



Teljes életet élhetnek a cukorbeteg gyerekek korszerű kezeléssel és környezetük támogatásával

Az elmúlt 30 évben megháromszorozódott az 1-es típusú diabéteszrel diagnosztizált gyermekek száma. A múlt század nyolcvanas éveinek végén minden 100 ezer magyar gyermek közül hét lett 1-es típusú diabéteszes, ma ez a szám húsz körül van! Ez azt jelenti, hogy Magyarországon minden 600. gyermek közül egy diabéteszes lesz, mielőtt betöltené 15. életévét. Nem tudjuk, mi okozza a bajt, csak annyi valószínűsíthető, hogy az, hogy az összefüggésbe hozható a sokrétű környezeti civilizációs ártalmakkal. Az életkori jellemzők is változtak: korábban a 10-14 évesek voltak a gyermekkori diabétesz jellemző érintettjei, ma a betegség gyakran jelenik meg a 6 év alattiak körében.

A Magyar Gyermekorvosok Társaságának és a diabéteszes gyermekeket gondozó egészségügyi szakembereket tömörítő Gyermekdiabétesz Szekciónak meggyőződése, hogy korszerűsíteni kell az 1-es típusú cukorbetegségről alkotott felfogást mind a kezelő szakemberek, mind a laikusok, azaz a gyermekek szülei, a pedagógusok és mások körében. Ez azt jelenti főként, hogy ma már nem elegendő az 1-es típusú diabétesz *kezelésére* összpontosítani a megszokott terápiákkal, hiszen lehetséges a *teljes élet biztosítása* a gyermek számára, ám ehhez óriási szükség van a tájékozott szülő és az iskolai oktató-nevelő együttműködésére. Nem kell a diabéteszes gyermeket klasszikus értelemben vett betegnek tekinteni. A 2015 szeptemberétől életbe lépett törvény szerint kötelező a 3 éves – köztük a cukorbeteg – gyerekek felvétele az óvodába, miközben az óvónőképzésben hivatalos program híján a nevelők nem ismerik a cukorbetegséget és félnek vállalni a felelősséget. Az iskolákban sem kapnak a pedagógusok segítséget ahhoz, hogy hogyan kell az ilyen gyermekre vigyázni (pl. óra közben is ehetsz, vagy ha rosszul van, mert leesett a vércukorszintje, kizárólag kísérettel indulhat a közeli rendelőbe is). Komoly társadalmi edukációra van szükség, hiszen *a betegség korszerű felfogása és kezelése lehetővé teszi, hogy a gyermekek 1-es típusú diabéteszrel is teljes életet éljenek*. Például az 1-es típusú diabéteszrel kezelt gyermek szinte minden sportot úzhat, sőt, fontos, hogy eleget mozogjon. Akár úszhat is, csak ne legyen a vízben egyedül.

A cukorbetegség egyensúlyban tartása naponta négyszeri-ötszöri beavatkozást igényel. Eközben nincs a kezelőorvosnak és a dietetikusnak elégséges kapcsolata a szülővel, hiszen a nemzetközi gyakorlat szerint is háromhavonta találkozik a beteg a gondozóorvossal, nagyjából fél órára, ami nem enged betekintést az élet sok területére. A Magyarországon élő, mintegy 5000 gyermek és kamaszkorú 1-es típusú diabéteszest 28 centrumban kezelik. Az utóbbi évtizedben megháromszorozódott e kiskorúak száma, így mintegy háromszor több, őket ellátó szakemberre lenne szükség (ugyanazt a számot mutatják a külföldi összehasonlító adatelemzések is). A diabetológus szakorvosok és szaknővérek száma azonban fogyatkozik. Megkerülhetetlen a civil szervezetek segítségnyújtása a szülőknek és az iskoláknak a gyermek életminőségének biztosítása érdekében.

A kezeletlen/fel nem ismert betegség főbb tünetei: a gyermek sokat iszik és sokat vizek, fokozott étvágy mellett is folyamatosan fogynak, fáradt és gyenge.

A diagnózist megelőző legnagyobb veszély a ketoacidózis, amely halált is okozhat (az esetek 0,5-1 százalékában). Minél kisebb a gyermek, annál rövidebb idő alatt alakulhat ki nála ez a szervezet elsavasodásával járó anyagcsere-rendellenesség, amely a diabétesz legsúlyosabb szövődménye. Ezért kulcsfontosságú, hogy a szülők a cukorbetegség tüneteivel tisztában

legyenek, ha pedig a gyermek ezek mellett hasfájásra panaszkodik, lázas, hány, acetonos a lehelete, szapora és mély a légzése, esetleg tudatzavar lép fel nála, azonnal orvosi segítséget kell kérni! A ketoacidózis megelőzése nemcsak az életveszélyes állapot okán kulcsfontosságú: 1-es típusú diabéteszben autoimmun folyamat zajlik, amely pusztítja az inzulintermelésért felelős Langerhans szigetsejteket a hasnyálmirigyben. Ha a gyermek a ketoacidózis állapotába került, e sejtek igen gyorsan pusztulni kezdenek, így lerövidül a „mézesheteknek” nevezett időszak, amikor a

gyermeknek a kívülről adagolt inzulin mellett még saját inzulintermelése is van, ezért ekkor könnyebben lehet tartósan jó anyagcsere-egyensúlyt elérni, ami hatással van a szövődmények kialakulására. . Az 1-es típusú diabéteszben szenvedő gyermekek mintegy 10%-ánál gluténérzékenység (cöliákia) és autoimmun pajzsmirigybetegség is fennáll.

A cukorbetegség kezelésében csúcstechnológias újdonságok egész sora jelent meg az utóbbi években: okos vércukormérők, inzulinpumpák, és cukormérő szenzorok a folyamatos és megfelelően szabályozott inzulinadagoláshoz. Utóbbiak a szövetközi folyadékban mérik a cukor koncentrációját. A szenzort azonban alapvetően nem támogatja a társadalombiztosítás (csak külön kérvényre és ritkán), pedig szükséges lenne.

Ma már az inzulinpumpás kezeléssel elkerülhető, hogy a beteg gyermek a beadott inzulin hatásához kényszerüljön igazítani étkezését. Ehet spontán, az inzulin pedig a pumpával folyamatosan és gyors adagokban adható, így megőrizhető az étkezés öröme az érintett (és a családja) számára.

A cukorbeteg gyermek étrendjében az ételek szénhidrát tartalmát minden esetben számolni kell. Fontos, hogy a gyermek az orvos által étkezésenként javasolt, a napirendben szereplő szénhidrátmennyiségeket a napirend szerinti időpontokban elfogyassza. Egy cukorbeteg napirendjét ugyanis úgy állítják össze, hogy a beadott inzulin, illetve az étkezések időben és mennyiségben is egyensúlyban legyenek, ezért kimaradt, elcsúszott vagy az előírttól eltérő szénhidrát tartalmú étkezés vércukorkilengést okoz(hat). Elképzelhető, hogy a gyermeknek foglalkozás közben kell étkeznie, ezért az étkezések időpontját, mennyiségét, illetve a lehetséges rugalmasságot mindig egyeztetni kell a szülővel.
