

Dr. Pataki Géza

A tuberculosisról, napjainkban

Talán nem érdektelen, hogy időről-időre hiteles áttekintés készüljön az egyik legismertebb és leginkább elterjedt fertőző betegségről, a tuberculosisról. A közvélemény általában a médiából értesül és a szenzációvadászat nem szolgálja a tisztánlátást.

Fertőző betegségről van szó, amely nem respektálja a földrajzi és gazdasági határokat, sőt a zoonózisok körébe sorolható, azaz egyes formái az ember-állat-ember kontaminációt is jelenthetik. A XXI. század a globalizáció jegyében indult, a világméretű vándorlás és annak gyorsasága a fertőző betegségek terjedésének kedvez. Ez késztetett arra, hogy némi kitekintést adjak globális, európai és végül a hazai helyzetre.

A WHO 2004. márciusában közreadott (WHO Média centre) adatai szerint 2002-ben globálisan 8.797 ezer új tbc-s megbetegedés történt, és 1.823 ezren haltak meg. Ez az összes haláleset 2,7%-át jelenti. A legtöbb beteg Dél-kelet Ázsiában és Afrikában található, a halálozási ráta is itt a legmagasabb.

Az egyes régiók tagállamai közötti különbségek igen nagyok le-

hetnek, az egy főre jutó GDP nagysága differenciál. Az afrikai régióban az Egyenlítő alatti államok kiemelkedő mortalitását a HIV/AIDS és a tuberculosis egyidejűsége eredményezi.

Számunkra két okból lehetnek hasznosak ezek az ismeretek, egyrészt a magyar turisták világlátó kedve és lehetősége szinte korlátlan, másrészt hazánk az EU tagság révén már nem csak átutazó, hanem célország is lett a legális és illegális bevándorlóknak és munkavállalóknak. Jó azért tudni, hogy e csoport egészségügyi szűrővizsgálata megszerzett és szigorú.

A WHO a tbc elleni küzdelem stratégiáját az immár 10 éve elkezdett ún. „ellenőrzött gyógyszeres kezelés”-re (DOTs-program) alapozza. Ennek lényege a 6–8 hónapig tartó, kétfázisú eü. személyzet által ellenőrzött gyógyszerelés. A 2–3 hónapig tartó intenzív szakaszban a gyógykezelés a négy leghatásosabb (isonicid, rifampicin, pyrazinamid és streptomycin vagy ethambutol) gátlószerekkel történik, majd a stabilizációs szakasz következik 4–5 hónapig, isonicid és rifampicin adásával. A fegyelmetten végigvitt kúra eredménye valóban kedvező. A 210 tagállamból 180-ban már alkalmazzák, elsősorban a fertőző köpetet ürítő betegek körében. A programot a WHO anyagilag is támogatja a

magas incidenciájú, szegény államokban. A módszer előnyei kézenfekvők, egyrészt csökkentheti a fertőző potenciált, másrészt a rendszeres és adekvát gyógyszeres kezelés a legjobb védekezés a gyógyszer-rezisztencia kialakulása ellen.

Az európai járványügyi helyzet nagyságrenddel jobb a globális valóságnál, bár Európának is megvannak a sajátos gondjai. Az Európai Régió 52 országot és 878 millió lakost ölel fel. További három földrajzi zónát szokás megkülönböztetni, azaz Nyugat-, Közép-, és Kelet-Európát. A tuberculosis járványügyi helyzetét tekintve is jól használható ez a tagolás. Nyugat-Európa Finnország – Ausztria – Görögország vonallal záródik (de ide sorolják Izraelt is), Kelet-Európa gyakorlatilag a volt Szovjetunió országai, beleértve a balti államokat is. Közép-Európa a kettő közötti terület, de ide számít Törökország is. Az európai járványügyi helyzet bemutatásához a Régió saját TB Surveillance rendszerének adatait használom, amelynek hazánk is adatszolgáltatója. Azért szükséges ezt megjegyezni, mert a globális, illetve az európai adatgyűjtés definíciós különbségeket tartalmaz; pl. a 2002 évi új megbetegedések európai számában ez 45 ezer fős eltérést jelent. Az 1996–2001 közötti időszak adatait a 2. táblázat tartalmazza.

Dr. Pataki Géza
nyugalmazott főorvos

1. táblázat

	összes új eset			meghaltak	
	szám/ezer fő	%	% ₀₀₀₀	szám/ezer fő	% ₀₀₀₀
Afrika	2354	26	149	556	83
Amerika	370	4	19	53	6
Kelet Mediterrán	622	7	55	143	28
Európa	472	5	24	73	8
Dél-kelet Ázsia	2890	33	81	625	39
Nyugat Óceánia	2090	24	55	373	22
Globális	8797	100	63	1823	29

Becsült tbc incidencia és mortalitás WHO régiók szerint 2002-ben

2. táblázat

	1997		1998		1999		2000		2001	
	szám	% ₀₀₀₀	szám	% ₀₀₀₀	szám	% ₀₀₀₀	szám	% ₀₀₀₀	szám	% ₀₀₀₀
Nyugat-Európa	52322	13,3	51202	13,0	49592	12,5	48346	12,2	45195	10,4
Közép-Európa	85178	46,1	85744	46,7	80700	43,7	75519	40,7	78024	41,4
Kelet-Európa	216371	74,0	226577	77,6	251683	86,3	261891	90,0	267315	92,1
Európa összesen	353871	40,6	363523	41,7	381975	43,8	385756	44,1	390534	44,6

Új tbc-s megbetegedések száma és aránya 100.000 lakosra

Az összeurópai incidencia emelkedett, annak ellenére, hogy Nyugat- és Közép-Európában csökkenés észlelhető. Kelet-Európában azonban olyan jelentős volt az emelkedés, amelyet a többi országban mutatott javulás nem tudott ellensúlyozni. Mindhárom térségben található olyan ország, amelyben kiugróan magas értéket találunk. (2. ábra)

Magyarországgal szomszédos hét ország közül négyben jobb, háromban rosszabb a járványügyi helyzet. (3. ábra)

Ukrajna és Románia viszonylatában meglévő élénk kapcsolataink érzékelhető, kedvezőtlen hatást nem eredményeztek hazánkban. Az ún. immigráns tuberculosis az incidenciánk 1%-át nem haladta meg ezidáig, ugyanakkor egyes nyugat-európai országokban van példa az 50% körüli arányra is. Persze a bevándorlás nagyságában is van különbség.

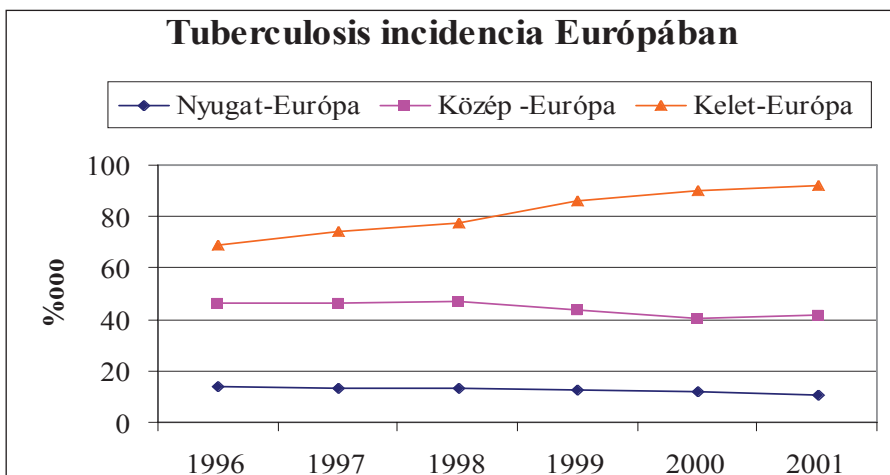
Az európai régió legnagyobb gondja a kelet-európai incidenciának növekedése mellett az, hogy ezek-

ben az országokban a gyógyszerrezisztens esetek aránya is magas. Az európai rezisztencia surveillance rendszer ugyan már működik, de teljes körű adatszolgáltatásra csak pár év múlva lesz képes. Jelenleg inkább reprezentatív adataink vannak, ezek szerint Nyugat- és Közép-Európában a primo-rezisztencia a négy legfontosabb antituberculoitikum vonatkozásában 5% alatt van, keleten ez 10%, vagy efeletti. Különösen rossz a helyzet az ismételten kezelt betegeknel; Nyugat- és Közép-Európában valamivel 5% felett, de kevesebb mint 10%, ugyanakkor keleten 30–50% közötti arányokat is találunk egyes drogok vonatkozásában. E betegek gyógykilátásai rosszak, kezelésük pedig rendkívül drága. Az is komoly veszély, ha a fertőződés rezisztens törzssel történik, melynek esélye ezekben az országokban nagy. A másodlagos rezisztencia kialakulása egyértelműen az első kezelés kudarcának tekinthető és az elégtelen gyógyszereszedés számlájára írható.

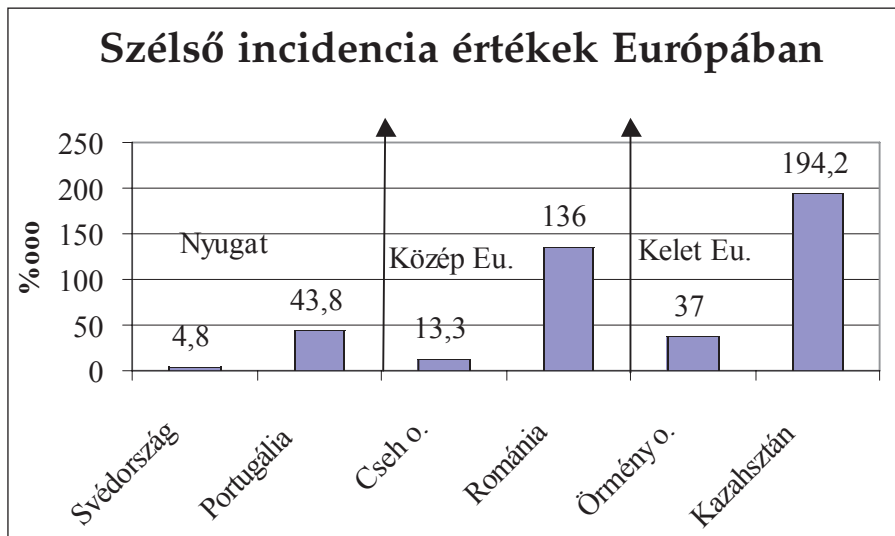
Hazánk tbc járványügyi helyzete kedvezőbb az összeurópai és a közép-európai átlagnál. Az incidenciája időbeni alakulására jellemző volt az 1990-ig tartó folyamatos javulás, majd egy ötéves romló periódus következett, de 1995-től ismét folyamatos a csökkenés, amely az elmúlt évre minden idők legjobb értékét hozta. (4. ábra)

Szervi lokalizáció tekintetében dominál a tüdőtbc, az összes megbetegedés közül aránya a 90%-ot is meghaladja. Ez járványügyi szempontból fontos, ugyanis a kontamináció szinte kizárólag cseppfertőzés útján történik. A fertőző esetek aránya 40% körül ingadozik. Kiemelhető, hogy a mikroszkópos pozitív (direkt, kenet festés) erősen fertőző esetek aránya az Euro-TB surveillance 2001-es adata szerint Magyarországon csak 25% volt, szemben a nyugat-európai 42%-os, illetve a 45%-os közép-európai átlaggal. Mivel itt metodikai különbségekről aligha lehet szó, feltételezhető, hogy nálunk kevesebb az elhanyagolt, késői eset az új betegek között. Ez egyértelműen bizonyítja a nálunk még kötelező EF-szűrővizsgálatok létjogosultságát. Annak viszont nem örülhetünk, hogy az incidencián belül 17%-os volt az ismételten, recidíva miatt nyilvántartásba, kezelésbe vett betegek aránya. Ugyanez az arány Nyugat-Európában átlagosan 6%, Közép-Európában 11%. Megjegyzem azonban, hogy a magas arány mögött két hibalehetőség is rejlik, egyrészt az első kezelést önkényesen megszakító és eltűnt betegek (akiket egy évi keresési kudarc után törölni kell a

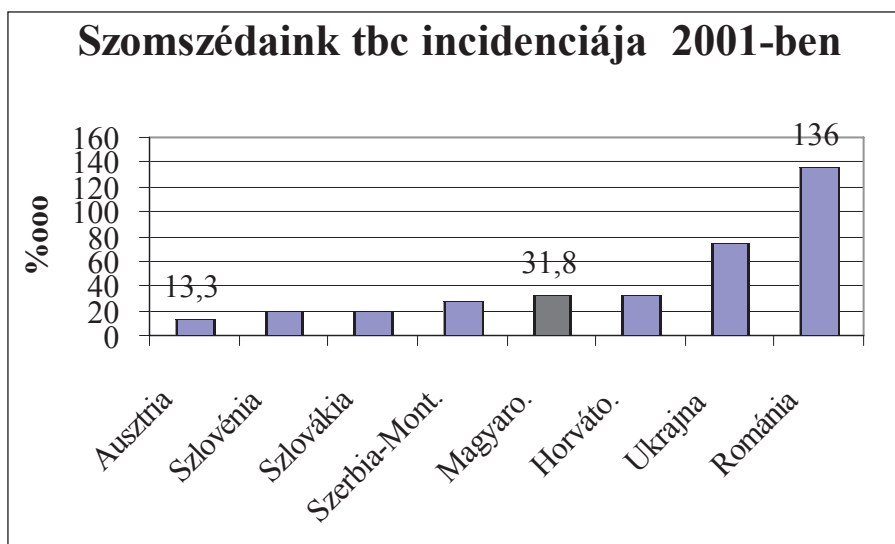
1. ábra



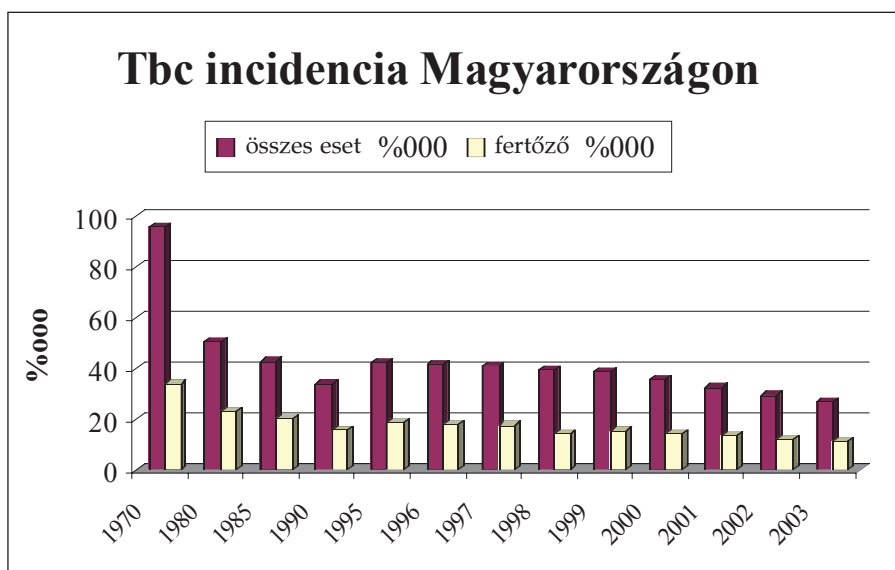
2. ábra



3. ábra



4. ábra



regiszterből) több év szünet után ismét előkerülnek, természetesen sokkal rosszabb állapotban, másrészt kollégáink – talán túlzott óvatosságból – bakteriológiai vizsgálattal nem igazolt eseteket is újból bejelentenek pusztán a radiológiai képen észlelt „mozgás” alapján. Az ún. „eltűnt” betegek száma 2002-ben 136 fő, 2003-ban 176 fő volt, gyógykezelésük nem fejeződött be.

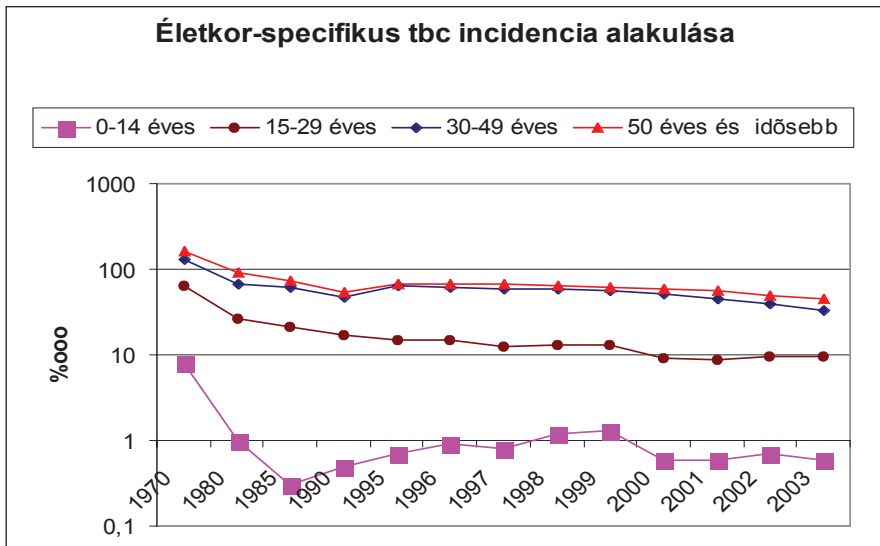
Az új betegek 2/3 része férfi, a betegek többsége a 40–60 közötti életkorban van. Európai összehasonlításban is nagyon kedvező a gyermekkori (14 év alatti) megbetegedési ráta (0,6‰). (5. ábra)

Jelentős és tradicionális különbségeket láthatunk a területi megoszlás elemzésekor. Általában a nyugat-magyarországi megyék epidemiológiai helyzete kedvezőbb és közel áll a gazdagabb nyugat-európai államok szintjéhez. Kelet-Magyarországon – a folyamatos javulás ellenére – az incidencia duplája a nyugati részének. A Főváros külön kategóriát képez, általában a metropoliszokban mindenütt az átlagnál rosszabb a helyzet, így van ez Budapesten is. (6. ábra)

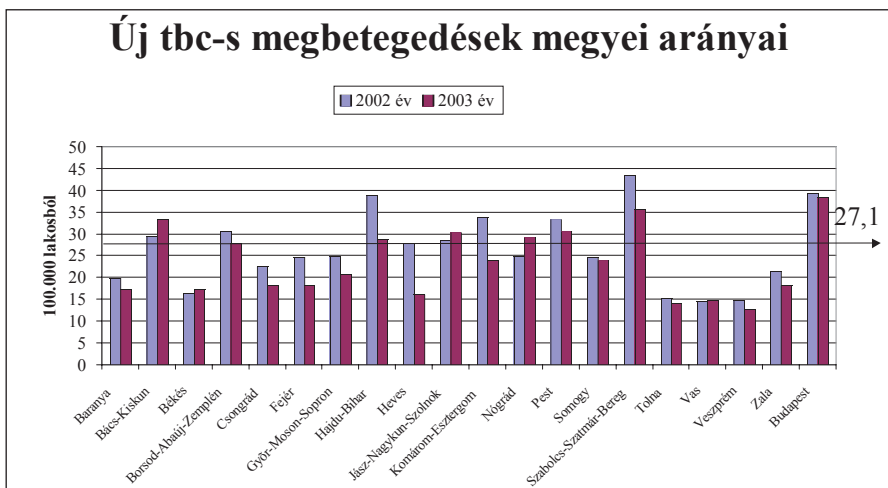
A sokat vitatott ernyőfényképszűrés eredménye: több év átlagában az új betegek kb. 40%-át még ma is a szűrés révén találjuk meg. A tbc epidemiológiai helyzet további javulása várhatóan a szűrővizsgálati rendszerben is változást fog hozni, a populáció-szintű, kötelező jellegű fakultatív lehetőség fogja felváltani. Rendszeresen monitorozzuk a rizikócsoportos morbiditás alakulását. Kétségtelen, hogy az alkoholbetegség, a hajléktalanság a legerősebb rizikó, de tévedés lenne azt hinni, hogy más nem betegedhet meg. Mintegy 40%-ra tehető azoknak az aránya, akik nem taroznak egyetlen rizikócsoportba sem.

Összefoglalva az epidemiológiai helyzetet, megállapíthatjuk, hogy a tendencia biztató és nem irreális vágy, hogy néhány éven belül az incidenciát 20‰ alá vihetjük. Ennek azonban szakmán belüli és azon kívüli feltételei is vannak. Társadalmi szintű feltétel a szociális helyzet további javulása és az ellátórendszer teljes kiépítése, beleértve a hajléktalanság kér-

5. ábra



6. ábra



dését is. Ide értendő az alkoholbetegség elleni kérelhetetlen küzdelem fokozása, ami más betegségeknek is melegágya, de a mi terápiás tevékenységünk sikerének a legfőbb gátja. Nem csupán az alkoholizmussal együtt járó személyiségi zavarok miatt, hanem az alkoholos májbetegségek és az antituberculoitikumok kedvezőtlen kölcsönhatása miatt is.

Szakmán belüli feltétel első helyén a gyógyeredmények javítása szerepel, mert ez a leghatékonyabb prevenció. Manapság az új betegek kb. 80%-át tudjuk gyógyítani az első kezelés során. Ezt olyan szintre kell javítani, hogy csak azoknak a gyógyítása húzódjon át a második évre, akik gyógyszerrezisztens törzzsel fertőzöttek és a protokoll szerint is csak ennél hosszabb terápiás stabilizációs fázis hozza meg a gyógyulást.

Egyetértve a WHO stratégiát

ajánlásával, ennek módja az ellenőrzött gyógyszeres kezelés a mai nál szelesebbkörű alkalmazása a hazai gyakorlatban. Hazánkban a fertőző időszakban a betegeket kórházban kezeljük, s csak a már negatív, a kezelés stabilizációs szakaszában bocsáthatók otthoni kezelésre. Az otthoni kezelés ellenőrzése (a naponkénti, rendszeres gyógyszerbevitel) azonban nem megoldott, a betegek többsége a gondozókban több hétre megkapják a gyógyszereiket és betegségbelátásától, személyiségi adottságaitól függően beveszi vagy nem, vagy csak rendszeresen. Az ellenőrzés indirekt, legtöbbször a kontrollvizsgálatok eredményéből derül ki a terápia sikere vagy kudarca. Talán éppen a jelenlegi ellátó struktúránk a gátja az ellenőrzött kezelés terjedésének, ugyanis a gondozókba nem rendelhető be naponta a be-

teg, hogy ott vegye be gyógyszerét. Nálunk – ellenkezően az internacionális gyakorlattal – a tbc kizárólagos tüdőgyógyászati kompetencia, a szakma – de az alapellátás is – idegenkedik a feladatmegosztástól. Magyarországon legalább másfélezerrel több háziorvosi körzet van, mint ahány tbc-s beteg. Bekapcsolódásuk a DOTs-programba nagy nyereség lehetne.

A hajléktalanok gyógyítása az ellátó infrastruktúra javításával megoldható, erre szép példák láthatók a Fővárosban.

Létszámában nem nagy, de súlyában komoly gond a poli- vagy multidrog-rezisztens esetek gyógyítása. Ez nem csak szakmai kihívás, hanem költség és gyógyszerellátási kérdés is. Tudvalevő, hogy a rifampicin volt az az utolsó antituberculoitikum, amely valóban komoly szer az antituberculoitikumok palettáján. Az antituberculoitikumok többségét térítésmentesen és természetben kapják a betegek, egyes alternatív szerek (pl. ofloxacin, ciprofloxacín) vényre írhatók, vagy egyedi import révén (pl. cycloserin, ethionamid) szerezhetők be. Ezek költségfedezete nem megoldott. Miután nép-egészségügyi, járványügyi kérdésről van szó, állami feladatnak tartjuk a biztonságos és ingyenes gyógyszerellátást, azaz ki kellene venni a biztosítási alapú finanszírozásból és a költségvetésből kell biztosítani ennek fedezetét.

Úgy gondolom, hogy a tuberculosis még jó ideig népegészségügyi kérdés marad, e betegségre ma is gondolni kell. Fejlett egészségügy és gazdasági jólét mellett is létező valóság, amit jól példáz az AIDS által okozott tbc krízis az Egyesült Államokban és egyes nyugat-európai országokban a '80-as évek végén. A tbc epidemiológiai helyzet romlására lehet számítani ott, ahol az AIDS-betegek száma magas illetve a terjedésének nem tudnak gátat szabni.

Irodalomjegyzék:

1. Report on tuberculosis cases notified in 2001. EuroTB. 2003.
2. Global tuberculosis control... WHO Report 2004.
3. A Pulmonológiai Intézmények 2003. évi Epidemiológiai és Működési Adatai OKTPI 2004.