



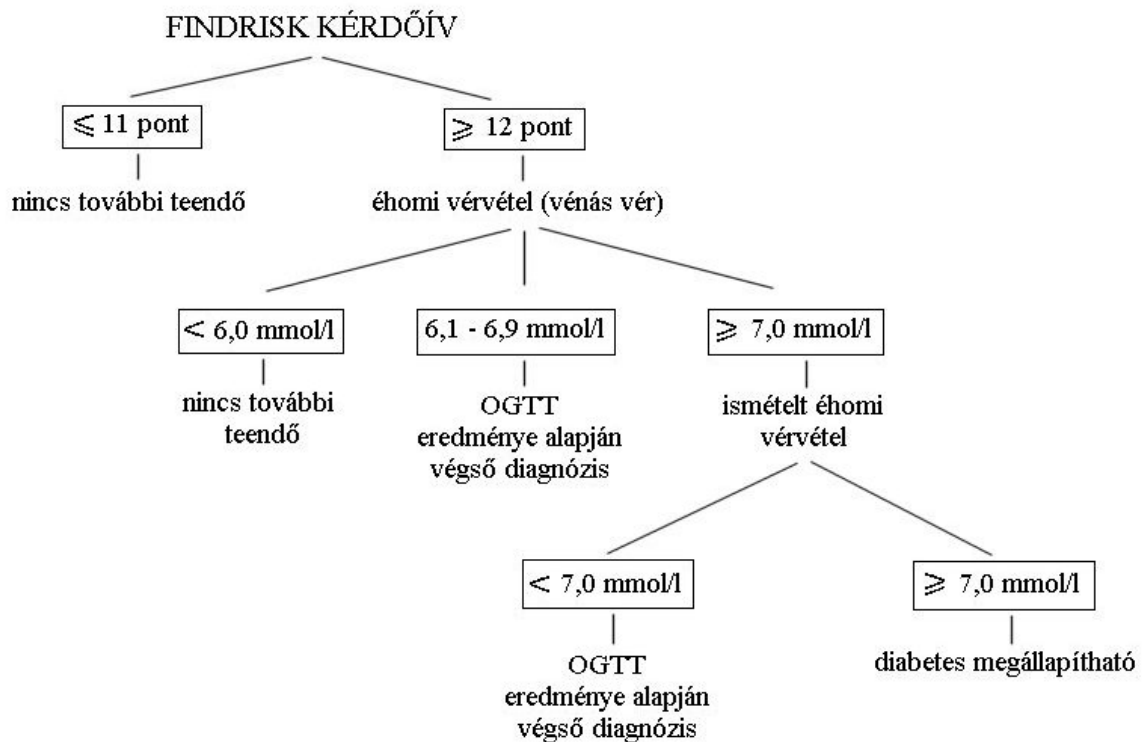
SAJTÓKÖZLEMÉNY

Kockázat alapú cukorbeteg szűrés indul Magyarországon idén

A cukorbetegség exponenciálisan növekvő előfordulása, az érintettek számát tekintve népbetegség, gyakoriságából, fennállásának tartamából, potenciális szövődményeiből adódóan az egészségügy számára igen jelentős költségterhet jelentő, krónikus természetű megbetegedés. **Ezért döntött úgy, a Magyar Diabétesz Társaság, hogy szűrőprogramot szervez a finnországi FINDRISK kérdőív felhasználásával.**

A vizsgálatot az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (TUKEB) jóváhagyta, az Egészségügyi Minisztérium támogatja. Egy időben két korcsoportra kiterjedő vizsgálat indul, a felnőtt korú 20-69 éves lakosságra, illetve a gyermek- és serdülőkorú 14-18 éves korosztályra.

A vizsgálat menete



Indoklás:

Egy 1997-es előrejelzés az epidemiológiai elemzések alapján 2000-re -6%-os évenkénti átlagos növekedést feltételezve– 221 milliót meghaladó cukorbeteggel számolt. Az előrejelzés 2003-os pontosítása 2030-ra már több mint 370 millió érintettet valószínűsít. E szám megdöbbentő nagyságát mindennél jobban szemlélteti egy adat. **Már napjainkban az Egyesült Királyságban minden 10. percben, Nyugat-Európa országaiban minden 40. másodpercben, az Egyesült Államokban, pedig minden 20. másodpercben számolhatunk egy-egy új eset előfordulásával.**



Egy, ugyancsak az Egyesült Államokból származó felmérés szerint annak a valószínűsége, hogy valakiben élete folyamán cukorbetegség alakul ki, a 2000-ben –illetve az azt követő években– született férfiak esetében 32,8, nők esetében 38,5%, azaz közel minden harmadik ember számolhat diabetes valamelyik formájának kialakulásával élete során.

Előfordulási gyakorisága mellett a kórkép életkilátásokat korlátozó hatása is nagy jelentőségű. **A gyakoribb, 2-es típusú kórformában szenvedők mintegy háromnegyede kardiovaszkularis betegségben hal meg, de mára az 1-es típusú kórformában is a keringési eredetű szövődmények váltak a mortalitás vezető tényezőjévé.** A két fő típus, a 2-es, illetve 1-es betegségforma egymáshoz viszonyított gyakorisága megközelítőleg 10:1, vagyis a 2-es típusú a gyakrabban előforduló betegség.

A szövődmények hatékony megelőzése csak a kórkép időben történő felismerésével lehetséges, amit nehezít, hogy a megbetegedés –elsősorban az e tekintetben különösen veszélyeztetett 2-es típusú formában– hosszú időn keresztül ismeretlen marad. Amikor felfedezik ,már előrehaladott szövődmények állnak fenn (nem ritkán a diabetes felismerése is e szövődmények észlelése alapján történik). **Megbízható adatok szerint minden ismert 2-es típusú diabetesesre legalább még egy még felismeretlen, már cukorbetegségben megbetegedett személy jut!**

Milyen az adatszolgáltatás?



A cukorbetegség hazai előfordulásáról pontos adatok nem állnak rendelkezésre. A Központi Statisztikai Hivatal 1983-ig évente közzétette a nyilvántartott –nem kötelező bejelentésből származó– morbiditási adatokat. Az utolsó, 1983-as feldolgozás a diabetes előfordulást 2,1% -ban adta meg (országrészenként jelentős különbségekkel). Ismertek extrapolálásból származó kalkulációk is, amelyek egy-egy közigazgatási egység, pl. megye, átfogó diabetes gondozási adataiból indultak ki.

1990-ben a Békés és Tolna megyei diabetes regiszter az ismert cukorbeteg lakosságon belüli arányát 4,54% -osnak találta, ami az ország teljes lakosságára vetítve 468 789 ismert cukorbeteg jelentett. Közel hasonló becsült gyakoriságot, 4,3% -ot véleményezett egy 1991-ben, Budapest V., VII., XI., XVI. és XXII. kerületében kérdőíves módszerrel végzett felmérés is. Sor került lakossági szűrővizsgálatokra is, de közülük csak az 1981-82-ben, a bicskei járásban folytatott szűrés tekinthető reprezentatív természetűnek.

Ez az új WHO diagnosztikai kritériumokat használva a 14 éven felüliek körében a cukorbetegség revalenciáját 3,5%-osnak találta, s a vizsgáltak további 3,6%-ában a cukorbetegség elő-állapotát, ún. csökkent glukóz tűrő képességet ismertte fel.

Az IGT állapot –hivatalos magyar neve szerint csökkent glukóz tolerancia– szintén fokozott keringési kockázatot jelent, bár ennek mértéke elmarad a manifeszt 2-es típusú cukorbetegségtől. Általában visszafordítható állapotot jelent, azaz megfelelő intézkedések időben történő alkalmazásával cukorbetegséggé alakulása az esetek többségében megelőzhető, de legalábbis időben jelentősen késleltethető. Hazai gyógyszer forgalmazási adatok is a cukorbetegek számának folyamatos emelkedését jelzik, gyermek- és felnőttkorban egyaránt.

Egy, a metabolikus szindróma hazai gyakoriságának felmérésére irányuló reprezentatív felmérés –e vonatkozásban utólagos, hivatalosan még nem közölt– adatsora csak az éhomi vércukor vizsgálata alapján a diabetes gyakoriságát ~7%-nak találta, ezt a szám adatot tartalmazza az OEP egy 2007 végén megjelentetett munkaanyaga is. Ez utóbbi, igen korrektül, a még felismeretlen eseteket is beleszámítva, a potenciálisan érintettek számát 1,5 millió főben hatá-

rozta meg! Egy kérdőíves felmérés 6,00% körüli gyakoriságot talált, míg egy közelmúltban végzett nyugat-dunántúli vizsgálatsorozat 10%-ot meghaladó prevalenciát észlelt.

Ezek a példák jól jelzik, hogy a cukorbetegség előfordulására vonatkozó pontos, akárcsak megközelítően pontos adatokkal még nem rendelkezünk – a szám azonban bizonyosan nagyobb a szokásosan szerepeltetett 5-5,5%-nál. Az előfordulási arányok pontos ismerete azonban egészség gazdasági tervezési szempontból igen fontos lenne. Az Egyesült Államokból származó 2003-as adatok szerint a cukorbetegség kezelésével kapcsolatos közvetlen és közvetett költség eléri az évi 32 milliárd dollárt, s ennek döntő részét a szövődmények kezelése és a munkából való kieséssel kapcsolatos járulékok képezik.

A kiadások a betegség időben történő felismerésével csökkenthetők. A lakosság egészségének szervezett, folyamatos szűrése azonban nem lehetséges, ennek költségeit a nálunk jóval tehetősebb államok sem vállalják sehol a világon. Megoldást jelenthet azonban a kockázat alapú szűrés, amelyet a diabetes szempontjából fokozottan veszélyeztetettek körében kell végezni.



A kockázat megítélése szempontjából azokat a tényezőket kell figyelembe venni, amelyek ismert módon hajlamosítanak szénhidrát-anyagcserezavar kialakulására (túlsúly/elhízás, különösen annak ún. hasi típusa, magas vérnyomás, zsíryanagcsere-zavarok fennállása, korábban, pl. terhesség kapcsán kialakult átmeneti szénhidrát-anyagcserezavar, diabetes családi halmozódása, stb.). Bizonyos tekintetben hajlamosító tényező az életkor is.

A szűrőprogram menete:

Több kockázat felmérő rendszer, kérdőív ismert. Közülük bevált és nemzetközileg is elfogadott az először Finnországban alkalmazott FINDRISK kérdőív, ami, éppen nemzetközi elfogadásának köszönhetően, szabadon használható hasonló, kockázat-alapú szűrővizsgálatokra. A kockázat meghatározása a kérdésekre adott válaszokhoz tartozó pontszám összesítése, ún. score rendszer alapján történik. Az átlagosnál nagyobb kockázattal rendelkezők esetében - ez a jelen kérdőívben 11 pont fölötti score-t jelent - laboratóriumi vizsgálattal lehet az anyagcsere állapotát megítélni. Ennek módszertana ugyancsak kidolgozott, s nemzetközileg elfogadott diagnosztikus algoritmust követ.

Nem kétséges, hogy a szénhidrát-anyagcsere egzakt véleményezése csak laboratóriumi vércukor meghatározás alapján lehetséges, a gyorsmeghatározó (glukométeres) eljárások diagnosztikus célra nem használhatók.

A Magyar Diabetes Társaság e szűrés alapelveit felhasználva, az alapellátásban dolgozók bevonásával szervezi a szűrőprogramot. A kiszűrtek további kezelése, gondozása is az alapellátásban folytatódik majd, ha szükséges, a területileg illetékes cukorbeteg szak ellátó helyek (diabetes gondozók) konzultatív bevonásával.