

Krónikus vírushepatitiszek előfordulása és jelentősége a kétezres években

Dr. Makara Mihály

Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet

Szent László Kórház telephely, Központi Felnőtt Szakrendelő

Jelen cikkben a szerző bemutatja a krónikus vírushepatitiszek, mint vérrel átvihető fertőzések jelenleg is fennálló jelentős veszélyeit a kórházak és egyéb egészségügyi ellátóhelyek nozokomiális járványaiban. Magyarországon, akárcsak a világ fejlett országaiban az elmúlt években is számos nozokomiális hepatitis B és hepatitis C járványt írtak le. A higiénés utasítások betartásával, egyszer használatos eszközök, injekciók és infúziók kizárólagos használatával ezek elkerülhetők, így a gyógyításukra fordított tetemes és az egyéb jelentős kapcsolódó kiadások is elkerülhetők.

Occurrence and importance of chronic viral hepatitis in the 21st century. The author describes chronic hepatitis as a blood borne disease which still plays an important role in nosocomial outbreaks in hospitals and in other health care facilities. In Hungary and other countries of the developed world many nosocomial outbreaks of hepatitis B and C occurred. Strict hygiene and single use devices, injections, and infusions can help to prevent these to avoid the huge expenses of treatment and accompanying other costs.

BEVEZETÉS

A különféle felmérések, illetve az Egészségügyi Világszervezet szerint a Földön 170 millió ember fertőződött hepatitisz C-vel (HCV), míg a hepatitisz B (HBV) vírust hordozó emberek száma 350 millió, azaz az a Föld lakosságának összesen kb. 8%-a hordozza valamelyik idült májgyulladást okozó vírust. A Hepatitisz Világszövetség kampányának jelmondata is ezt tükrözi: Te vagy a tizenkettedik? Hazánkban a helyzet jóval kedvezőbb, a lakosság 0,7%-a találkozott a HCV-vel és csak kb. 0,5% hordozza a HBV vírust. Pontos adataink azonban nincsenek, mivel lakosság szintű szűrővizsgálatok az utóbbi tíz évben nem történtek, és a korábbi vizsgálatok mintaszáma viszonylag alacsony volt. A kórházban gyakrabban előforduló idősebb korosztályokban a vírus-hordozók aránya azonban jóval magasabb, nagyjából 3%.

Mindkét vírusfertőzésre jellemző az évtizedeken át tartó lefolyás, mely májzsugorba és végül májrákba torkollik. Mindkét vírus főleg vér útján terjed. A HBV különlegessége, hogy DNS vírus lévén az emberi DNS-sel integrálódni képes, és így az idült fertőzés a szervezetből kiirthatatlan. Szerencsére azonban a HBV ellen régóta létezik védőoltás, 1999 óta a 14, majd a 13 éves korosztályt oltják, és az egészségügyi dolgozók kötelező védőoltása is megoldott.

A VÍRUSHEPATITISZEK VESZÉLYEI A MAI MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN

Terjedés az egészségügyi dolgozóról a betegre

Bár ilyen esetek a világon nagyon kis számban fordultak elő, a magyar törvények az alábbiak szerint rendelkeznek: „A HIV-pozitív, valamint a fertőzőképes krónikus hepatitisz B és hepatitisz C vírus-hordozó egészségügyi dolgozó nem tölthet be olyan munkakört, melyben expozícióra hajlamosító invazív beavatkozásokat végeznek. A fokozott expozíciós kockázattal járó beavatkozásokat és a korlátozás megszüntetésének feltételeit a 2. számú melléklet tartalmazza.” [18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 31. § 4. bekezdés]

„2. számú melléklet a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelethez

1. A HIV pozitív, valamint a polimeráz láncreakcióval (PCR vizsgálattal) pozitívnak talált, az Országos Epidemiológiai Központban (a továbbiakban: OEK) verifikált HBV és HCV fertőzött (vírushordozó) egészségügyi dolgozók által nem végezhető, fokozott expozíciós kockázattal járó beavatkozások:
 - a) testüregben történő sebészi beavatkozások, melyek során a testüregben egyidejűleg van jelen a kéz vagy ujjak, tű és éles eszközök;
 - b) abdominális, kardiotorakális, ortopédiai műtétek;
 - c) szüléslevezetés, császármetszés;
 - d) illesztéssel járó véres traumatológiai műtétek, kiterjedt nagyfokú égési sérülések sebészi ellátása;
 - e) orális, periorális szövetek, fogak kezelése, metszése, eltávolítása, melyek kapcsán vérzés léphet fel.
2. A HBV és HCV fertőzés utáni spontán vagy gyógykezelést követő PCR vizsgálat negatív eredményével igazolt teljes remisszió esetén a korlátozás megszüntethető, amennyiben az OEK egy hónapos időközzel végzett két PCR vizsgálata ismételt negatív eredményt hozott.”

Mint általában, ezt a jogszabályt is hozzá nem értő emberek alkották. Ha az egészségügyi dolgozó olyan kezelésben részesül, mely PCR negativitást garantál, az eltiltás indokolatlan. A HCV esetén a kezelést követő 6 hónapban egyetlen PCR vizsgálattal tisztázható, hogy a dolgozó RNS pozitív vagy negatív; ha a vérben nincs nukleinsav, akkor biztosan kimondható, hogy a beteg gyógyult, nem fertőzőképes, így korlátozás nélkül dolgozhat. HBV esetén viszont az anti-HBs megjelenése garantálja csak a gyógyulást (itt két negatív PCR sem zárja ki egyébként a fertőzés visszatérének esélyét).

Terjedés betegről az egészségügyi személyzetre

A szennyezett tűvel való sérüléskor a vírus átvitelének kockázata 1-3% HCV esetén, míg HBV esetén – oltatlan esetben – egy nagyságrenddel magasabb is lehet. A számok a különböző vizsgálatokban jelentős szórást mutatnak, annak megfelelően, hogy a fertőzést hordozó személy vírusszáma, HBeAg státusa, illetve a sérüléskor átvitt vér mennyisége milyen volt. A HBV esetén fontos lenne az oltások utáni ellenanyag szint meghatározása. Ha ez 10 IU/ml fölött van, akkor a védettség egész életre szól. HCV esetén azonban védőoltás nem áll rendelkezésre, kemoprofilaxis nincs, így a sebellenlétén kívül a sérülés bekövetkezése után nincs lehetőségünk a betegség kialakulásának megelőzésére. Ilyen szempontból fontos tehát az injekciós önvédelmi rendszabályok betartása, illetve a megfelelő műtéti technikák alkalmazása.

Terjedés betegről betegre

A krónikus hepatitisz okozó vírusok terjedése az egészségügyi ellátás során leggyakrabban természetesen a többször felhasznált eszközök útján történt. A CDC (Centers for Disease Control and Prevention) honlapján 2008 és 2012 között összesen 19 HBV járványt közölnek, melyben összesen 173 beteg fertőződött meg, míg több mint 10 ezer személyt kellett szűrni. HCV vonatkozásában 16 járványt, 160 érintett beteget és 90 ezer szűrést gyűjtöttek össze [1]. A járványok között igen gyakori a vércukormérők helytelen használatából adódó infekció, az injekciós oldatok, illetve a többször használatos röntgen-kontrasztanyagok fertőződése, a járványok a műtétes osztályoktól a geriatríai ellátó intézeteken keresztül a fogászatokig számos helyen előfordultak. Hazánkban Malikné Dencs Ágnes 2012-es PhD értekezésében ismertet egy onkológiai osztályon 2007-2008-ban előforduló HCV járványt, mely 12 beteget érintett, egy dialízis központban zajló HCV járványt, mely 11 beteget érintett, továbbá egy 2009-es HBV járványt, mely 8 beteget érintett [2]. A legutóbbi, Gdanskban zajló nozokomiális járvány azon véletlennek köszönhetően került felfedezésre, hogy a fertőzöttek közül három beteg sárgaság miatt ugyanazon kórterembe került felvételre. A betegek jelentették, hogy két hónappal korábban a CT előtti váróban már találkoztak. A vizsgálatok igazolták, hogy az aznapi CT vizsgálatra érkező betegek közül az első krónikus HCV fertőzött volt. Vérével a kontrasztanyagot tartalmazó több adagos infúziós tartály fertőződött. Az aznap ugyanazon kontrasztanyag-infúzióval vizsgált betegek között még 9 fertőzöttet találtak.

A betegekről betegekre történő terjedés során szinte minden esetben igazolható volt az is, hogy a dolgozók tevékenységének higiéniai mulasztásai is szerepet játszottak. Így egyszerre volt jelen a fertőzés átadását lehetővé tevő diagnosztikus vagy terápiás eszköz (mely több beteggel érintkezett egymást követően) és az emberi hiba.

A krónikus májgyulladás okozó vírusok csak kis arányban hoznak létre sárgasággal járó, heveny májgyulladást. Ennek megfelelően bizonyos, hogy a kórházi fertőzések túlnyomó részére nem derül fény soha, vagy csak hosszabb idő elteltével kerülnek felfedezésre.

A KRÓNIKUS HEPATITISZEK BEKÖVETKEZTÉNEK KÖLTSÉGVONZATAI

A HCV okozta heveny májgyulladás csak 20-30%-ban gyógyul spontán, míg HBV esetén az arány attól függ, hogy a fertőzött személy milyen életkorú: csecsemő- és kisgyermekkorban 90%, míg felnőttkorban 10-20% a krónikus forma kialakulásának esélye. A HBV interferon kezelése egy éven át 3 millió forint költséggel jár, sikeraránya 10% körüli, és a betegek nagy része hosszú éveken, évtizedeken át tartó gyógyszeres kezelésre szorul, mely értéke meghaladja az évi 1 millió forintot. A krónikus HCV interferon plusz ribavirin kezelés hatására csak 40-50%-os eséllyel gyógyul, ennek költségvonzata 4-5 millió forint. A nem reagáló betegek hármas kezelésének költsége 10 millió forint feletti, de a gyógyulási arány 60-70%. Ezen költségekhez adódnak a diagnosztika és az ellátórendszer költségei, továbbá a kórházat terhelhetik a perek, illetve az elmarasztaló bírói ítéletek kiadásai is.

MIT TEGYÜNK, MIRE FIGYELJÜNK?

A kórházi fertőzések, illetve járványok megelőzésének letéteményesei a kórházi higiénikusok. Nekik kell biztosítani azt, hogy a betegellátás során mindenki ismerje a vérrel átvihető fertőzések megelőzésének elveit és módszertanát. Lehetőleg soha ne alkalmazzunk olyan eszközöket, melyek több beteg vérével, illetve testváladékával kerülhetnek közvetlen, vagy közvetett kapcsolatba. Az egyszer használatos eszközök, illetve az egyetlen adagot tartalmazó, vagy egyetlen beteghez dedikált injekciós kiszerezések, illetve röntgenkontrasztanyagok kissé drágábbak lehetnek a többször használatos eszközöknél. Tudjuk, hogy spórolni kell, de nem ezeken!

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Centers for Disease Control and Prevention: Healthcare-Associated Hepatitis B and C Outbreaks Reported to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in 2008-2012, <http://www.cdc.gov/hepatitis/outbreaks/healthcarehepoutbreaktable.htm> Letöltve: 2013.08.22.

[2] Malikné Dencs Ágnes: Perzisztens fertőzést okozó hepatitisz vírusok molekuláris vizsgálatai, Doktori (PhD) értekezés, Eötvös Loránd Tudományegyetem Természettudományi Kar Biológia Doktori Iskola, Immunológia doktori program, http://teo.elte.hu/minosites/ertekezés2012/malikne_dencs_a.pdf Letöltve: 2013.08.22.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Makara Mihály orvosi diplomáját 1983-ban „summa cum laude” minősítéssel szerezte meg a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Egyetemi tanulmányai befejezése óta a Fővárosi Szent László Kórház alkalmazásában áll. 1988-ban belgyógyászat, 1991-ben trópusi betegségek szakvizsgát tett.

Előbb osztályos orvos, majd 1992-től adjunktus, 1995 óta főorvos. 1999-től a Központi Felnőtt Szakambulancia vezetője, majd 2000-től szerződéses orvosa. 1996 óta kurátorként vesz részt a Májbetegekért Alapítvány munkájában, melynek elsődleges célja a májbetegségben szenvedők magasabb színvonalú ellátásának segítése. E minőségében minden évben aktívan részt vesz a szakmai protokollok kidolgozásában, aktualizálásában, szűrőprogramok és kongresszusok szervezésében.

Éljen szövődmények nélkül!

„Cukorhíd”: összefogás a cukorbetegség szövődményeinek megelőzéséért

2013. október 17-én a budapesti Szépművészeti Múzeum előtt került sor annak a kockacukorral borított hídnek a felállítására, amely a cukorbeteg, háziorvosok és szakorvosok szoros együttműködésének szükségességét volt hivatott szimbolizálni. Az eseményen jelen volt Prof. Dr. Barkai László, a Magyar Diabetes Társaság (MDT) elnöke, Dr. Hidvégi Tibor, az MDT főttkára és Edukációs Munkacsoportjának vezetőségi tagja, Dr. Oláh Ilona, az MDT Háziorvosi Munkacsoportjának vezetője és Kincses János, a Magyar Cukorbeteg Országos Szövetségének (MACOSZ) elnöke.

A résztvevők beszámoltak a MACOSZ kezdeményezésével létrejött „Éljen szövődmények nélkül!” elnevezésű edukációs programról. A diabétesz sikeres kezelésében és szövődményeinek megelőzésében az egészségügyi ellátórendszer szereplőin túl az érintett betegeknek is komoly feladata van. Ahhoz, hogy a betegek megfelelő módon együttműködjenek, ismerniük kell a betegségüket, és tisztában kell lenniük azzal, hogy miért fontos az életmódra vonatkozó orvosi utasítások a betartása. A program szervezőinek célja egyrészt az edukáció elősegítése, másrészt a betegek, szakorvosok és háziorvosok közötti együttműködés előmozdítása volt.

Mint az a háziorvosok és szakorvosok közreműködésével elvégzett felmérésből kiderült, a kérdőívre válaszoló 1583 páciens több mint háromnegyede érzi úgy, hogy állapota tartós betegség. A betegek egyharmada gondolja úgy, hogy a diabétesz nagy hatással van az életére, de közel ugyanennyien állítják ennek az ellenkezőjét. A válaszadók kétharmada tisztában van azzal, hogy egészségi állapota a saját kezében van, és 15,5% véli úgy, hogy nem áll módjában befolyásolni az állapotát. A felmérésben résztvevők kétharmada szerint a gyógyszeres kezelés megfékezheti betegségét. Ezzel szemben, mint azt Dr. Hidvégi Tibor kifejtette, a cukorbetegek 50-60%-a nem szedi rendszeresen a gyógyszereit. Saját tájékozottságukat tekintve a betegek több mint fele véli úgy, hogy érti a betegségét, és csupán egyötöde állítja, hogy hiányosak az ismeretei ezen a téren. A felmérésből kiderült, hogy a válaszadók több mint egyharmada nem étkezik tudatosan, és nem számolja a napi szénhidrátbevitelét. Ugyanakkora azoknak az aránya, akik semmilyen testmozgást nem végeznek. A megkérdezettek fele egyáltalán nem tudja, hogy a legutóbbi HbA1c mérésének milyen eredménye volt. A felmérésbe bevontak elsőprő többsége (71%) ismeri a hypoglikæmia tüneteit, és tisztában van annak veszélyeivel.

Dr. Oláh Ilona tájékoztatása szerint a Magyar Diabetes Társaság azon megfontolásból hozta létre Háziorvosi Munkacsoportját, hogy elmélyítse az alapellátásban dolgozó kollégák cukorbetegséggel kapcsolatos tudását, és szorosabbra vonja a diabétesz szakellátóhelyek és a háziorvosi praxisok közötti kapcsolatot. A 2-es típusú cukorbeteg ellátása háziorvosi kompetencia, praxisonként kb. 150-200 diabéteszes beteg gondozása zajlik. Ezekkel a betegekkel a háziorvosuk havonta találkozik, míg a szakorvosuk legfeljebb fél évente. Fontos, hogy a háziorvosok kellő időben felismerjék páciensük kezdődő diabéteszét, és módjuk legyen megtenni a szükséges lépéseket a késői súlyos szövődmények kialakulásának megakadályozása érdekében. A kezelés első időszakában a nem gyógyszeres terápia, vagyis az életmód megváltoztatása kap hangsúlyt, amihez nélkülözhetetlen a betegek aktív részvétele. Kincses János mindehhez hozzátette: a betegek legfontosabb feladata a tanulás. A betegek képzésében fontos támogató szerep jut a betegszervezeteknek. Prof. Dr. Barkai László felhívta a figyelmet: a háziorvos kollégáknak célszerű lenne elvégezni a kockázatbecslést azoknál a pácienseknél is, akiknek nincs ismert cukorbetegsége. Végezetül a rendezvényen résztvevő szakértők együttesen keltek át a múzeum tövében felállított jelképes hídon, ezzel is kifejezve, hogy a cukorbetegség előrehaladásának késleltetése és a súlyos szövődmények megelőzése közös feladat.

Munkatársunktól