a rutinvizsgálatok során diagnosztizáltunk. A másik 2 fő már régebben szült.

*Eredmények:* Állandó kapcsolat a kiemelt kismamákkal. A csak diétára szorulókkal 2 hetente fél-fél órában, előre egyeztetett kontrollvizsgálat van, várakozás nélkül a rendelésben. Így az esély is nagyobb a folyamatos kapcsolattartásra. Az inzulinos kezelésre szoruló gravidát fekvőbeteg-osztályra vették fel. A már régebben szült nők szűrővizsgálatokon, illetve gondozáson jelentkeztek. Számon kell tartani a betegeket. Nagy előnyét látom a háziorvosi rendelésnek ebben is, hiszen jól ismerjük a hozzánk tartozókat, a családi helyzetüket, elérhetőségüket, problémáikat.

*Következtetés:* Fontos szempont az életkor, a szociális helyzet, a végzettség, az életmód. Mindig tudunk újat mondani. A folyamatos re-educáció fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni. Nem szabad elengedni a kezűket. És hiszem, hogy egy jól működő alapellátás erre a legjobb helyszín és megoldás.

## MOZGÁSTERÁPIA SZEREPE CUKORBETEGSÉGBEN

*Molnár Antalné*

Debreceni Egyetem, Anyagcsere Betegségek Nem Önálló Tanszék, Debrecen

A cukorbetegség a XXI. század elejére az egyik legjelentősebb népegészségügyi problémává vált világszerte. A becslések szerint számuk 2030-ra 366 millióra növekedhet. Ma Magyarországon kb. 1–1,5 millió ember szenved ismert vagy ismeretlen módon cukorbetegségben, illetve a károsodott anyagcsere valamely formájában.

Számos gyógyszer áll rendelkezésre a cukorbetegek korszerű kezelésére, de minden hazai és nemzetközi ajánlás hangsúlyozza az életmód-változtatás jelentőségét a kezelésben.

A cukorbetegeknek életmódjukban, étrendjükben és testedzésük tekintetében is speciális szükségleteik vannak. A mozgás amellet, hogy örömszerző tevékenység, az egészséges élethez is hozzátartozik, s a szervezet számára pozitív hatással bír. Fontos szerepet játszik a testsúly-szabályozás és az elhízás megelőzése érdekében. Összefüggés mutatható ki az inaktivitás miatt bekövetkező érrendszeri betegségek, cukorbetegség, ízületi megbetegedések és az osteoporosis között.

A cukorbetegek igen nagy százaléka szenved mind a kisízületeket, mind a nagyízületeket érintő megbetegedésben, artrózisban, oszteoarthritisben. Ezért fontos az ízületi mobilizáció, ha szükséges az ízület passzív, illetve aktív kimozgatása. A túlsúly és az ízületi problémák miatt az emberek egyre kevesebbet mozognak, mivel a mozgás fájdalmas lehet számukra, s ez tovább növeli a testsúlyt. S így kialakul az örögi kör.

A károsodott anyagcsere, az emelkedett lipidértékek és a testsúly miatt fontos a napi rendszerességgel történő mozgás. Elengedhetetlen, hogy a diabeteses beteg mozgásterápiája a gyógykezelés része legyen. A gyógytorna során olyan stratégiákra van szükség, amely segítségével a betegek speciális formagyakorlatokat, illetve mozgásformákat sajátíthatnak el és képesek a mindennapjaikba beépíteni. A mozgás típusát és intenzitását mindig személyre szabottan kell meghatározni.

A cukorbetegek terápiája csak akkor lehet hatékony és eredményes, ha teammunkában történik. Melynek tagjai az orvos (diabetológus), a gyógytornász, a dietetikus és diabetológiai szakápoló. A team tagjainak megfelelő együttműködése eredményezhet csak tartós életmódbeli változtatást és tartósan stabil anyagcserehelyzetet.

„A gének betöltik a fegyvert, s az életmód húzza meg a ravaszt.” (Genes load the gun. Lifestyle pulls the trigger.) – *Elliot Joslin* (1869–1962), a diabeteskutató pionírja.

## **A DIABETESES LÁB KIALAKULÁSÁNAK ÉS TOVÁBBI ROMLÁSÁNAK MEGELŐZÉSÉRE IRÁNYULÓ SZŰRÉS ÉS GONDOZÁS HAZAI ÉS NEMZETKÖZI GYAKORLATA**

*Mongel Istvánné,<sup>1</sup> Kívés Zsuzsanna<sup>2</sup>*

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Pécs,<sup>1</sup> Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet, Pécs<sup>2</sup>

A diabetes mellitus a XXI. század elejének egyik legjelentősebb népegészségügyi problémájává vált. Világszerte a lábamputációk felét a cukorbetegség idült szövődményeként kialakuló diabeteses láb szindróma miatt végzik. A betegség megjelenése jelentős életminőség-romlást eredményez, jelentős terhet róva a betegre és az ellátó rendszerre is.

A prevenciónak kiemelt jelentősége van a diabeteses láb szövődményeinek megelőzésében. A cukorbeteg-populáció teljes egészére kiterjesztett szűrővizsgálatokat célszerű végezni, már az alapellátás szintjén – csökkentve a betegség kialakulásának lehetőségét, valamint a kialakult betegség progressziójának megakadályozását.

Az Amerikai Egyesült Államokban, Angliában, Ausztráliában és Új-Zélandon az ápolók nagy autonómiával rendelkeznek, a diabeteses láb szűrését önállóan végzik, előre meghatározott protokollok alapján. Kompetenciaköreik kialakításra kerültek.

Magyarországon 2 évvel ezelőtt indult a kiterjesztett hatáskörű ápolók egyetemi végzettséget adó képzése. Az APRN (Advanced Practice Registered Nurse) képzés lehetőséget ad arra, hogy a szakmában dolgozó szakemberek tudása, ismeretei bővüljenek, bizonyos feladatokat az alapellátás szintjén önállóan tervezzenek, kivitelezzenek. Így az eszközös vizsgálatokkal a diabeteses láb szűrése, gondozása is hatékonyabban végezhető, ezzel nagymértékben segítve a háziorvosok és szakorvosok munkáját.

Hazánkban a jövőben közösségi szakápolói végzettséget szerző egyetemi ápolók számára delegálhatóak legyenek azok az orvosi feladatkörök, amelyek segítségével javulhatna a betegellátás, növekedne a betegelégedettség, csökkenhetne a várakozási idő, egyben költséghatékony megoldást jelentve e jelentős népegészségügyi problémára.

### **CHARCOT-LÁB IDŐBENI KEZELÉSE JÓ ANYAGCSERE-HELYZETŰ, HOSSZÚ DIABETESTARTAMÚ, 1-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEN – ESETBEMUTATÁS**

*Péterfalvi Andrea,<sup>1</sup> Nagyné Lukács Anita,<sup>1</sup> Ujhelyi Éva,<sup>1</sup> Baranyai Sándorné,<sup>1</sup> Dr. Mező Róbert,<sup>2</sup> Dr. Mester Ádám,<sup>3</sup> Dr. Szatmári Ildikó,<sup>1</sup> Dr. Kerényi Zsuzsanna<sup>1</sup>*

TRANTOR'99 Bt. Anyagcsere Centrum, Budapest,<sup>1</sup> Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Mozgászervi Rehabilitáció, Budapest,<sup>2</sup> RADITEC Kft., Budapest<sup>3</sup>

A DCCT adataiból 1993 óta tudjuk, hogy a tartósan jó anyagcserehelyzet (alacsonyabb HbA<sub>1c</sub>-érték biztosítása) számottevően csökkenti a mikro- és makroangiopátiás szö-

vődmények – köztük a neuropathia diabetica – kialakulásának és progressziójának kockázatát 1-es típusú diabetesben. A jobb anyagcserehelyzet szövődményvédő hatása évtizedek után is kimutatható. A Charcot-féle oszteoartropátia (Charcot-láb) a diabetes rettegett szövődménye, neuropátia és mikroangiopátia talaján a lábak csontjainak gyengülését okozza, mikrotörések fordulnak elő, a csontszerkezet felbomlik, az ízületek deformálódnak, összeroppannak. A nyomáspontok áthelyeződése fekélyek kialakulásához, járásképtelenséghez vagy a láb elvesztéséhez vezethet. Esetismertetésünk célja annak bemutatása, hogy Charcot-láb hosszú távú jó anyagcserehelyzet mellett is kialakulhat, korai felismerése és megfelelő kezelése a láb funkciójának megőrzését eredményezheti.

PKZ 70 éves nőbeteg 1-es típusú diabetes tartama 65 év. Pumpa-kezelt, CGMS-t alkalmaz.  $HbA_{1c}$  6,9%, vércukor és TIR (célartományban töltött idő) átlagai FreeStyleLibre CGM alapján 7, 14, 30, 90 nap során 7,0, 6,9, 7,2, 7,6 mmol/l, illetve 76, 81, 81, 77%. Vércsírok, vesefunkció a normál tartományban. Késői szövődmények: enyhe háttér-retinopátia, perifériás és centrális makroangiopátia. Banális baleset során sérült jobb lába. Rutin traumatológiai ellátás során a II. metatarsus bázis minimális elmozdulású, ízületbe hatoló törése volt a diagnózis, a kezelési javaslat 4 hétig kezelőcipő viselése, LMWH adása. Minthogy egy hétig nem tudott rálépni a lábára, diabeteses láb szakrendelésen jelentkezett, ahol egy korábbi törést is véleményeztek, Charcot-láb gyanúját vetették fel, total contact gipszet helyeztek fel, MRI-t javasoltak. A 6 hetes kontroll során a korábbi törést gyógyultnak találták, a frissen nem találtak megfelelő kalluszképződést, ezért további 6 hét tehermentesítést és oszteokalcin-kezelést javasoltak.

*Következtetés:* Betegünk esettanulmányával arra kívántuk felhívni a figyelmet, hogy a diabetes rettegett, általában hosszan tartó rossz anyagcserehelyzet következtében kialakuló szövődménye, a Charcot-oszteoartropátia jó anyagcserehelyzetben is kialakulhat. A korai felismerés a beteg későbbi életminőségének meghatározó tényezője lehet. A korai jelek felismerését oktatni szükséges. A láb megtekintése évente kötelező lenne. Akadály lehet, hogy a neuropátiás diabeteses láb ellenőrző vizsgálata 284 pont, 426 HUF.

## **A CUKORBETEGSÉG MEGELŐZÉSI LEHETŐSÉGEI AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ VÉDŐNŐK SZEMÉVEL**

### ***Siklósiné Gyopáros Adrienn***

Veszprémi Bölcsődei és Egészségügyi Alapellátási Integrált Intézmény, Veszprém

A cukorbetegség előfordulási gyakoriságának emelkedése növekvő terhet jelent egyéni és társadalmi szinten egyaránt. E napjainkban a fiatalabb generációt sem kímélő progresszív állapot nemcsak az egészségben eltöltött életevek számát csökkenti, hanem jelentősen befolyásolja az érintett páciensek életminőségét is.

A gyermekvállalási szándék későbbi életkorra tolódása és az egészségtelen életmód miatt a védőnői gondozás során évről évre gyakrabban szembesülünk cukorbetegséggel szövődött várandósságokkal.



Szakirodalmi adatok rávilágítottak arra, hogy az anamnézisben szereplő gesztációs diabetes akár hétszeres kockázatemelkedést jelent a későbbi cukorbetegség kialakulása szempontjából, valamint jelentősen növeli a kardiovaszkuláris betegségek rizikóját. Ugyanakkor bizonyos életmódelemek – amelyek célja a testsúly egészséges tartományban tartása – hosszú távú megvalósításával e betegségek kockázata csökkenthető, illetve kialakulásuk késleltethető.

*Alkalmazott módszerek:* A diabetes kialakulása szempontjából veszélyeztetett gondozottaink körében az utógondozáshoz és az életmódelemekhez való viszonyulásuk feltárására – dr. Vándorfi Győző és dr. Havasi Anett javaslatára – 2018 őszén önkéntes kérdőíves vizsgálatot indítottunk. Az online és nyomtatott formában is elérhető kérdéssor népszerűsítésében az országban dolgozó védőnők nyújtanak segítséget. A felmérés célja a helyzetértékelésen túl az egészséges életmód hosszú távú megvalósítását befolyásoló tényezők felderítése.

*Eredmények:* A gesztációs diabeteses anamnézisű édesanyák a szülést követően kevésbé motiváltak az utógondozásban való részvételben és az étrendi, valamint a fizikai aktivitásra irányuló javaslatok betartásában. A szülés utáni reklasszifikációs, majd az évenként javasolt vércukorterhelésen való részvételi arány – a nemzetközi szakirodalmi adatokhoz hasonlóan – hazánkban is alacsony. Az édesanyák az életmód megvalósításában segítő tényezőként jelölték meg az egészségügyben dolgozó szakemberektől kapott szakmai információkat és a pozitív megerősítést.

*Következtetés:* A szülést követően megvalósuló rendszeres szülő-gyermek-védőnő találkozások kiváló lehetőséget kínálnak arra, hogy az alapellátásban dolgozó szakemberek a szakellátásban dolgozó diabetológiai team munkatársaival együttműködve segítsék az érintetteket az egészséges életmód megvalósításában. Bízunk abban, hogy az ismeretek birtokában, közösen olyan egyéni és közösségi egészségfejlesztési módszereket dolgozhatunk ki, amelyek hozzájárulhatnak a cukorbetegség kialakulásának csökkentéséhez.

## **A SZAKASSZISTENS FELADATA A GYERMEKDIABETES-GONDOZÁSBAN**

### ***Szabóné Hajdú Ildikó***

Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktatókórház, Gyermekosztály,  
Székesfehérvár

Az egyre gyakrabban kialakuló, élethosszig kezelésre és gondozásra szoruló gyermekkori 1-es típusú cukorbetegségről szeretnék beszélni a diabetológiai szakasszisztens nézőpontjából.

A betegség mint derült égből villámcsapás jelentkezik, gyakran súlyos tünetek, állapot formájában. Néhány perces orvosi vizsgálat után közli az orvos a diagnózist.

Összefoglalom mindazt, amit a közvetlenül érintetteknek: gyermekeknek és szülőknek szükséges tudniuk a cukorbetegségről és annak kézben tartásáról.

Elsődleges cél, hogy oldjuk a félelmet, ami mindenkinél jelentkezik, akit idült betegséggel diagnosztizálnak, így például cukorbeteg lesz. A félelem oldásának legjobb eszkö-

ze, hogy megismerje a betegséget. A szülő és a gyermek akkor lesz partnerünk, ha kellő információ birtokába juttatjuk, amivel egyidejűleg a személyes kötődést is kialakítjuk. Meggyőződésem, hogy a gyermekek számára mind a kezdetekkor, mind a fejlődésük során a környezetből áradó szeretet lesz az az erő, ami minden vélt és valós gondjukon átsegíti őket. Azt gondolom, hogy ezt az erőt mi, diabetológiai szakasszisztensek türelmes, megértő, óvó, aggódoó, de mégis nevelő, összességében magabiztosságot árasztó szeretet formájában sugározzuk ki feléjük. Célunk az állapottal kapcsolatos gyakorlati ismeretek maximális oktatása a mindennapi élet során. Ez legyen hatékony és lépcsőzetes, ami növeli a szülő és a gyermek felelősségtudatát, továbbá bátorító és támogató jellegű.

Az edukáció egyben arra is alkalmas, hogy a család megismerkedjen, kapcsolat alakítson ki azokkal a szakemberekkel, akiknek a csapata a gyermek anyagcseréjének optimalizálása érdekében majdan éveken keresztül fogja a háttérből irányítani a család életét.

## **GONDOLJUNK A LÁBUNKRA**

### ***Szántai Ibolya***

ÉRGONDNOK Egészségügyi Kft., Sopron

Az emberi test mozgását, helyzetváltoztatását az alsó végtagjaink, a lábak végzik. Ezen testrészünk is fokozott figyelmet és törődést igényel. A szervezetben zajló kóros folyamatok, pl. cukorbetegség, a lábakat sem kímélik.

Miről is mesél a láb? Kik és hogyan gondolnak a lábakra? Mit lehet tenni a lábakért és a betegekért? Erre ad választ a podiátria, nem csak cukorbetegeknek.

*Alkalmazott módszerek:* Esetek bemutatása, edukáció, egészségnevelés.

*Eredmények:* A podiátriai prevenció minden szintjén az egyéni edukációval pozitív eredményeket lehetett elérni.

*Következtetés:* A podiátriai prevencióban megkezdett egyéni edukáció késlelteti a láb-szövődmények kialakulását és megelőzi az alsó végtag elvesztését.

## **EDUKÁCIÓS NEHÉZSÉGEK IDŐSKORÚ INZULINOS CUKORBETEGEKNÉL**

### ***Szerencsiné Soós Andrea***

Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger

Világszerte minden korosztályban nő a cukorbetegek száma, jelenleg 420 millióra tehető, amely a feltételezések szerint 2025-re 700 millió lesz. A növekedés az időskorúak körében a legnagyobb, a 60 év felettiéknél 7–9%, a 80 év felettiéknél 15–20% diabetéses, náluk ez a leggyakoribb krónikus betegség. Jelentős részük 2-es típusú cukorbeteg, de az orvostudomány fejlődésének köszönhetően egyre több 1-es típusú cukorbeteg éri meg az időskort. Ebben a korban a kezelést, illetve az edukációt ne-

hezítik egyes társbetegségek, szövődmények, kardiovaszkuláris és renális betegségek, geriátriai szindrómák. Továbbá befolyásolják a különböző pszichoszociális tényezők, az anyagi helyzet, az egyedüllét, a depresszió.

Az edukációnál figyelembe kell venni:

- felfogóképességük, memóriájuk gyengült;
- alapvető mozgásuk korlátozott (remegő kéz, ízületi fájdalmak, neuropátiás panaszok, tünetek);
- látásuk, hallásuk korlátozott;
- más betegség miatt szedett gyógyszereiket és hatásukat (vízhajtók, szteroidok);
- éhség- és szomjúságérzetük csökkent;
- és a pszichoszociális körülményeiket.

Az idős emberek oktatásához sok idő, türelem és tolerancia szükséges. Fontos, hogy teammunkában történjen, melynek tagjai: orvos, diabetológiai szakápoló, beteg, hozzátartozó vagy gondozó.

Az edukációs folyamat legfontosabb célja, hogy az idős diabeteses személy képes legyen a tájékoztatás után változtatni életstílusán, a szükségtelen vagy nem megfelelő gyógyszerelés, illetve terápia okozta gondoktól mentesen élni.

A céloom, hogy bemutassam az időskorú inzulinos cukorbeteg oktatásának nehézségeit és a problémák megoldásának lehetőségeit 1-2 esetbemutatáson keresztül is.

## **GYÓGYULT 1-ES TÍPUSÚ DIABETES, VAGY TÍPIZÁLÁSI HIBÁN ALAPULÓ, IATROGÉN OBEZITÁS MEGSZÜNTETÉSE A 2-ES TÍPUSÚ DIABETES GYÓGYULÁSÁNAK HÁTTERÉBEN – ESETTANULMÁNY**

*Ujhelyi Éva, Péterfalvi Andrea, Nagyné Lukács Anita, Baranyai Sándorné,  
Dr. Kerényi Zsuzsanna*

TRANTOR'99 Bt., Anyagcsere Centrum, Budapest

A gesztációs diabetes (GDM) a később kialakuló 2-es típusú cukorbetegség rizikótényezője. Hazai adatok szerint 3–8 éves követésnél az esetek felében alakul ki cukorbetegség, amely többnyire 2-es típusú, de 10%-ban a terhesség alatt manifesztálódó, vagy a terhesség alatt felismert 1-es típusú diabetes is lehet. A szülés utáni reklasszifikáció (75 g-os OGTT-vel) többnyire tisztázza a diagnózist. Az anyagcserehelyzet utánkövetését a hazai kezelési ajánlások is részletesen leírják.

Esetbemutatásunk célja Sz. I. 36 éves, szakrendelésünkre 1-es típusú diabetes diagnózissal érkező, ICT kezelésben részesülő nőbeteg „gyógyulásának” bemutatása. Családi anamnézisében: az apai és anyai nagymama cukorbeteg volt. A beteg 1981-ben, 2800 g-mal született, 21-22 éves koráig normál súlyú volt. Balesetet, majd az aktív sport abbahagyását követően kezdett hízni, 10 év alatt 70-ről 105 kg-ra. Első terhessége során GDM miatt csupán diétával kezelték. Reklasszifikálás nem történt. Második terhessége spontán abortusszal végződött. Harmadik terhessége alatt diétázott, reklasszifikáció nem volt. Terhességei alatt 20–25 kg-ot fogyott, majd a szülések után 108 kg-ra vissza-

hízott. Utánvizsgálat öt évig nem történt. 2017. februárban poliuria, fogyás kapcsán 23,2 mmol/l-es vércukorral hospitalizálták, ICT kezelést vezettek be.

*Eredmények:* Gondozásbavételi adatok: testtömeg 94,3 kg, testszírtömeg 38,6 kg, HbA<sub>1c</sub> 4,4%, éhomi vércukor 4,4 mmol/l, SMBG normoglikémia mellett két hét alatt 5-ször  $\leq 3,9$  mmol/l, vércukrok a normál alsó határán, reggeli után nincs emelkedés. Vélemény: valószínűleg nem 1-es típusú diabetes, terv az étkezési inzulinok elhagyása. 150 g CH, 1500 kcal tartalmú diéta, napi kétszeri igen intenzív fizikai aktivitás (futás, TRX) mellett a beteg egy év alatt összesen 25 kg-ot fogyott. Fokozatosan elhagytuk az inzulint, majd a metformint is. Féléves gyógyszermentesség után a 75 g-os OGTT során 0, 60 és 120'-nél a vércukor 5,0, 8,9 és 5,3 mmol/l, az inzulin 3,4, 19,5 és 18,1 mIU/l, a HOMA-IR 0,8, a C-peptid 0' 1,5  $\mu\text{g/l}$ , étkezéssel stimulálva 60' 4,3  $\mu\text{g/l}$  volt. Egyéves gyógyszermentesség után a diétát is felfüggesztve OGTT 0, 60 és 120'-nél a vércukor 4,4, 8,0 és 5,0 mmol/l, az inzulin 4,1, 23,5 és 26,0 mIU/l, a HOMA-IR 0,8, a C-peptid 0' 1,5  $\mu\text{g/l}$ , egészséges CH-anyagcserét bizonyított.

*Következtetés:* Esetismertetésünk igazolta, hogy a megfelelő anamnéziszfelvétellel, a betegség fenotipikus jegyeinek és klinikai jellegzetességeinek gondos megfigyelése alapján nem 1-es, hanem 2-es típusú diabetes lett volna a helyes diagnózis. A felesleges inzulinkezelés elhagyása után megfelelő diétával és intenzív fizikai aktivitással a beteg anyagcsere-paraméterei normalizálódtak. Előadásunk felhívja a figyelmet a gépies beteggondozásban rejlő iatrogénia lehetőségére.

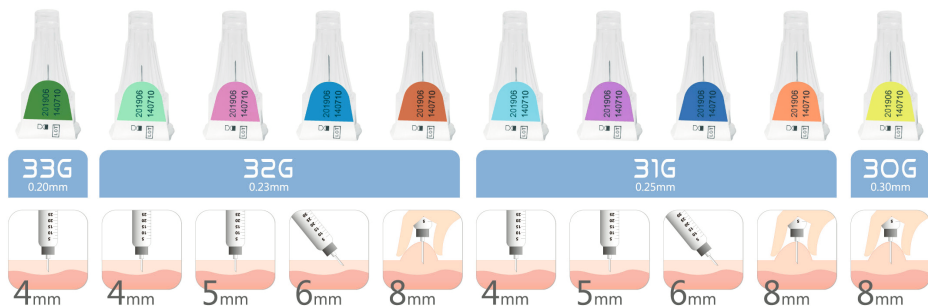
## Névmutató

<b>Bajzáthné Kard Krisztina</b> .....	<b>9</b>
Baranyai Sándorné .....	21, 25
<b>Bódi Mónika</b> .....	<b>9</b>
<b>Füvesné Horváth Katalin</b> .....	<b>10</b>
<b>Gordos Livia</b> .....	<b>10</b>
<b>Gyurcsáné Kondrát Ilona</b> .....	<b>11</b>
<b>Dr. Halmos Tamásné</b> .....	<b>13</b>
<b>Dr. Hidvégi Tibor</b> .....	<b>14</b>
Dr. Kerényi Zsuzsanna .....	21, 25
<b>Kicsák Marian</b> .....	<b>16</b>
Kívés Zsuzsanna .....	21
<b>Konczné Molnár Ibolya</b> .....	<b>16</b>
Dr. Kovács Attila .....	9
<b>Kővári Georgina</b> .....	<b>18</b>
<b>Melicher Szilvia</b> .....	<b>19</b>
Dr. Mester Ádám .....	21
Metál Ágnes .....	9
Dr. Mező Róbert .....	21
<b>Molnár Antalné</b> .....	<b>20</b>
<b>Mongel Istvánné</b> .....	<b>21</b>
Nagyné Lukács Anita .....	21, 25
<b>Péterfalvi Andrea</b> .....	<b>21, 25</b>
<b>Prof. Dr. Halmos Tamás</b> .....	<b>12</b>
<b>Prof. Dr. Jermendy György</b> .....	<b>15</b>
<b>Prof. Dr. Körner Anna</b> .....	<b>17</b>
<b>Siklósiné Gyopáros Adrienn</b> .....	<b>22</b>
<b>Szabóné Hajdú Ildikó</b> .....	<b>23</b>
<b>Szántai Ibolya</b> .....	<b>24</b>
Dr. Szatmári Ildikó .....	21
<b>Szerencsiné Soós Andrea</b> .....	<b>24</b>
<b>Ujhelyi Éva</b> .....	<b>21, 25</b>

Félkövér szedés: **első szerző.**



# Inzulinadagoló tollhoz használatos pentű



Megérkezett a világ legrövidebb és legvékonyabb pentűje: 33G x 4 mm!

- Közgyógyellátás jogcímen rendelhető.
- 1 doboz 100 db tűt tartalmaz.

Méret	ISO kód	Felírható mennyiség
30G	04 19 15 06 03 008	3 hónap / 50 db
31G	04 19 15 06 03 007	3 hónap / 50 db
32G	04 19 15 06 03 009	3 hónap / 50 db
33G	04 19 15 06 03 010	3 hónap / 50 db

## MINDEN MÉRET NEAK-TÁMOGATOTT ÉS AZONOS ÁRON ÉRHTŐ EL

A VeriFine egyszer használatos pentű gyógyászati segédeszköz.  
A kockázatokról olvassa el a használati útmutatót,  
vagy kérdezze meg kezelőorvosát!

MedCordis Kft. • 1134 Budapest, Csángó utca 36. VI. 1.  
A dokumentum lezárása: 2019.08.23.

# Kezdje a napot az új MÉRÝkék -kel!

MÉRÝkék **900**  
vércukorszintmérő



Mk900-002-191022

**Di-Care Zrt.,**  
1119 Budapest, Mérnök u. 12-14.  
[www.merykek.hu](http://www.merykek.hu), [www.dicare.hu](http://www.dicare.hu)

Csak MÉRÝkék tesztcsikkal használható!  
[www.cukorbetegvagyok.hu](http://www.cukorbetegvagyok.hu)

A MÉRÝkék 900 vércukorszintmérő készülék  
gyógyászati segédeszköz. A kockázatokról olvassa el  
a kezelési útmutatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát!