

PODCAST – Dr. Cseuz Regina

Szeretettel köszöntök mindenkit, aki mostantól a hallgatóm lesz. A nevem dr. Cseuz Regina, orvos vagyok immár 50 éve, nemrég lettem aranydiplomás. Budapesten dolgozom a Revita rendelőben. Persze ez a felvétel most nem rólam fog szólni, ezt csupán csak azért említem, hogy ez alatt a hosszú idő alatt annyiféle tapasztalat, annyiféle kíváncsiság keletkezett bennem, amely talán nagyobb hitelt ad a következőkben elmondott tényeknek. Érdeklődési köröm a reumatológia területén mozgott az elmúlt 40 évben. Rheumatoid artitisz betegekkel foglalkoztam, egyáltalán az autoimmunitás talaján kialakult sokizületi gyulladásokkal, amelynek a leggyakoribb előfordulási módja az a krónikus progresszív sok izületet érintő korábban elnyomorodáshoz vezető megbetegedés, amelyet régi nevén progresszív krónikus poliartritisznek (PCP-nek) nevezünk, amely jellemezte a bajt, ölbe tett kézzel tudtuk csak nézni 40 évvel ezelőtt, amikor ez a betegség a beteget egészen a toloszékig juttatta, anélkül, hogy érdemben terápiásan befolyásolni tudtuk volna minden igyekezetünk ellenére. Nagy élmény, hogy ma már ez nem így van, és ezen az 50 éven át áttekintve el tudom mondani, hogy ez az elsősorban fiatal, középkorú nőket érő megbetegedés, amely a lakosság közel 1%-át érinti. A betegek életminősége ma már nem szabad, hogy lényegesen eltérjen a normál populációtól. Most semmiképpen nem a gyógyszeres szakmai részét szeretném ismertetni a lehetőségeknek, hanem inkább valóban azt, hogy a beteg mit tehet saját magáért, és ebben az első kérdés rendszerint az: Tudok-e a táplálkozással segíteni? Mi ezt a kérdést nagyon komolyan vettük, és már a 2000-es évek elején elkezdtünk azzal foglalkozni, irodalomban is utána nézve, tapasztalatokat feldolgozva, hogy valóban vannak-e olyan mankók, amelyek a rheumatoid artitisz betegek táplálkozásának megváltoztatásával eredményeket hoznak akár a fájdalom csökkentésében, akár az ízületi funkciók javításában, egyáltalán a betegség kimenetelében.

Találtunk olyan irodalmi adatot, hogy amikor a krónikusan gyulladt rheumatoid artitisz téréből nyert folyadékot megvizsgálták PH szempontjából, akkor ebben a folyadékban szignifikánsan alacsonyabb volt a betegek PH-értéke, mint a nem autoimmun betegség miatt folyadékot termelő, úgynevezett degeneratív betegségben, oszteoartitiszben, artrózisban szenvedő betegek folyadékában. Ennek a vizsgálatnak a konklúziója az volt, hogy ha megváltoztathatnánk ezt a helyi acidózist, ezt a helyi savasságot, ami a környéki kötőszövetekre is kiterjed-e, vajon akkor sikerülne-e a fájdalmat csökkenteni.

Egy másik irodalmi adat egy egészen másik betegségben, egy nagyon gyakori megbetegedésben, még hozzá a közönséges derékfájdalomban végzett vizsgálatot, amely ugye szintén egy krónikus fájdalom. Amikor megváltoztatták tartósan a vizsgálat során a betegek étrendjét, és az úgynevezett nyugati diétáról egy alkalikus irányba tolódó, tehát egy bázikus diétát írtak elő a betegeknek, akkor szignifikáns statisztikailag kimutatható módon csökkent a fájdalom. De hát ez egy nehéz kaland, mert a fájdalmat nehéz mérni, a fájdalom egy intim kapcsolat a beteg és a fájdalom között. Mindenkinek másképp és más nagyságrenddel jelenik meg a fájdalom, erről külön lehetne beszélni a fájdalomkapukról és a fájdalom pszichés megéléséről, de ezt most zárva hagyom, mint témát.

Mi elkezdtünk azon gondolkodni, hogy éppen ezért mi lenne az a lehetőség, amivel objektíven, viszonylag objektíven tudnánk mérni a fájdalom változását, csökkenését, növekedését, és oda jutottunk ki, hogy megpróbáljuk a béta-endorfin szint termeléssel összekapcsolni a fájdalom megjelenését. Munkatársakat kellett keresni. Az endorfinszint mérést Barna István biokémikus professzor úr végzi Magyarországon, úgyhogy vele felvettük a munkakapcsolatot, és az a szerencse ért minket, hogy Jürgen Vormann professzor úr, aki szerzője a korábban említett derékfájás csökkentő alkalizáló táplálkozást bizonyító, alkalizáló táplálkozás jelentőségét, terápiás hatását bizonyító

tanulmányunk, őt is sikerült felkérni ennek a tanulmányunk a megtervezésére, és értékelésére, végrehajtására is, amiből később ezekkel a tudós emberekkel közös közlemény is született. Betegeinket, miután aláírták a beleegyező nyilatkozatot, 2 csoportba osztottuk. Az egyik a kontroll csoport és a másik az úgynevezett aktív csoport. Mindkét csoportnál tartottunk egy 4 hetes kimosási időszakot, amely azt szolgálta, ha a betegek esetleg egyéb táplálék-kiegészítőt szedtek volna, valamint amit mi az aktív csoportnak kívántunk adni, akkor az az anyag eltávozzon a szervezetükből. Iparkodtunk minél homogénabbá tenni a 2 csoportot, tehát betegségidőre a diagnózis felállítása volt, az eltelt időszakra, a betegség súlyosságra, a nemek eloszlására, a gyógyszeresedésre vonatkozóan iparkodtunk matchelő, tehát egymásnak megfelelő csoportokat létrehozni. Az alkalizáló táplálék-kiegészítő pedig a Protina német cég által gyártott Basica készítmény volt, amely ásványi anyag összetételénél alkalizáló táprend, táplálkozási kiegészítőnek számít, amire igen sok bizonyíték szolgál. Az összetételét én most itt nem részletezem, ez megtekinthető az interneten Basica Protina címszavak alatt.

A vizsgálat időtartama 12 hetes volt. Megnéztük a 0., 4., 8. és 12. héten a betegek betegségaktivitását, amelyet DAS28-cal rövidítünk (Disease activities score rövidítés). Megnéztük a vizuális analóg skálán mérhető fájdalmat, a fizikális funkcionális indexet, a HAQ-t, amely egy nemzetközileg nagyon gyakran használt, Magyarországra validált kérdőív, Health Assessment Questionnaire rövidítése és a plazmaendorfin szintet természetesen körbevettük a gyulladásos aktivitási paramétereket laboratóriumi vizsgálattal, ezen értem az akut fázis protein trp-t és a süllyedést. A betegcsoportok kiválasztásánál pozitív eredmény volt az, hogy a nulladik héten a DAS28, a VAS pain (Virtual analog scale), tehát a fájdalomra vonatkozó mérés, a fizikális funkcionalitás index és a plazmaendorfin szint között sem volt szignifikáns különbség, tehát ezek megfeleltek egymásnak a 2 csoportban, majdnem azonos szinten, viszont a betegség aktivitásban, ebben a bizonyos DAS28-ban a 4. héten is már, a 12. héten pedig még erősebb szignifikanciával különbség volt az alkalizált csoport számára. Ugyanez történt a fájdalommérésénél is. Már a 4. héten megjelent jelentős fájdalomcsökkentés, amely a 12. héten még erősebb szignifikanciával mutatkozott. Az endorfinszint a 8. héten már szignifikánsan emelkedett, ugyancsak tartotta ezt az értéket a 12. héten is. Viszont azokban az értékekben, amelyek a gyulladásos aktivitást jelzik, így süllyedést, CRP, de az immunológiai vizsgálati eredmények, a reumafaktor, az anti CCP, ezek semmilyen változást nem mutattak. Tehát a gyulladásos folyamatot ez az alkalikus táplálék-kiegészítés nem befolyásolta.

De vajon mi a magyarázata annak, hogy a fájdalomcsökkenés révén az életminőség javulás és a funkcionális javulás is bekövetkezett?

Van olyan irodalmi adat, amely bizonyítja, hogy a szinoviális membránon, azaz az ízületi belhártyán a PH-érték változás nagyon nagy érzékenységgel okoz jelenségeket, így például a fájdalom megjelenése PH-változásra kimutatható volt nemcsak a szinoviális membránban, hanem a környezetben is. A vizsgálatunk tervezésénél is nem tekintettük szempontnak a vérben mért PH-értékek alakulását, mert ez annyiféle faktortól változik a nap során, hogy ennek a mérése nagyon bonyolult lett volna, pedig érdemes lenne a vérben mért PH-nak a változásait asszociáltatni azokkal a paraméterekkel, amiket mi néztünk.

Az említett irodalmi adatban ezt meg tudták csinálni és azt tapasztalták, hogy amennyiben metabolikus acidózis alakult ki a betegnél és mindenféle pufferrendszerrel kell fenntartani az ideális PH-értéket, akkor a szinoviális membrán gyulladására szignifikánsan nagyobb.

El kell mondanom, hogy az endorfin szint asszociáltatása a fájdalommal némi kifogást hagy maga után, mégpedig azért, mert a mindenkori endorfinszintünk annyiféle tényezőtől, annyiféle faktortól függ, még egy napon belül is, hogy ennek a szoros lineális kapcsolódása a fájdalommal nem feltételezhető mindenféle kritika nélkül. Minden esetre egy olyan paraméter volt, amelyet mi a fájdalom konkrétan,

egzaktabb mérésére használtunk fel, de egy későbbi, kiterjedtebb vizsgálatban ezt az oldalt is jobban, precízebben kell vizsgálni. Mindenesetre elmondható, hogy az az irodalmi adat, amely egyike volt a sarkaló tényezőknél, ami miatt ebbe a kérdésbe mélyebben beletekintettünk, az, hogy a görög és az angol londoni rheumatoid artitiszesek nagy populációban nézett epidemiológiai vizsgálata során olyan konklúzióra jutottak, hogy a görög betegek könnyebb kórlefolyása, a betegség előfordulásának ritkább volta, a deformitások megkevesbedése a görög populációban arra utalt, hogy a mediterrán éghajlaton kívül a mediterrán táplálkozás is egy segítő faktor volt ebben, szemben a brit betegekkel, akik a nyugati típusú metabolikus acidózist okozó diétán éltek. Sokat lehetne még erről a kérdéstről beszélni, de én itt befejezem, aki tovább akar érdeklődni a Basica-ról, amely jelenleg is forgalomban, patikaforgalomban lévő készítmény, annak javaslom, hogy Dr. Kocsis & Hoffmann Pharma Kft. honlapját tekintse meg. A Basica pontos leírását a Protina honlapon megtekinthetik, ahogy ezt korábban említették.

Nekem már csak az a dolgom, hogy nagyon megköszönjem a figyelmüket, és ha valakinek a vizsgálattal kapcsolatban lenne kérdése, akkor keressen engem.

Dr. Cseuz Regina, a Revita reumatológiai rendelőben.

Köszönöm a figyelmüket.