

Dr. Prinz Gyula

Amit a candidiasisról tudni kell

A candidiasis lehet súlyos szisztémás betegség, mely megfelelő hajlamosító tényezők esetén, illetve bizonyos klinikai szituációkban alakul ki. Emellett a candidák számos, a bőrt és bőrfüggelékét, valamint a nyálkahártyákat érintő felületen mycosist okoznak. A candidiasis ezen formái felismerhetők, diagnosztikájuk és terápiájuk jól ismert. Az alternatív medicina azonban egy olyan kórformáról beszél, melyet szerteágazó panaszok, rosszul meghatározott tünetek jellemeznek. A betegség diagnosztikájában kulcsszerepe van az öndiagnózisnak, az orvos „ráérzésének”. A hagyományos mikrobiológiai diagnosztikának nincs különösebb jelentősége ennek a kórképnek felismerésében. A szisztémás candidiasis ezen formájának létezését tudományos vizsgálat nem bizonyítja.

A szisztémás candidiasis súlyos életet veszélyeztető kórkép. Csökkent védekezőképességű betegeknél, vagy nagy hasi műtétek után, intenzív osztályon ápolott betegeknél, invazív beavatkozásokat követően fellépő candida szepszis jelentős egészségügyi probléma. Ilyenkor a vérből az esetek jelentős hányadában izolálható a kórokozó. A betegek megfelelő antifungális kezeléssel mellett gyógyulnak, ha a szisztémás candidiasisra hajlamosító alapbetegség uralható. Az alábbi közlemény azonban nem ezzel a kórképpel foglalkozik.

Napjainkban a szisztémás candidiasist egyes szerzők új népbetegségnek tartják. A média visszatérően foglalkozik a „candida” kérdéssel. A könyvesboltok polcain ott sorakoznak a candidákkal kapcsolatos ismereteket tartalmazó kötetek, a legfrissebb a Nagy Candida Könyv. Candidiasis, Divat vagy a XXI. század betegsége? címmel jelent meg „tudományos” könyv és Candidosis – divat, vagy a XXI. század betegsége?

Dr. Prinz Gyula
Fővárosi Szent László Kórház
IV. Belgyógyászati Osztály
1097 Budapest, Gyáli út 5-7.

címmel továbbképző közlemény.^{1,2} Sajnos egyes hazai mikológusok is felvetik, hogy van valami alapja ennek az új kórképnek.³ Már a candidiasis és a candidosis kifejezés használata is megtévesztő, azt sugallja, hogy két különböző szisztémás, tehát az egész szervezetet érintő kórképről lenne szó. Az „új” candidiasis (candidosis) hazai karrierje napjainkban egy, az Amerikai Egyesült Államokból elindult irányzat begyűrzése. A késés valójában több mint tíz év. Magyarországon Harold H. Markus és Hans Finck 1990-es könyvének fordítása „Betegnek érzem magam, és nem tudom, miért” címmel már tíz évvel ezelőtt elindította az első candida divathullámot.⁴ A napjainkban nagy publicitást kapó, ép immunitású betegeket sújtó candidosis nem tekinthető újdonságnak. Egy Truss nevű szerző 1978-tól megjelenő publikációi vetették fel elsőként, elsősorban krónikus fáradtság szindrómában a candidák kóroki szerepét.⁵ Az amerikai szerzők „Yeast Connection”-ről, Candida hiperszenzitivitás szindrómáról is beszélnek. Crook, a kérdés legnagyobb szakértője öt könyvet publikált a témában.⁶

Candidák okozta kórképek

A candidák okozta igazi kórképek sem számíthatnak újdonságnak a mindennapi orvosi gyakorlatban. Már Hippocrates és Galenus is ismerte a szájpenészt. A jól ismert kórképek egy része a bőrt és bőrfüggelékét, mások a nyálkahártyákat érintik. Az invazív illetve szisztémás candidiasis pedig megfelelő hajlamosító tényezők esetén jelentkezik. Az újszülöttek candida szepszise, a csecsemők szájpenésze és pelenkadermatitise, a protézist viselők oropharyngeális candidiasisa, a leromlott általános állapotú betegek oesophagitis nem számít újjdonságnak. Valóban több invazív (szisztémás) candidiasis kerül felismerésre, mint korábban, hiszen szaporodik a csökkent védekezőképességű betegek száma. A szerv- és csontvelőtranszplantáltak, a malignus hematológiai betegség miatt agresszív

kemoterápiában részesülők, az intenzív osztályon kezelt, tartós intravaszkuláris kanült viselők, a nagy hasi műtéten átesett betegek, HIV pozitívek körében komoly kihívást jelent a candidiasis és más mycosisok fellépte. A hüvelyi candidiasis ép immunitású nők esetében ismételtelen is felléphet, hajlamosító tényezők hiányában is.

A felsorolt kórképekben a panaszok, tünetek (látható elváltozások) alapján végzett diagnosztikus vizsgálatok többnyire eredményesek, sikerül a kórokozót kimutatni, és az antifungális kezelés is eredményes.

A *Candida albicans* és a non-*albicans* *Candida* speciesek a normál száj- bél- és hüvelyflóra tagjai. A *Candida* speciesek egészséges, immunkompetens emberek székletéből az esetek 4–88%-ában kimutathatók, mint azt egy a szakirodalom (96 közleményt) áttekintő összefoglaló hangsúlyozza.⁷ A candidák a szülő utakon keresztül áthaladó újszülöttbe kerülhetnek, a normál flóra tagjává válva. *Candida albicans* gyakran izolálható a különböző nem steril testtájokról (bőr, oropharynx, hüvely, széklet) származó mintákból. Az egyéb *Candida* speciesek, pl.: a csökkent fluconazol érzékenységgű *C. krusei*, *C. glabrata*, *C. guillermundii* ép immunitású és nem kórházban kezelt betegek esetében előzetes antifungális kezelés nélkül ritkán izolálható. A candidák tenyésztése nem jelent különösebb nehézséget. Az antifungális készítmények iránti érzékenység meghatározása csak kivételes esetben szükséges. Az in vitro érzékenységi vizsgálatok helyett az egyes gombaspeciesek természetes rezisztenciáját kell ismerni (*C. krusei*, *C. glabrata*, *C. guillermundii* – csökkent fluconazol érzékenység illetve rezisztencia, *C. parapsilosis*, *C. rugosa* – csökkent polyén érzékenység, *C. tropicalis* – ketokonazol rezisztencia).¹² Sajnos a hazai mycológiai laboratóriumokban előfordul, hogy elvégzik a székletből izolált gombaspeciesek in vitro érzékenységi vizsgálatát. A vizsgálatra attól függetlenül sor kerül, hogy milyen kórképről van szó. Egy mikroorganizmus kimutatása és an-

nak in vitro érzékenységének közlése a kérdésben járatlan orvos és a beteg számára is a kezelés szükségességét sugallja. *C. albicans*, vagy más species kimutatása jellegzetes panaszok és elváltozások nélkül a szájuüregből, hüvelyből, székletből nem jelez betegséget. A székletből történő gombatenyésztés csak a normál székletflóra tagjának tekinthető candidák kimutatását eredményezheti. Candida antigén kimutatására csak csökkent védekezőképességű betegeknél szabad vért venni. A candida ellenes antitest meghatározása sem pozitívítás, sem negatívítás esetén nem kórjelző ép immunitású betegeknél. A candida szerológiai vizsgálatok szenzitivitása és specifitása sajnos a szisztémás candidiasis szempontjából magas rizikójú betegek esetében sem megfelelő.

Az „új” szisztémás candidiasis

Ez a kórkép számos tünettel és panasszal jár. Különböző testtájékok viszketősége, látásromlás, gombóc-érzés a torokban, orrdugulás, fáradékonyság, koncentrációzavar, haspuffadás, szénhidrátéhség, szorulás, hasmenés, menstruációs görcs stb. alapján a beteg magától rájöhet, mi a baja. Ezt sugallja a népszerűsítő irodalom is, a „hagyományos” szemléletű orvosok úgy sem jönnek rá, mi áll a panaszok hátterében. Elégséges, ha a megfelelő panaszok számbavételével a beteg ráébred, hogy hosszú évek óta meglévő panaszait mi okozza. A diagnózis felállításában „segítséget” jelent a Vega teszt pozitívítása, a Voll teszt, vagy a biokristály analízis. A betegek egy részének van, vagy volt bőr, köröm vagy hüvelyi candidiasis, vagy más gombás folyamata. Közömbös, hogy az adott folyamatot candida okozta, vagy más gomba species. Hogy ezek a fertőzések dokumentáltak, vagy sem, az is lényegtelen szempont. Hogy a hónapokon át adagolt gombaellenes kezelés nem hoz látványos eredményt, nem fontos, a candida diéta és a colon hydrotherápia az „igazi” megoldás.

Az idevonatkozó irodalom bőséges, de ellentmondásos. Nincs tisztázva, hogy milyen patomechanizmus útján alakul ki a betegség. Egyesek a „rossz” gombák elszaporodásával magyarázzák a betegséget, mások allergiás mechanizmus-

ról beszélnek. Nem tisztázott, hogy a gomba maga kerül a bélből a vérbe, vagy produktumai, toxinok mérgezik a beteget. Esetleg a gomba kolonizációt követi a szervezet allergiás reakciója. Felvetik, hogy az elszaporodott gombák az immunválaszt blokkolják. Ebben az esetben hogyan alakul ki allergiás reakció? A Vega teszt allergia kimutatására szolgál, mint azt a betegek kezébe adott leletek mutatják. A hagyományos orvoslás diagnosztikai fegyvertárában nem szerepel a Vega teszt. Számos beteg vizsgálata alapján, saját tapasztalataink szerint, sosem történt kísérlet magas IgE szint kimutatására, a betegeknek soha nincs eosinophiliája, tehát allergia kevéssé jön szóba. Antihisztaminokat különben sem javasolnak ezen betegeknek. Disszeminált folyamat esetén a diagnózishoz pozitív hemokultúra kellene, de a természetgyógyászok sosem vetették fel vér tenyésztésének szükségességét. A szerológiai vizsgálatoknak sincs jelentősége, még az „új” candidiasisnak elkötelezett szerző szerint sem.² Ugyanakkor vannak betegek, akik azért jelentkeznek, hogy vérükből mutassuk ki a candidákat.

Veleszületett vagy szerzett immunhiányos állapotok az anamnézis gondos felvétele útján kideríthetőek. A magukat candidiasisban szenvedőnek mondó betegek sosem számolnak be rendhagyó módon lezajló fertőzésekről, oltási szövődményekről.

Egy mikroorganizmussal összefüggésbe hozott kórkép esetében meg kell magyarázni, hogy a betegség milyen módon alakul ki. A kórokozónak lehetnek virulenciafaktorai, melyek elősegítik megtapadását (adherencia) a szervezetben, és elszaporodásuk után bekövetkezik az invázió. Lehetnek a mikroorganizmusnak toxinjai, melyek a megtapadás helyétől távol is károsítják a szervezetet. Végül a kórokozó kolonizációja a szervezet allergiás reakciójához vezethet. Az egyes egyedek pedig fogékonyak lehetnek az adott kórokozóra. A *Candida albicans*, ha keressük, minden ember bélflórájában jelen van. A kimutatás attól függ, hogy milyen transzport táptalajban jut a széklet a laboratóriumba, mennyi idő telik el a feldolgozásig, milyen tenyésztési módszereket használnak.⁷ Nincsen olyan meggyőző irodalmi adat, hogy gyógy-

szerek, cukorbetegség, környezeti ártalmak, fogamzásgátlók, étkezési szokások befolyásolnák a candida kolonizációt.⁷ Az antibiotikumok természetesen felboríthatják átmenetileg a normál bélflóra összetételét, elősegítve a candidák kimutathatóságát.⁷ Leromlott, vagy kis súlyú csecsemők esetében az antibiotikum asszociálta hasmenésért felelőssé tehető a candidák. Ugyanakkor az „új” candidiasis vezető tünetének a szorulást és haspuffadást tartják. Az „új” candidiasisban megismert szerteágazó panaszok sosem jelentkeznek súlyos alapbetegségben, esetleg szisztémás mycosisban szenvedő betegeknél.

A hagyományosan ismert szuperficiális és szisztémás candidiasisban a kórokozó és a szervezet viszonya világos, a pathomechanizmus érthető. A diagnosztika és a kezelés ismert – a lehetséges kudarcok dacára. Mivel magyarázható, azonban a candidák szerepe az autizmus, a pánikbetegség, a menstruációs zavarok, szívritmus zavar kialakulásában.²

Az American Academy of Allergy and Immunology 1986-ban foglalt állást a candidiasis kérdésében, kimondva, hogy a szindróma spekulatív és tudományosan nem alátámasztott.⁸ Ha egy testületi állásfoglalás nem is győzheti meg az alternatív megoldásokat kereső orvosokat és a betegeket, az e tárgyban végzett prospektív vizsgálatok eredményeinek mégis súlya van. *Dismukes és mtsai.* nystatinnal illetve placebóval kezeltek „candidosisban” szenvedő betegeket.⁹ A vizsgálat elején és végén rákérdeztek valamennyi olyan panaszra és tünetre, melyeket a népszerűsítő irodalomból ma Magyarországon a betegek magukon is könnyen felismernek. A vizsgálat eredménye negatív volt, az antifungális kezelés nem hozott eredményt a panaszok vonatkozásában, bár a candida kolonizációt csökkentette.⁹ Mások a gyakran ajánlott diéták hatástalanságára mutattak rá.^{10,11} Egy munkacsoport krónikus fáradékonyságban vizsgálta a „candida” kapcsolatot.¹² A vizsgálatba bevont candidiasisban szenvedő betegek, a diagnózist a betegek saját maguk állították fel és mindegyikük járt természetgyógyásznál. Valódi candidiasist tenyésztéssel egy esetben sem sikerült bizonyítani. A jól tervezett pszichológiai vizsgálatok pozitívítása alapján a felajánlott segítséget a

„candidiasisban” szenvedő betegek mindegyike elutasította.¹³

Napjainkban, az evidenciákon alapuló gyógyítás korában nem fogadható el, hogy tudományos vizsgálatokkal nem bizonyított spekulációk széles körben terjedjenek. Ha ez csupán a népszerűsítő irodalmat hatja át, és a médiákban terjed, az csak a kiadók és a szerkesztők felelőssége. Ha azonban az orvosi „szakirodalomban” is megjelennek, komoly gondok vannak, hiszen a publikációk megtéveszthetik a kérdésben járatlan orvosokat is. Magyarországon az 1993-ban megjelent meg az első kiadvány,⁴ még csak kevés beteget tévesztett meg. Az elmúlt években a könyvek és publikációk gombamód szaporodtak. Ün. egészségnapokon ingyen candida szűrést ajánlanak (Vega-teszt), megtévesztve a betegeket. Egyértelmű, hogy a candidák okozta szisztémás kórképek hajlamosító tényezők, vagy megfelelő klinikai szituációk megléte esetén alakulnak ki. Ezekben a kórképekben a klinikai mikrobiológia megfelelő segítséget tud nyújtani, és a jól megválasztott gombaellenes kezelési eredményes.

Az „új” candidiasisban szenvedő betegek valóban szenvednek. A betegek rossz közérzete, hasi panaszai háttérben állhat vastagbélbetegség, colon irritabile, de tumor is. Ha a szorongás dominál, ezt csak elmélyíti, ha ezt egy nehezen gyógyíthatónak mondott fertőzéssel magyarázzák, mely több éves önmegtartóztató diéta, költséges gombaellenes kezelés után is fellángolhat. Túl súlyos betegek, colon irritabile esetén a candida diéta a közérzet javulását eredményezheti, de nem a candida ellenes hatás, hanem a testsúlycsökkenés, vagy a széklet rendeződése miatt. Az életmódváltás kivitelezése sikerélményt jelenthet a kudarcélményekkel megáldott betegeknek. A „hagyományos” orvosoknál panaszukra választ nem kapó betegeknek megkönnyebbülést hozhat átmenetileg, hogy egy, gyakran az orvosoknak is misztikus kórokozóval kell megküzdenek, és megtudták, „mi a bajuk”. A sikeres kezeléseik és öngyógyítások, még sikerkönyvekben leírva sem bizonyítják az „új” szisztémás candidiasis létezését.

Az Amerikai Fertőző Betegségek Társasága (IDSA) 2004-ben tette közzé a candidiasis kezelésének módszertani levelét, mely kiterjed valamennyi candida okozta kórképre.¹⁴ Ezen iránymutatásnak megfelelően kezeljük Magyarországon is a candidiasisban szenvedő betegeket. Természetesen az „új” candidiasis létezésére, diagnosztikájára és kezelésére nincs utalás ebben az útmutatóban sem.¹⁴

Irodalomjegyzék:

1. László Mária: *Candidiasis Divat, vagy a XXI. század betegsége* White Golden Book Kft. 2002.
2. László Mária: *Candidosis – divat, vagy a XXI.*

3. Zala Judit: *Candidiasis: Napjaink problémája?* Epinfo 2002;9:162-164.
4. Markus, Harold H., Fink, Hans: *Betegnek érzem magam, és nem tudom miért* Holistic, Budapest, 1993.
5. Truss CO: *The missing diagnosis Birmingham, Ala: Missing Diagnosis* 1983.
6. Crook WG: *The yeast connection: a medical breakthrough.* Jackson, Tenn.:Professional Books, 1983.
7. Laccur M., Zunder T., Huber R. et al.: *The pathogenetic significance of Candida colonisation – a systemic review an iterdisciplinary and environmental medical point of view.* Int J Hyg Environ Health 2002;205:257-268.
8. Executive Committee of American of Allergy and Immunology: *Candidiasis hypersensitivity syndrome.* J Allergy Clin Immunol 1986;78:271-273.
9. Dismukes W.E., Wade J.S., Lee J.Y. et al.: *A randomized, double blind trial of nystatin therapy for the candidiasis hypersensitivity syndrome.* N.Engl.J.Med. 1990;323:1717-1723.
10. Morris D.H., Stare F.J.: *Unproven diet therapies in the treatment of chronic fatigue syndrome.* Arch. Fam. Med.: 1993;2:181-186.
11. Weig M., Werner E., Frosch M., Kasper H.: *Limited effect of refined carbohydrate dietary supplementation on colonisation of the gastrointestinal tract of healthy subjects by Candida albicans.* Am.J.Clin.Nutr. 1999;69:1170-1173.
12. Edwards J.E. et al.: *International Conference for the Development of a consensus on the management and prevention of severe candidal infection.* Clin.Inf. Dis. 1997;25:43-59.
13. Renforo L., Feder Jr. H.M., Lane T.J. et al.: *Yeast connection among 100 patients with chronic fatigue.* Am.J.Med. 1989;86:165-168.
14. Pappas P.G., Rex J.H., Sobel J.D. et al.: *Guidelines for treatment of candidiasis.* Clin Inf Dis. 2004;38:161-189.

Számvetés szívügyeinkről – félidőben a REACH-vizsgálat

Egy éve kezdődött az ateroszklerózis következményeinek széles körű feltárását célzó nemzetközi vizsgálat, amely 35 országban 4000 vizsgáló hellyel 65 000 magas kockázatú beteget regisztrál és értékeli az összegyűlt adatokat. A vizsgálat Magyarországon 70 vizsgálóhelyen közel 1000 beteget érint, a résztvevő orvosok több mint fele belgyógyász.

A kiinduló epidemiológiai adatok szerint:

- A 40 éves korban várható élettartam Magyarországon a legalacsonyabb. Egy 45 éves férfi Magyarországon 8,5 évvel rövidebb ideig él, mint svájci kortársa.

- 1999 óta 100 000 lakosra vonatkoztatva évi 8%-os csökkenés tapasztalható a keringési rendszer okozta halálozási mutatókban. A vizsgálatok 2005-ben fejeződnek be, de a félidő már számos új, eddig teljes körűen nem elemzett újdonsággal szolgál.

A táblázatból megállapítható, hogy Magyarországon a betegek elhanyagolt magas vérnyomása és koleszterinszintje miatt következik be legnagyobb valószínűséggel az ateroszklerózis okozta bármelyik súlyos, életét veszélyeztető esemény.

Népesség	Cukorbetegség	Magas vérnyomás	Koleszterin	Dohányzás		
				Leszokott	Jelenleg is	Soha
Teljes	41,4%	86,0%	72,3%	33,1%	20,8%	46,1%
Csak kockázat,	74,6%	98,3%	78,0%	17,2%	20,7%	62,1%
tüneti kockázat	39,3%	85,2%	71,9%	34,2%	20,8%	45,0%
Szívinfarktus	38,7%	83,7%	77,5%	37,2%	18,7%	44,2%
Szélütés	38,4%	89,4%	63,3%	30,1%	16,6%	53,3%
Végtagi trombózis	51,3%	87,3%	78,9%	36,5%	26,1%	37,4%