

COPD – a dohányzás szövődménye

A tüdőt irritáló anyagok belégzése okozza a krónikus obstruktív tüdőbetegség (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) elnevezésű krónikus, gyógyíthatatlan kórt, ezért megelőzésének kulcsa a dohányzási szokások megváltoztatásában, a függők számának csökkentésében van (volna) – állítja Dr. Mucsi János, a Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért Egyesület elnöke.

A COPD-s betegek számát hazánkban jelenleg 500-600 ezerre becsülik a szakemberek, ám mind a prevalencia, mind az incidencia erősen növekvőben van – idézi a negatív adatokat a tüdőgyógyász. Az éveken át belélegzett füst, vegyi gőzök, por idézi elő, – egyeseknél munkahelyi ártalomként, – hogy a légutak beszűkültek, duzzadtak, kóros mennyiségű váladék található bennük, és a kilégzés nehezített vagy gátolt (a kórkép nevében erre utal az obstruktív szó). Ritkábban akár öröklött hajlam is állhat kialakulása mögött, a gyermekkorú érintetteknel a veleszületett cisztás fibrózis (CF) velejárója is ez az állapot – ilyenkor a többi testváladékhoz hasonlóan a hörgőváladék is nagyon sűrű, ami gyakran fertőződik különféle kórokozókval, a hörgők gyulladását idézve elő, és a gyulladt falú, beszűkült hörgőből nem, vagy csak alig tud ürülni. A CF a tüdőtranszplantáció egyik leggyakoribb oka napjainkban.

A COPD-s nyilvántartásokban 181 ezren szerepelnek, Mucsi doktor úgy véli, tehát minden harmadik beteget ismernek és ellátásba vettek a tüdőgondozókban dolgozó orvosok. A kezeltel többsége (55-60%) a közepesen súlyos „kategóriába” tartozik, a további 40-45% viszont kifejezetten súlyos állapotban került orvoshoz, amikor légzési kapacitásának esetleg már több mint felét elvesztette. Sok dohányos ugyanis nem kér orvosi segítséget, mert káros szenvedélye velejárójának tartja, hogy szinte folyamatosan köhög, hogy terhelésre nehezen kap levegőt, hogy olykor szinte fulladás gyötri.

A nikotinfüggők nagy része, állapotának kellemetlen tüneteit – a „valamit valamiért” elv alapján – besorolja az élvezettel járó veszteséglistára. Fogalma sincs róla, hogy bár gyógyíthatatlan betegsége van, de tüneteit – sőt, magát a kórt is –, megfelelő és rendszeres kezeléssel karban lehet tartani. A magas vérnyomáshoz, diabéteszhez hasonlóan ez a krónikus tüdőbetegség is mindennapos, folyamatos gyógyszeres terápiát igényel. Az a szerencsésebb „áldozat” – jegyzi meg a gödöllői tüdőgyógyász, aki egy légúti hurutos fertőzése miatt „betéved” a rendelésre, és a gondos orvosi ellátás részeként, az akut fertőzés elmúltával, légzésfunkciós vizsgálatot is végeznek nála. Ezzel az egyszerű mérés-

sel (spirometria) ugyanis fény derül a panaszok hátterére. Ilyenkor a megfázásnak pozitív következménye, hogy korábban ismerik fel a valódi betegséget, ami a dohányzás szövődménye.

A tíz legfőbb halálok közül ez az egyetlen olyan, amelyiknél a halálozási mutatók egyre romlanak. A statisztikák szerint ugyanis a stroke, a keringési és daganatos betegségek száma csökken. A szaporodó esetszámú asztmába viszont napjainkban „nem illik” belehalni, mert a rendelkezésre álló hatékony gyógyszerekkel a kezelés jó eredményt hoz. A COPD ugyanakkor gyógyíthatatlan, viszont megelőzhető.

Csak le kell tenni a cigarettát. Ehhez hatásos meggyőzés kell, aminek részét jelentik az olyan közösségi események is, mint amilyen legutóbb a Margitszigeti felvilágosító kampány volt. Május 17-én a tüdőgyógyász szakma jeles képviselői és a szűrőprogramok kivitelezésében jártas aszisztenseik arra vállalkoztak, hogy a cikkünkben megfogalmazandó üzeneteket eljuttassák a programon megjelenő érdeklődőkhöz, és felkínálják nekik az ingyenes szűrés lehetőségét, hogy módjuk legyen megismerni adott egészségi állapotukat, szembenézni a tényekkel.

Az ilyen eseményeken szokás megemlíteni a COPD társadalmi veszélyességét. Értelmetlenül veszti életét ugyanis évente tízezernyi ember, akik betegségük miatt korábban éveken át nem jártak be a munkahelyükre, a fulladási rohamok miatt nem tudtak dolgozni, gyakran és sokat voltak kórházban, s éveiket jelentősen romlott életminőségben töltötték. Kiszorultak a munkaerőpiacról, nehéz helyzetbe hozva családjukat is, és eközben gondozásuk súlyos anyagi megterhelést jelentett az egészségügy számára. Egyes dohányosok a lassú, de fokozatos romlás során gyakran értékelik úgy helyzetüket, írják le állapotukat a kezelőorvosnak, hogy jól vannak. „Jól vagyok”, mondja az a beteg, aki jól elvan azzal, hogy semmit nem mozog, nem megy lépcsőn, mert ismerve tüneteit, tudja, hogy erősen köhögne, fulladna. A légzésfunkció romlásával, a normális érték 30%-ával csökkenő egy másodperces erőltetett kilégzés (forced expiratory volume – FEV1) értéknél ez már bekövetkezik, a panaszos fullad. Mucsi doktor utal egy betegére, akinek 40%-os a FEV1 értéke – ezért kíméli magát: nem csinál mást egész nap, mint fekvé tévézni, sörözni és cigarettázni!

Éppen az ilyen magatartásra való tekintettel mondja a Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért Egyesület elnöke, a népegészségügyi szintű betegség visszaszorítását célul tűző, rendkívül elkötelezett „népnevelő” tüdőgyógyász, hogy a COPD kezelés első lépése a leszokás támogatása (figyelem, nem leszoktatásról, hanem az egyéni kezdemé-

nyezés támogatásáról beszél! Megfogalmazása az orvosi attitűdben mutatkozó jelentős hangsúlyeltolódásra utal!

A gond a függőkkel van – teszi hozzá. A dohányosok akár 70-80 százaléka is le tudja (tudná) tenni a cigarettát, amikor jó módszerrel segítik őt ebben. A néhány hetes program végére 30-40% esik vissza, a terápia megkezdését követő első év végére viszont a kezdők ötöde marad csak talpon. Sokan azért esnek vissza, mert a családi, baráti közeg nem alkalmazkodik az egyén kemény küzdelméhez, így az onnan érkező csábító hatás túlzottan erős. Ha nem tanítjuk meg az illetőnek, hogyan kezelje relapszusát, akkor minden lehetséges stresszhelyzetben (nem kell hozzá nagy trauma, elég a mindennapi feszültség) ehhez a „bátorító”, „vigasztaló” anyaghoz fog nyúlni – jellemzi a helyzetet a Szövetség elnöke. Tapasztalatokra hivatkozik, melyek szerint a nikotinfüggés erősebb, mint az alkoholfüggés, szakemberek a heroin-addikcióhoz szokták hasonlítani. (Úgy mondják, hasonlóan erős még az evés/falás-kényszer.) A COPD leggyakrabban olyanoknál alakul ki, akik legalább tíz éven át napi egy doboznyi cigarettát szíváltak el. A betegek többsége idős vagy középkorú (elmúlt 40 éves), legalább tíz éve, és sajnos, jelenleg is dohányzik – ezért köhög és terhelésre fullad. Egyes betegeknél már 30 éves korra kialakul a COPD, s negyven évesen már a súlyosabb forma jelenik meg. Tény, nagy az egyéni érzékenységek jelentősége is, hiszen ismerünk olyan idős embert, aki egész életében keményen dohányzott, mégsem alakult ki nála COPD.

Mit lehetne tenni ennek a népegészségügyi szintű gondnak az orvoslására, teszi fel immár évek óta az egyáltalán nem is költői kérdést Mucsi doktor, és választ is ad rá. Tanácsa mindazoknak szól, akik középkorúak és legalább egy évtizede dohányoznak. Azt javasolja nekik, hogy minden alkalommal, amikor légúti panaszai vannak, forduljanak szakemberhez, menjenek el a tüdőgondozóba, ott ugyanis egyszerű légzésfunkciós vizsgálattal meg lehet állapítani, vagy ki lehet zárni a betegséget. Ha viszont az már kialakult, akkor garantáltan előre fog haladni (progrediál), de ennek üteme – a kezelés segítségével – lassítható.

A tüdőgondozói hálózat, – amely a korábbi évtizedekben korszakos jelentőségű volt a tuberkulózis szűrésében és gondozásában, – ma is érintetlenül létezik. Profiljuk már nem elsősorban a tbc gondozás, az esetszám ritkulásával amúgy is célszerűvé válhat speciális központokban kezelni a betegeket, hiszen a szaktudás nem maradhat meg minden ellátó helyen, ha területükön évente csak 1-2 tbc-s beteg fordul elő. A tapasztalat azt mutatja, ahol a ritkasága miatt „kurióznak” tekintenek egy betegséget, ott nagyobb a hibázási lehetőség az ellátásában. A tüdőgondozói hálózattól az sem várható el, hogy a tüdőszűrésekkel minden tüdőrákot felismerjen. Egyrészt azért, mert a tüdő vetületének csak 60-70%-a látszik a felvételen, és a tumor esetleg nem arra a területre esik, így álnegatív lesz a lelet. Másrészt az évenkénti szűrés túl ritka a gyorsan progrediáló esetekre – első alkalommal a tumor oly kicsi, hogy még nem látszik, egy évvel később viszont esetleg már operálhatatlan méretű.

A tüdőgondozókban a leszokás-támogatásban orvosok és szakdolgozók segítik a betegeket. Mintegy száz helyen az országban már szervezett formában működik a leszokást támogató csoportterápia, illetve az egyéni leszokást támogató szakorvosi rendelés. A cigarettázók többsége szeretné elhagyni ezt a tudottan káros szenvedélyt, ám egyedül ez csak ritkán sikerül, ehhez szakszerű támogatásra van szüksége. A tüdőgondozókban dolgozó orvosok és a leszokást támogató kollégák felkészültek, értenek a feladat megoldásához, sikerre vinnék, ha a megfelelő feltételeket kapnának hozzá.

A programot – az egyénit is – finanszírozza az OEP, ott, ahol csoportos terápia is zajlik. Csak az infrastruktúrával van baj. A példa így hangzik: Gödöllő és vonzáskörzetének mintegy 140 ezer lakosához hozzá lehet venni a környező kisebb-nagyobb településeket (Vác, Aszód, Monor, sőt olyan budapesti peremkerületeket, amelyekhez a gödöllői tüdőgondozó van a legközelebb) – ám a szakorvos rendelkezésére álló heti 4 órában csak 8-10 beteget tud ellátni, akik 6 alkalommal jönnek hozzá vissza. Bár az orvosi ellátás ingyenes, de a hozzáférés nagyon is véges. Ezért is fontos érdek a tüdőgondozók megmaradása – és a rákszűrés központokba terelődésével – a gondozók feladatává lehetne tenni az olyan népegészségügyi súlyú kérdést jelentő speciális ellátásokat, mint amilyen a COPD és az asztma, illetve a leszokás-támogatás. Ideális esetben a háziorvos – kikérdezve a nála megjelenő betegét – a „krónikus” dohányosokat légzésfunkciós vizsgálatra továbbküldhetné a gondozóba, – hogy ne 30-40%-os légzéskapacitás mellett kerüljön végül szakorvos elé a beteg.

A jelen helyzeten sokat lendítene egy – az OEP hatáskörébe tartozó – másik megoldás is, nevezetesen, ha a leszokás könnyítését segítő gyógyszert támogatnák. Legalább olyan mértékben, hogy annak havi adagja – a leszokni kívánó beteg számára – ne legyen drágább, mint a havonta elszívott sodort cigaretta ára. Megoldást hozhatna, ha a leszokás támogató programban – rövid továbbképzés után – részt vehetnének nyugdíjas orvosok is, hiszen olyanokra nem tüdőgyógyászati feladatról van szó, hogy a kompetencia táblában a pszichiátriai szakma felelős a kód karbantartásáért. Az országos lefedettséggel működő hálózat (az országban 145 tüdőgondozó intézet, Budapesten 22 szakrendelő van) megoldást hozhatna a leszokás nehézségeire. Ugyanakkor a dohányosok tüdőszűrése továbbra is nagyon fontos, mert van rá esély, hogy időben felismerik a tüdőrákok egy részét, és ha a tüdőszűréshez légzésfunkciós szűrés is társul, akkor a COPD-t is. Ami a légzésfunkciós vizsgálatot illeti, annál a dohányosnál, akinél első alkalommal nem mutatott csökkent értéket, a következőben elég 2-5 évente elvégezni a mérést.

A Szövetség a Dohányzás Visszaszorításáért Egyesület elnökének további javaslata az, hogy a személyi jövedelemadó 1%-a felajánlható legyen a dohányzás visszaszorítására, a megelőzés kampányára, a dohánytermékeken lévő adóbevételek 1%-át a kormányzat adja a leszokás támogató programok fenntartására. Másképpen fogalmazva, ha

emelik a cigaretta árát, az adónövelésre tegyenek plusz 1%-ot, amiből részesedhetne a program. Úgy véli, eredményt hozna az is, ha csak az a beteg kapná ingyenesen, vagy jelentős támogatással a leszokást segítő gyógyszert, aki eljön a rendelésre, és ha csak a leszokást támogató képzésen részt vett. A gyógyszert, a tüdőgondozóban vagy tüdőgyógyászati szakrendelésen működő, leszokást támogató programban dolgozó orvosok írhatnák fel. A leszokást támogató gyógyszereknek ugyanis van mellékhatásuk, s ha erre nem figyelmeztetik az egyént, akkor esetleg felhagy a szedésével. A részletes magyarázat és figyelmeztetés esetén talán csak minden harmincadik beteg hagyja abba, míg különben nagyjából minden harmadik.

A COPD visszaszorulna, ha többen szoknának le a cigarettáról – ismételjük meg a fő üzenetet, és itt be is fejezhetnénk a beszélgetést Dr. Mucsi Jánossal, ám ő ekkor megemlíti egy július elsejétől érvénybe lépő rendelkezést, amely kedvezőtlenül érintheti ezt a betegcsoportot. Arról van szó, hogy bevonják a fix támogatási körbe a súlyos asztmás és COPD-s betegek kezelésére szolgáló kombinációs inhalációs gyógyszereket (gyógyszer-adagoló eszközöket). Az utóbbi időben ugyanis egy olcsóbb, ámde a legkevésbé korszerű inhalációs eszköz forgalma elérte a piaci részesedés 5%-át, és a gyógyszer ártámogatásának mértékét ennek a készítménynek az ára szerint állítja be az egészségbiztosító. Ezért a betegek által megszokott, jól bevált, az olcsóbb eszköznél sokkal egyszerűbben és kényelmesebben használható inhalációs gyógyszerekhez jelentősen drágábban tudnak majd hozzájutni az érintett betegek, mivel megszokott szerük elveszíti az OEP támogatás jelentős részét. Persze az is lehetséges, hogy ez csak átmeneti hatás lesz, mert a gyártó a korszerűbb a készítménynek is csökkenti majd az árát, hogy a piacon maradjon. Ez az átlás mintegy százezer beteget fog érinteni, mondja a tüdőgyógyász.

A zavart növeli, hogy a fixesítést szinte véletlenszerűen lehetett megtudni, a beteg pedig úgy fog szembesülni vele, hogy amikor megy a patikába kiváltani eszközét, ott megtudja, 1600 Ft helyett 4200-at kell fizetnie. Nincs pénze, nem váltja ki. Mondják, van olcsóbb, de igaz, hogy a vényre felírt

nem helyettesíthető mással. Megy vissza a háziorvosához, aki viszont a tüdőgyógyász javaslata alapján írhat csak fel, magától nem változtathatja meg a vényt. A beteg jön vissza a szakorvosi ellátójához, s folytatódik a dilemma – hogyan is lehet betanítás nélkül átirányítani a beteget más szerre, – ráadásul mindez júliusban, a nyári szabadságok idején fog bekövetkezni.

A súlyos COPD-seknek egyéb társbetegségeik is vannak. Egy részük idős, nehezen tudja megtanulni az új eszköz használatát, ami ráadásul lényegesen több lépésből áll, bonyolultabb. Közben folyamatosan monitorozni kell, hogy jól szívta-e be a tüdejébe a hatóanyagot. A fixesítés hátránya került szerek helyes használatának betanításához a tüdőgyógyászok praktikus gyakorló eszközökkel rendelkeznek, amelyeknél a gyógyszerek használatához optimális belégzési technikát (a megfelelő alkalmazását) egy beépített hangjelzés mutatja. A mintegy két évtizede a piacon lévő eszközökben adagolódik a hatóanyag, és nem a betegnek kell bekészítenie, kilyukasztani az adagoló csíkot, hogy a por a gyújtótérbe kerüljön.

A fix támogatás bevezetése egy egyszerűbb eszközt hoz helyzetbe, amelynek a gyártója nem ad oktatási anyagot, nem biztosít a betanításhoz eszközt. Pedig a betegeknek egyszerűen használható, modern eszközökre van szükségük ahhoz, hogy helyesen lélegezzék be az életmentő gyógyszereiket. Az inhalációs eszközök alkalmazására ugyanis meg kell tanítani a beteget, be kell gyakorolnia, amíg készség szinten rutinná nem válik nála a használata.

A fent említett probléma akkor volna elkerülhető – ironizálunk –, ha a visszaszorulna a dohányzás, és a jövőben kevesebb lenne a COPD-s beteg. Ameddig ez nem történik meg, addig viszont a szabályozásnak és a finanszírozónak azt kell elősegítenie, hogy a lehető legkorszerűbb készítmények a legegyszerűbb módon juthassanak el a rászoruló, jól tájékozott betegekhez. A korszerűbb és hatékonyabb gyógyszerek – a COPD-sek esetén – abban hoznak újat, hogy enyhítik a betegek éjszakai és hajnali tüneteit, azaz a korábbi szerekkel ellentétben, megnyugtató megoldást hozva biztosítják a betegek éjszakai nyugalomát

Fazekas Erzsébet

NÉVJEGY



Dr. Mucsi János 1986-ban szerzett diplomát a Szegedi Orvostudományi Egyetemen, majd itt az Egyetem Gyermekklinikáján 1983-ban, Gyurkovits Kálmán professzor szárnyai alatt kezdett foglalkozni a légúti betegségekkel. Első munkahelye, a tapolcai kórház Barlang-terápiás Részlegén leginkább az asztmás és COPD-s betegek gyógyításával foglalkozott. Tüdőgyógyászati tanul-

mányait a mosdói Tüdő- és Szív-kórházban, illetve a Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikáján folytatta. 2006 óta dolgozik Gödöllőn. A helyi tüdőbeteg-gondozóban a környék mintegy 120 000 lakosa számára biztosítják az állami egészségügyi ellátás keretében a tüdőgyógyászati háttérrel. A dohányfüst visszaszorítását kiemelkedő jelentőségűnek tartja a légúti betegségek kezelése és megelőzése szempontjából is. 3 éve irányítja a Gödöllői Dohányzásmegelőzési Programot.