

Dr. Várnai Zsuzsanna, Prof. Dr. Böszörményi Nagy György, Dr. Kósa Csaba, Prof. Dr. Ludwig Endre

Az ambulánsan kezelhető otthon szerzett pneumóniák kezelésével kapcsolatos tapasztalataink a hazai ajánlások használatának tükrében

Összefoglalás

Jelen felmérésünkben az ambulánsan kezelhető otthon szerzett pneumóniák kezelésére vonatkozó magyar ajánlás elterjedtségét és klinikai értékét vizsgáltuk. 238 beteg kezelésével kapcsolatos adatai dolgoztuk fel a Tüdőbeteg Gondozó hálózat segítségével. Az alternatívan kezelt csoportban alacsonyabb volt az ambuláns ellátás keretein belül a gyógyulók aránya (79 versus 91%), nagyobb arányban került sor gyógyszerelváltásra (60 versus 33%) és több esetben volt szükség hospitalizációra (25 versus 9%), mint a protokoll szerint kezelt betegek között.

Bevezetés

Az otthon szerzett pneumóniák kezelésével kapcsolatban számos terápiás ajánlás (guideline) született a világ különböző részein, ugyanakkor relatív kevés közlemény értékeli az ezekkel szerzett tapasztalatokat. Egy USA-ban készült felmérés szerint a protokoll előtti éraban, a kórházban kezelt betegek 30-40 százaléka kapott otthon szerzett pneumóniában aminoglycosid terápiát¹. Ezzel szemben, jelenleg az otthon szerzett pneumónia miatt hospitalizált betegek 72%-92%-a kap aktuális protokoll szerinti kezelést és az első adag antibiotikumot a betegek 76%-93%-ban az első 8 órán belül meg is kapják². Pneumónia miatt kórházban kezelt 13,000 Medicare betegen végzett felmérés azt bizonyította, hogy a második-harmadik generációs cefalosporin plusz makrolid terápia csökkentette a mortalitást a cefalosporin monoterápiával szemben³. Gleason és munkatársai⁴ vizsgálata alapján a fiatal, rizikófaktor-mentes, otthon szer-

zett pneumóniában szenvedő betegek makrolid monoterápiával történő kezelése biztosította a betegség kedvező kimenetelét és ugyanakkor költségkímélőnek is bizonyult. Utóbbi két eredmény az atípusos pneumóniák jelentős számára utal. Egy másik felmérés eredményei szerint – mely a guideline használat eredményességét vizsgálta – az otthon szerzett tüdőgyulladások a protokoll szerinti kezelése csökkentette a hospitalizációk arányát, a kórházi kezelés idejét és ezen belül a parenterális terápiát időtartamát is.⁵

Fentiek alapján kíváncsiak lettünk arra, hogy Magyarországon mi a helyzet a protokollok alkalmazása körül, ezért a Tüdőbeteg Gondozó hálózat közreműködésével (14 vidéki és budapesti Tüdőbeteg Gondozó) elindítottunk egy ezzel kapcsolatos felmérést. A vizsgálat jelenleg is tart, a felmérést kb. 500 eset adatainak értékelésére terveztük. Közleményünkben az eddig feldolgozott 238 kórrajz kapcsán szerzett tapasztala-

tainkról szeretnénk beszámolni. A betegek kezelését részben az alapellátásban, részben a tüdőgyógyászati szakellátás keretein belül kezdték meg.

Beteganyag és módszer

A felméréshez egyszerű adatlapot használtunk, mely a betegek adatait, rizikófaktorait, az elsőnek alkalmazott antibiotikumot és dózisát, valamint a gyógyszerelváltás és a hospitalizáció szükségességét, illetve a kimenetelt monitorozza (lásd 1. táblázat). A feldolgozott 238 adatlap alapján a férfiak és a nők megoszlási aránya 108 illetve 130 volt. A betegek átlagéletkora 54,1 év (15-89) volt. A vizsgálatban a Tüdőgyógyász- és az Infektológus Szakmai Kollégium által kidolgozott 2001-es ajánlás (lásd 2. táblázat) szerint kezelt betegek gyógyulási arányát hasonlítottuk össze az alternatív terápiában részesültekével. Az adatokat az alábbi bontásban is vizsgáltuk: 65 év alatti, rizikófaktor nélküli betegek (I-es csoport: 112 beteg) illetve 65 év feletti és

1. táblázat

A felméréshez használt adatlap

◆ Monogram	◆ Antibiotikum dózisa
◆ Férfi/nő	◆ A kezelés időtartama
◆ Kor	◆ A kezelés eredménye: gyógyult – gyógyszerelváltás – hospitalizáció
◆ Mellkas rtg: egy gócu – több gócu – intestitialis – pleuralis – abscessus	◆ A kórházban: gyógyult – diagnózis nem igazolódott – meghalt
◆ Rizikófaktorok: nikotin – COPD – keringési elégtelenség – alkohol – cirrhosis – krónikus vesebetegség – diabetes- immunsuppressio – malignus betegség	◆ FEV1
◆ Elsőnek alkalmazott antibiotikum	◆ Megjegyzés

Dr. Várnai Zs^s, Prof. Dr. Böszörményi Nagy Gy^{gy},
Dr. Kósa Cs^s, Prof. Dr. Ludwig E^e,
Fővárosi Szent László Kórház
VII. Belgyógyászat^t
Országos Korányi Tbc-
és Pulmonológia Intézet^t

/vagy rizikófaktorral rendelkező betegek (II-es csoport: 126 beteg), (lásd 3. táblázat).

Eredmények

A felmérés alapján a betegek 36%-a (87 beteg) kapott protokoll szerin-

ti és 64%-a (157 beteg) alternatív kezelést. A protokoll szerint kezelt betegek 91%-a gyógyult meg az ambuláns ellátás során, szemben az alternatív terápiában részesültekkel, ahol ez az arány mindössze 75%-os volt. A protokoll szerint gyógyszert kapó betegek csoportjában gyógyszer váltásra 33%-ban, hospitalizációra 9%-ban volt szükség. Az alternatív gyógyszert kapók csoportjában gyógyszer váltásra a betegek 60%-a, hospitalizációra pedig 25%-a szorult (4. táblázat). A protokoll szerint kezelt betegek közül legtöbben amoxicillin/clavulansav (33 beteg) és makrolid monoterápiát (21 beteg) kaptak az első kezelés során. Ugyanabban a csoportban légúti kinolont 12, doxycyclint 4, cefuroximot 12, amoxicillin pedig 5 esetben alkalmaztak a kollégák. Az alternatív kezeléseket 107 esetben, ajánlott gyógyszert eltérő dózisban pedig 44 esetben alkalmazták. Ha megvizsgáljuk az ajánlott gyógyszerek eltérő alkalmazását (alacsony dózis, vagy nem a megfelelő súlyosságú csoportban történő alkalmazás) feltűnik, hogy doxycyclint monoterápiában elsősorban a II-es csoportba tartozó betegek kaptak (20-ból 16 esetben), illetve hogy a leggyakrabban alkalmazott amoxicillin/clavulansav kezeléseknél kisebb dózisban kaptak gyógyszert a betegek (lásd 5. táblázat). A nem ajánlott szerek közül többször második generációs kinolont (18 esetben) és harmadik generációs orális cefalosporint (20 esetben) alkalmaztak az alternatív kezeléseket során. A kezelés kimenetelére vonatkozó adatokat (ambuláns gyógyulás, gyógyszer váltás és hospitalizáció szükségessége) külön-külön is elemeztük az I-es illetve a II-es csoportban. Az ambuláns gyógyulási arány mindkét csoportban nagyobb volt a protokoll szerint kezelték között. (94%/84%), illetve (90%/68%). Lényegesen többször került sor gyógyszer váltásra a kezelést folytatóknál az alternatív kezelést kapók között mind az I-es (61%/28%), mind a II-es (60%/44%) csoportban. Ugyanakkor jelentősen alacsonyabb volt a hospitalizációs ráta a protokoll szerinti terápiát kapó betegcsoportokban (6%/16% és 10%/32%), (6. táblázat). A protokoll szerint kezelt betegek hospitalizációs aránya megfelelt az ún. PORT-score szerint várható

2. táblázat

A 2001-es ajánlás ambulánsan kezelhető pneumóniák antibiotikum kezelésére

Ambulánsan kezelhető pneumónia 65 év alatt rizikófaktor nélkül

Ajánlott antibiotikumok	Nem ajánlott antibiotikumok
◆ Makrolid, vagy	◆ penamecillin, penicillin V
◆ doxycyclin, vagy	◆ ampicillin
◆ amoxicillin (min 2g/die), vagy	◆ cefalexin, cefaclor
◆ amoxicillin/clavulansav (2 g amoxicillinnek megfelelő dózisban) vagy,	◆ 2. generációs fluorokinolonok (pefloxacín, ofloxacín, ciprofloxacín)
◆ cefuroxim (min 1000-1500 mg/die)	◆ trimetoprim/sulfametoxazol ◆ 3. generációs orális efalosporinok (ceftibuten, cefixim)

Ambulánsan kezelhető pneumónia 65 év felett és/vagy rizikófaktorral

Ajánlott antibiotikumok	Nem ajánlott antibiotikumok
◆ amoxicillin/clavulansav	◆ az előző esetben felsoroltak
±	plusz
◆ makrolid	◆ amoxicillin monoterápia
vagy	◆ doxycyclin monoterápia
◆ légúti kinolon (levofloxacin, moxifloxacin)	◆ makrolid monoterápia
◆ parenteralis igény esetén cefuroxim vagy ceftriaxon ± makrolid	

3. táblázat

Beteganyag

◆ I-es csoport: 65 év alatt rizikófaktor nélkül: 112 beteg	◆ II-es csoport: 65 év felett és/vagy egy vagy több rizikófaktorral: 126 beteg
	◆ 65 év felett: 52 beteg (22%) ◆ COPD: 46 beteg (19%) ◆ Kardiálisan dekompenzált: 20 beteg (8%)
	◆ Malignus alapterbetegség: 3 beteg (1.3%) ◆ Cirrhosis hepatis: 4 beteg (1.6%)

4. táblázat

Gyógyszerváltás gyakorisága, gyógyulás az első kezelésre és hospitalizáció

	Protokoll szerinti kezelés n= 87 (36%)	Alternatív kezelés n=151 (64%)
Gyógyulás	79 (91%)	113 (75%)
Gyógyszerváltás szükségessége	29 (33%)	91(60%)
Hospitalizáció	8 (9%)	38 (25%)

értékeknek, míg az alternatív kezelésben részesülteké ennek kvázi kétszerese volt. Fenti tendenciák fokozottan érvényesültek a súlyosabb betegek (II. csoport) kezelése során.

Összefoglalás

Az ambulánsan kezelhető területen szerzett pneumóniák kezelésé-

ben vizsgáljuk a hazai ajánlások elterjedtségét és hatékonyságát a Tüdőbeteg Gondozó hálózat segítségével. Jelen munkánkban 238 esetet dolgoztunk fel. A betegek az első kezelést részben a családorvosoktól, részben a tüdőgyógyász kollegáktól kapták. A felmérés alapján az esetek 36 százalékában alkalmaztak protokoll szerinti terápiát. A proto-

koll szerint kezelt betegek között mind az ambuláns kezelés keretein belül bekövetkezett gyógyulási arány, mind a hospitalizációs igény kedvezőbb volt, mint az alternatív terápiát kapók között és ez a tendencia fokozottan érvényesült a magasabb rizikócsoportba tartozó betegek között. Feltűnő volt, hogy a leggyakrabban alkalmazott (24%-ban) amoxicillin/clavulánsav kezelés során a betegek 41%-a az ajánlottnál alacsonyabb dózisban kapott gyógyszert. Az általunk vizsgált betegek adatainak elemzése alapján elmondhatjuk, hogy az ambulánsan kezelhető, otthon szerzett pneumóniák ajánlás szerinti antibiotikum terápiája terjedőben van, és a vizsgált adatok alapján, ez elősegíti a betegek hatékonyabb kezelését.

Ez úton szeretnénk köszönetet mondani a Tüdőbeteg Gondozó Intézetek dolgozóinak a vizsgálatot segítő önzetlen munkájukért.

5. táblázat

Az alternatív kezelés során alkalmazott gyógyszerek

Ajánlottól eltérő gyógyszerek aránya	Az ajánlásnál alacsonyabb dózisban adott gyógyszerek aránya	II-es csoportban monoterápiában nem ajánlott gyógyszerek aránya
.. Penicillin v 2 eset	.. amoxicillin/ clavulánsav 23 eset	.. amoxicillin monoterápiában 5 eset
.. ampicillin 6 eset		
.. cefaclor 8 eset	.. amoxicillin 8 eset	.. doxycyclin monoterápiában 16 eset
.. TMP/sulfamethoxazol 5 eset		
.. ceftibuten 9 eset	.. cefuroxim 13 eset	.. makrolid monoterápiában 25 eset
.. II. gen. kinolon 18 eset		
.. aminoglycosid 2 eset	..	
.. cefixim 11 eset		

6. táblázat

Gyógyulási arány és hospitalizációs ráta a különböző rizikófaktorú csoportokban

	I-es csoport n=112		II-es csoport n=126	
	Protokoll szerint	Alternatív	Protokoll szerint	Alternatív
Betegek	48	64	39	87
Járóbetegként gyógyult	45 (94%)	54 (84%)	35 (90%)	59 (68%)
Gyógyszerváltásra volt szükség	16 (28%)	39 (61%)	17 (44%)	52 (60%)
Kórházba került	3 (6%)	10 (16%)	4 (10%)	28 (32%)

Irodalomjegyzék:

1. Gilbert K, Gleason PP, Singer DE, et al: *Variation in antimicrobial use and cost in more than 2,000 patients with community-acquired pneumonia.* Am J Med 104:17-27, 1998

2. Jencks SF, Curedon T, Burwen DR, et al: *Quality of medical care delivered to Medicare*

beneficiaries. A profile at state and national levels. JAMA 284:1670-1676, 2000

3. Gleason PP, Meehan TP, Jonathan MF, at al: *Associations between initial antimicrobial therapy and medical outcomes for hospitalized elderly patients with pneumonia.* Arch Intern Med 159:2562-2572 1999.

4. Gleason PP, Kapoor WN, Stone RA at al:

Medical outcomes and antimicrobial costs with the use of the American Thoracic Society guidelines for outpatients with community-acquired pneumonia. JAMA: 278:32-39, 1997

5. Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL at al: *A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia.* JAMA283:749-755 2000.

Beszámoló

Méltányosság az egészségügyben

Az ELTE BTK Szociológiai és Szociálpolitikai Intézet Egészség-gazdaságtani Központ és az AstraZeneca Kft. 2002. november 9-én tartotta meg a „Méltányosság az egészségügyben” című konferenciát.

Dr. Varga Piroška, az Egészség-gazdaságtani Központ helyettes vezetője köszöntőjében annak a reményének adott hangot, hogy a rendezvény, amely a méltányosságról szóló beszéd színtere, a közös álláspont kialakításához vezető út egyik stabil kockaköve lesz.

Ahogy Urban Widen, az AstraZeneca Kft. igazgatója elmondta: „A méltányosság többféleképpen meghatározható: függ az országtól, az időszaktól, az egészségpolitika jellemzőitől, az egészségügy társadalmon belüli prioritásaitól. Méltányossági szempontból többféle cél kitűzhető, melyek a továbbiakban meghatározzák az egészségügyi források elosztását. Ahhoz, hogy megtaláljuk utunkat az egészségügyben, tudnunk kell a pontos célt.” Dr. Franco Sassi, a London School of Economics and Political Science munkatársa előadásában elmondta, hogy a méltányosság és hatékonyság ellentéte elkerülhetetlen, nincs egyértelmű méltányosság definíció, és eddig nem sikerült megfelelő egyensúlyt találni az egészségpolitika méltányossági és hatékonysági céljai között. Az Egyesült Királyságban azonban egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentésére.

Dr. Göncz Kinga, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium politikai államtitkára, a sajtótájékoztatón fontosnak tartotta kiemelni, hogy az egészségügy-

ben is paradigmaváltás történt, ami az egészséges életmód és az arra való nevelés fontosságát hangsúlyozza, szemben a korábbi betegség központú, a betegségek gyógyítását szem előtt tartó nézetrel.

Az államtitkár asszony előadásában rámutatott, hogy a méltányosság, a minőség és a hatékonyság, mint az egészségügyben működő három alapvető érték csak egymás rovására terjeszkedhetnek. Az új, nagymértékben forrásigényes eljárásokhoz való hozzájárulás korlátozott marad az eszközök, szakismeret, gyakorlat hiánya miatt.

Dr. Kardos Gábor, az ELTE Nemzetközi Jogi Tanszék oktatója „az egészséghez való jog” témakörében tartott előadást. A népegészségügy fejlődése ellenére a legfejlettebb államok is súlyos kérdésekkel kerülnek szembe az egyre korosodó lakosság és a tudományos-technikai fejlődés kiváltotta költségrobbanás következtében. „Kérdés...”, hogy milyen segítség várható az egészséghez való jog nemzetközi megfogalmazásától, attól, hogy az államok nemzetközi közössége nem csupán ajánlási jellegű, de jogilag kötelező formában, nemzetközi szerződésekben is elvállalta annak biztosítását.”

A délután folyamán 3 szekcióban folytak az előadások az alábbi témákban: Az egészségi állapot egyenlőtlenségei és lehetséges válaszok, Méltányosság az egészségügyi ellátásban, Méltányosság és költséghatékonyság a gyógyszerterápiában.

Puber Anikó

Regionális klinikai kutatóközpontot nyitott az AstraZeneca Törökbálinton

Október közepén nyitotta meg az AstraZeneca gyógyszergyár vezérigazgatója, Sir Tom McKillop Törökbálinton azt az új klinikai kutató központot, ahol többek között a daganatos, szív- és érrendszeri, emésztőszervi és légúti betegségekre újonnan kifejlesztett gyógyszerek klinikai kutatása folyik. A központ nemcsak a hazai, de regionális központként 5 környező országban folyó munkát is koordinálja. Hazánkban a második világháború óta nem történt jelentős infrastruktúrális beruházás a klinikai kutatásba, ezért az AstraZeneca ezzel a beruházással nagy lépést tett a hazai orvostársadalom klinikai kutatásba történő integrálásában.

Az 1 milliárd forint beruházással épült, most megnyitott új épületben folyó munka keretében koordinálják a környező országokban: Csehország, Szlovákia, Lengyelország, Románia és Bulgária és a hazánkban folyó klinikai vizsgálatokat. E vizsgálatok az Európai Unióban illetve az Egyesült Államokban folyó klinikai kutatás ré-



szeként olyan minőségű klinikai adatokat szolgáltatnak, melyet az Európai Unió, illetve az Egyesült Államok (FDA) törzskönyvezési hatóságai elfogadnak. -k. a.