



DEOEC CSALÁDORVOSI TANSZÉK

I. A CUKORBETEGEK ISMERETEI BETEGSÉGÜKRŐL ORVOSTANHALLGATÓK FELMÉRÉSEI ALAPJÁN

DR. SIRÓ B.–DR. BELLÉR B.–DR. RÓZSA V.–DR. SZEMERSZKI T.

Bevezetés

Hazánkban a 2. típusú cukorbetegségről (a továbbiakban 2. DM), nincsenek pontos epidemiológiai adatok. Úgy becsülik, hogy az ismert esetek száma 500 000 körül, s a felderítetlen betegek száma hozzávetőlegesen ugyanennyi (19). A csökkent glukóz tolerancia (a továbbiakban IGT) gyakorisága hasonló lehet. A nemzetközi epidemiológiai adatokat az alábbiakban foglaltuk össze:

A világon összesen kb. 98,9 millió az ismert 2. DM esetek száma.

A 2. DM gyakorisága a fejlett államokban 65 éves kor felett 15%.

Az Egyesült Államokban 16 millió a 2. DM-os betegek száma (17).

Az USA-ban 40 millió embernek csökkent a glukóz toleranciája (17). Közülük minden évben kb. 4 milliónak, vagyis 10%-uknak a betegsége 2. DM-á alakul (17).

Az IGT prevalenciája a különböző országokban 0,9–32% közt mozog.

A prevalencia a következő két évtizedben előre láthatólag meg fog duplázódni (17).

Jelentősen növekedett a 2. DM előfordulási gyakorisága a gyermekek körében (17).

A beteg sorsát és életkilátásait hosszú távon a betegség szövődményei határozzák meg. Az ezekre vonatkozó adatok és becslések elkésérítően nagy számokat mutatnak:

- Az AMI és stroke gyakorisága 2–5-szörös a kor szerint illesztett kontrollcsoportokéhoz képest.
- A reinfarktus gyakorisága kétszeres.
- A kardiovaszkuláris halálozás 2,17–2,75-szörös.
- A betegek 80%-a AMI-ban vagy strokeban hal meg.
- A 2. DM aránya a vesepótló kezelésben részesülők körében 1992-ben 12% volt. Ma Európában 35–37%, az USA-ban 40%, hazánkban 17–20%. Az arány növekedni fog.
- A proliferatív retinopátia gyakorisága az életkorral és a betegség fennállási idejével nő.

- Az USA-ban a 2. DM-os betegek 10%-a vakul meg (becsült adat).
- A diabéteszes polineuropátia gyakorisága különböző források szerint 15–100%.
- A különösen veszélyes autonóm neuropátia 5 éven belüli mortalitása 50%.
- A végtagamputációk 50%-a a 2. DM miatt történik.

A 2. DM felismerése, megfelelő étrendi és gyógyszeres beállítása, valamint ellenőrzése is megoldható az alapellátás szintjén. A szükséges kiegészítő szakvizsgálatok és azok időszakos megismétlése pedig ambulanter lehetséges. Ennek ellenére tapasztalható, hogy a belgyógyászati osztályokon igen sok 2. DM-os beteg fekszik ismételt, alapbetegségük vagy annak szövődményei miatt, hogy hányan és mennyi ideig, az gyakorlatilag kideríthetetlen.

Ma már általában elfogadott, hogy a 2. DM, de az 1. DM szövődményei is a betegség sui generis velejárói, és csaknem minden betegen kialakulnak. A kialakulásukhoz szükséges idő, ill. hogy melyik szövődmény és milyen mértékben alakul ki, az egyéni adottság, de abban szintén konszenzus van, hogy minél közelebb sikerül tartani az anyagcserét, a lipid vérszinteket és a vérnyomást az élettanihoz, minél következetesebben működik a szekunder prevenció (fehérje és só megszorítás, ACE gátlók vagy receptorgátlók normális vérnyomás esetében is, az ideális testsúly elérése, megfelelő életmód kialakítása), annál később és kisebb mértékben kell a szövődmények kialakulásával számolnunk és azok progressziója is lassúbb.

A 2. DM optimális ellátásához a beteg és családja teljes körű és maradéktalan compliance-a, sőt aktív együttműködése szükséges. Teljes körűn azt értjük, hogy nemcsak a gyógyszerek, hanem a táplálkozás és életmód tekintetében is. Ehhez elengedhetetlen, hogy a beteg és hozzátartozói rendelkezzenek a 2. DM-ra vonatkozó mindazon ismeretekkel, amelyek ehhez szükségesek. Kérdés, hogy rendelkeznek-e?

Az elmúlt évtizedben egyetemünk Családorvosi Tan-