

Dr. Osztrogonác Henrik

A drogfogasztók hepatitisz veszélyeztetettsége

Az intravénás drogélvezők akut vírus-hepatitisz járványát már az 50-es években észlelték az Egyesült Államokban. Azóta világszerte több akut vírushepatitisz járványt közöltek kábítószer-élvezőkön, melyeket hepatitisz B, C, illetve D vírusok okoztak⁷. Mivel a felsorolt vírus fertőzések esetén igen nagy arányban alakul ki krónikus májbetegség - krónikus vírushepatitisz, később májcirrhosis, illetve hepatocellularis carcinoma - a kérdés közegészségtani jelentősége igen nagy. A fenti vírusok elsősorban parenterális úton terjednek, ezért érthető, hogy előfordulásuk az intravénás kábítószer élvezőkön sokkal gyakoribb. Az intravénás drogbetegyek között a hepatitisz B vírus-fertőzés gyakoriságát külföldi szerzők 34-89% közöttinek találták olyan európai országokban, ahol a populáció fertőzöttsége nem éri el az 1%-ot^{2,3,7}. Hasonlóan a hepatitisz D vírus-fertőzés gyakorisága 30% körüli volt a normál populációban észlelt 0,5%-kal szemben⁸. A hepatitisz C vírus-fertőzöttség aránya az intravénás drogfogasztók között különböző közlemények alapján 40-86% közötti olyan országokban, ahol az átlagpopuláció fertőzöttsége 1-3%^{2,3,13}. A hepatitisz D és C vírus-fertőzés esetén pozitív korrelációt találtak a fertőzés gyakorisága és a drogfogasztás időtartama között. A vizsgálatok során észlelt magas hepatitisz vírus prevalenciát részben a közös tű-, illetve fecskendőhasználat, részben a drogos életformával gyakorta együtt járó promiskuitás, csökkent immunitás következményének tartják. Az intravénás droghasználatnak a hepatitisz vírusfertőzésen kívül is számos egyéb komoly szervi komplikációja lehet, például az injekció beadására szolgáló erek trombózisa, következményes embólia, immunológiai abnormalitások, bakterémia, szepszis, endocarditis, tüdőbetegségek (pneumonia, bronchospasmus, granulomatosis), vesebetegségek (nekrotizáló angi-

tis, glomerulonephritis, nephrosis szindróma), neurológiai betegségek (meningitisz, tályogok, myelitis transversa, polyneuropathia, myopathia)¹².

A kábítószer-élvezők száma hazánkban is ugrásszerűen növekszik. Házi orvosok segítségével végzett országos felmérés alapján 1990-ben 27 000, 1992-ben 65 000 rendszeres drogfogasztót tartottak számon^{1,11}. Napjainkban ez a szám 100 000-re becsülhető. A 90-es évek első felében az opiát fogasztók voltak többségben, 1992-től ugrásszerűen nőtt a heroin fogasztók száma. Napjainkban ezek mellett hazánkban is fellelhető az összes világszerte használt szer. Magyarországon a drogbetegyek hepatitisz prevalenciájáról és májbetegség morbiditásáról a szerző és munkatársai végeztek felmérést¹⁰. Vizsgálatuk során az intravénás droghasználóknál 24%-os anti-HCV szeropozitivitást észleltek, szemben a magyarországi átlagpopuláció kb. 1%-os prevalenciájával. Az anti-HCV szeropozitív drogbetegyek 68%-ának anamnézisében szerepelt közös tű-, illetve fecskendőhasználat. A betegek több mint felének kezelést igénylő májbetegsége - krónikus hepatitisze - volt, de az igen rossz kooperáció miatt a kivizsgálást csupán a betegek egyharmadánál tudták elvégezni. Mind a hepatitisz B mind a hepatitisz C vírus elsősorban parenterális úton terjed, azonban nagyságrenddel kisebb gyakorisággal sexualis úton történő átvitel is lehetséges, valamint a vírus hordozókkal közös háztartásban élők magasabb fertőzöttségi aránya is mindkét vírus esetén ismert. Ezért fontos a családtagok szűrővizsgálata és ezért volt meglepő és elszomorító, hogy a betegek döntő többsége nem igényelte a felajánlott családtag-, illetve sexualis partner-szűrést sem. A hepatitisz B vírus-fertőzöttség aránya nem volt nagyobb mint az átlagpopulációé. Valamennyi esetben átvészelt B vírus-fertőzésről volt szó, májbetegséget - krónikus hepatitiszt - egy esetben sem észleltek. A vizsgált drogbetegyek között sem hepatitisz D, sem HIV vírus fertőzött nem fordult elő. Ez utóbbi adatot azért fontos meg-

említeni, mert nyugat-európai szerzők a 80-as évek végén végzett vizsgálatok során az intravénás kábítószer fogasztóknál 15-38%-os HIV prevalenciát közöltek⁹.

A hepatitisz B és D vírus okozta krónikus hepatitisz jelenlegi kezelési módja az interferon terápia, hepatitisz C vírus-fertőzés esetén a kombinált interferon, ribavirin kezelés. Az interferon injekciós készítmény formájában áll rendelkezésre, melyet a beteg hente három alkalommal adagol magának, a ribavirin orálisan adott készítmény. A kezelés időtartama általában egy év. Az interferon monoterápiával hepatitisz B vírus-fertőzés esetén kb. 30-40%-ban, C vírus-fertőzés esetén kb. 20%-ban sikerül a tartós vírus eliminációt elérni. Kombinált interferon, ribavirin kezeléssel C vírus-fertőzésben 40-50% közötti tartós vírusmentességről számoltak be. Magyarországon az interferon kezelés éves költsége betegenként kb. 1 000 000 Ft, melyre az OEP egy külön zárt keretet biztosít. A gyógyszerrel kijelölt hepatológiai centrumok jogosultak adni, a kezelés a betegek számára ingyenes. A szerző és munkatársai a korábban említett, hepatitisz B és C vírussal fertőzött drogbetegekkel foglalkozó vizsgálatuk során a kezelés megkezdésének kritériumául a fél éves, önbevalláson alapuló drog absztinenciát szabták¹⁰. A három éves vizsgálat tapasztalatai azt mutatták, hogy ezen betegek kivizsgálása és kezelése a rossz kooperáció miatt igen nehéz, a rossz kooperáció oka pedig a további drogfogasztás. Tekintettel arra, hogy az igen költséges terápiával, maximális kooperáció mellett is csupán a fent említett eredményeket lehet elérni, a környező országok gyakorlatának mintájára javasolható, hogy a krónikus B illetve C hepatitiszes drogbetegek kezelése csak legalább egy éves, vizeletvizsgálattal igazolt drogmentesség esetén kezdődjön meg. A pszichiai indikációval, leszoktatás céljából adott methadon kezelés nem számít drogmentes állapotnak, így a fenti egy éves periódusba sem számít bele. A kezelést megelőző fél éves átvizsgá-

Dr. Osztrogonác Henrik
BM Központi Kórház
I. Belgyógyászati Osztály
1121 Budapest, Budakeszi út 48/b.

lást is célszerű a fenti kritériumhoz kötni. A diagnózis felállításához szükséges fél éves átvizsgálás során ugyanis havonta májfunkció ellenőrzés (szérumösszibilirubin, SGOT, SGPT, ALP, gamma-GT) történik, egy alkalommal hepatitisz B, vagy C vírus kimutatás történik polymeráz láncreakcióval (PCR), illetve hasi UH vizsgálatot követően perkután májbiopsia történik. A felsorolt vizsgálatok megfelelő kooperációt igényelnek, egy részük igen költséges, az invazív beavatkozásnak pedig szövődményei is lehetnek. Így a kivizsgálás elvégzésének csak akkor van értelme, ha ezt követően - amennyiben az eredmények alapján indokolt - a terápia megkezdhető.

Nagyon fontos hangsúlyozni a felvilágosítás és a megelőzés szerepét. A közös tű és fecskendőhasználat veszélyére figyelmeztető felvilágosító munka, illetve a drogbetegeknél steril eszközöket juttató tű- illetve fecskendőcserélő programok segítségével a 90-es évek első felében több európai országban sikerült elérni a drogbetegek hepatitisz B és C vírus prevalenciájának csökkenését^{4,5,6}. Bár hazánkban a

kábítószer-élvezőknél a B vírus-fertőzöttség a normál populációhoz képest nem gyakoribb, azonban a fokozott kockázat miatt az intravénás drogbetegek B vírus elleni védőoltása ajánlott. A hazai drogbetegek között jelenleg nagyobb problémát okozó hepatitisz C vírus ellen jelenleg sem aktív, sem passzív immunizálási lehetőség nem áll rendelkezésre, így a prevalencia további növekedésének egyedül a megelőzéssel, illetve az ehhez szükséges felvilágosítással lehet gátat vetni.

Irodalomjegyzék:

1. Bácskai, E. Gerevich, J.,: *Adalék a magyarországi droghelyzet tisztázásához* Esély 1993, 6, 46-51.
2. Bell, J., Batey, R.G., Farrel, G.C. et al: *Hepatitis C virus in iv. drug users*. Med. J. Aust. 1990, 153, 274-276.
3. Botti, P., Pistelli, A., Gembassi, F., et al.: *HBV and HCV infection in iv. drug addicts, coinfection with HIV*. Arch. Virol. 1992, (Suppl.) 4, 329-332.
4. Broers, B., Junet, C., Bourquin, M., et al: *Prevalence and incidence rate of HIV, hepatitis B and C among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995*. AIDS 1998, 15, 2059-2066.
5. Goldberg, D., Cameron, S., McMenamin, J.: *Hepatitis C virus antibody prevalence among injecting drug users in Glasgow has fallen*

but remains high. Commun. Dis. Public Health 1998, 2, 95-97.

6. Hagan, H., Jarlais, D.C., Friedman, S.R. et al: *Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the Tacoma syringe exchange program*. Am. J. Public Health 1995, 11, 1531-1537.
7. Koff, R.S.: *Viral hepatitis* In: *Diseases in the liver* (eds: Schiff, L., Schiff, E.R.) 7th ed. 1993, Philadelphia, Lippincott 492-577.
8. Novick, D.M., Farci, P., Croxon, T.S.,: *Hepatitis D virus and human immunodeficiency virus antibodies in parenteral drug abusers who are hepatitis B surface antigene positive* J. Infect. Dis. 1988, 158, 795-803.
9. Novick, D.M., Khan, I., Kreek, M.J.: *Acquired immunodeficiency syndrome and infection with hepatitis viruses in individuals abusing drugs by injection*. Bulletin on Narcotics 1986, 37, 15-25.
10. Osztragonác, H., Gerevich, J., Horváth, G., Tolvaj, Gy., Dávid, K.: *Idült hepatitisz vírusfertőzések előfordulása droggyasztókön* Orvosi Hetilap 2000. (közlés alatt)
11. Rácz, J.: *Szociálpszichiatriai vizsgálódások magyarországi droggyasztók körében; a droghasználat társas közege és a drogos karrier*. 1993. Kandidátusi értekezés. Budapest.
12. Stein, M.D.: *Medical complications if intravenous drug use*. Clinical review. J. Gen. Int. Med. 1990, 5, 249-257.
13. Trübner, K., Polywka, S., Püschell, K. et al.: *Hepatitis C in deceased drug addicts* Int. J. Legal. Med. 1991, 104, 251-254.

Prof. Dr. Budai József

Változások a tuberkulózis elleni (BCG) oltásokban és a tuberculin szűrésekben

Közegészségügyi - járványügyi információk

Hazánkban, számos más országhoz hasonlóan az újszülöttek BCG oltása, a tbc. magas prevalenciája és incidenciája miatt kötelező. Az oltást az élet első napjaiban, rendszerint még a szülőintézetben elvégzik.

A BCG vakcina a bovin típusú *Mycobacterium tuberculosis* élő, véglegesen gyengített változata, amely liofilizált állapotban kerül az oltóhelyre. Az oltás tbc. allergiához létre, amely bizonyos fokú védelmet ad a tbc. bacilus emberi, human válfaja ellen is. Különösen az úgynevezett „septicus” formák (meningitis basilaris tbc., miliaris tbc.) előfordulását csökkenti.

Az oltóanyagot a bal vállcsúson, a bőr rétegei közé, *intracutan* (ic.) fecskendezik be. 3-4 hét múlva kicsiny, kékes-vörös csomó alakul ki, amely egy ideig még növekedhet. Nem ritkán a csomó közepe felpuhul, és belőle sárgás váladék ürül. Ez 2-3 hónapig tarthat, majd a seb fehér heggel gyógyul. A regionális hónalj, illetve a kulcsfont feletti nyirokcsomók kissé megduzzadhatnak. Az oltás sikerességét 6 hónapos korban vizsgálják, a jellegzetes fehér heget keresik („hegkontroll”). Amennyiben ez nem látható, az oltást tuberculin próba nélkül meg kell ismételni.

Később a tbc.-vel kapcsolatos immunállapotot a tuberculin próba segítségével kell tisztázni. Ha az alkar bőrébe, a feszítő oldalon ic. befecskendezett 5 TE-PPD (tu-

berculin egység, tisztított tuberculin = purified protein derivate), 10 mm-nél nagyobb átmérőjű, kissé lobos beszűrődést okoz, ez arra utal, hogy a szervezet tbc. allergiával rendelkezik.

Az újonnan érvénybe lépett módszertani levél (Eü.K. 2000. 1. sz. 221-233) előírása szerint a továbbiakban a tuberculin ellenőrzés és negativitás esetén a BCG oltás csak 14 éves korban kötelező. Később – az eddigi gyakorlattól eltérően – sem tuberculin szűrővizsgálatokra, sem pedig BCG oltásra nem kerül sor.

A bevezetett változás, illetve az új oltási rend a szakma álláspontjának és a WHO ajánlásainak megfelelő szemléletet képvisel, hogy ti. a többszörös BCG oltás semmiféle előnnyel nem jár.

Prof. Dr. Budai József
Fővárosi Szent László Kórház
1096 Budapest, Gyáli út 5-7.