

## **A COPD – egy aluldiagnosztizált népbetegség. Program a betegség jobb megismeréséért és ellátásáért**

Dr. Kovács Gábor, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

A COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), magyarul az idült hörgőszűkületes légúti megbetegedés igazi népbetegség. Világszerte mintegy 600 millió, hazánkban hatszázezer ember él ezzel a betegséggel. Jelenleg a 4. halál oka tényező a fejlett világban, de 2020-ra előretör a 3. pozícióba. Világjelenség, hogy a betegség aluldiagnosztizált. A betegek 50-70 százalékát nem ismerik fel, így nem részesülhetnek megfelelő kezelésben sem, holott a korai stádiumban alkalmazott komplex terápia lehet eredményes. A WHO megállapítása szerint az elkövetkező években a fejlett országokban a krónikus betegségek, így a COPD társadalmi terhe növekszik. A COPD esetében is új stratégiára van szükség. ennek érdekében Magyarországon is a COPD ellátásának a komplex fejlesztése is széleskörű egészségügyi és társadalmi együttműködést kíván. Az átfogó cél az, hogy elérjük a COPD teljesebb körű felismerését, nyilvántartását és hatékonyabb kezelését. Mindennek érdekében a szakma olyan programot készített elő, amely részletes intézkedéseket javasol a kitűzött eredményességi mutatók elérésének érdekében. Ezek közül kiemelt a szakmai irányelv és az ezen alapuló finanszírozási protokoll mielőbbi kihirdetését, a tüdőgyógyászati és a háziorvosi szakmák tevékenységének harmonizálását a COPD területén, TAJ alapú COPD regiszter szervezését, a rizikócsoportos szűrővizsgálatokat, a dohányzás visszaszorításának kiterjesztését és a lakossági kommunikációt, a beteg edukációt javítását.

*The COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), is a real public health concern nowadays. Worldwide 600 million, in Hungary 600 thousand people live together with this illness. It's the 4th most frequent cause of death in the developed world, but in 2020 it is supposed to become the 3rd. This illness is worldwide underdiagnosed. 50 to 70 % of patients are not recognized, so no adequate treatment is given to this population, despite the fact that only early treatment can be efficient. According to WHO, the societal burden of chronic illnesses – as well as that of COPD, – will be growing in developed countries. We need new strategies for COPD, so the complex development of COPD treatment in Hungary is necessary. Our global aim is that COPD should be recognized and recorded as broadly as possible, and treated more efficiently. For that purpose, professionals prepared a programme that suggests detailed interventions to achieve set efficiency targets. Among these measures, author highlights the establishment of clinical guideline and on its base the finan-*

*cing protocol of the Health Insurance Found, the harmonizing of the activity of pulmonologist's and general practitioners' in the treatment of COPD, the setting up of a patient register based on identification number, the screening of risk groups, suppressing smoking, the improvement of the communication towards the population, the patient education.*

### **BEVEZETÉS**

Ha végigsétálunk Budapesten, a nagykörúton, és véletlenszerűen megkérdezzük száz embert, hogy mi a COPD, akkor alig tíz ember tud erre valamilyen elfogadható választ adni. Ugyanakkor a diabétesz, vagy a hipertónia elnevezések, s a nevek mögött rejlő betegségek általánosabban ismertek. Pedig korunk egyik népbetegségéről van szó, amely Magyarországon is több mint félmillió embert érint. A COPD mozaikszó, a betegség angol elnevezésének kezdőbetűiből alkották meg (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), ami magyarul idült hörgőszűkülettel járó légzőszervi megbetegedést jelent. A betegség definíciószerűen leegyszerűsítve visszafordíthatatlan hörgőszűkülettel (irreverzibilis bronchiális obstrukcióval) és a tüdő állományának pusztulásával járó progresszív kórkép. Vezető tünete a két egymást követő évben jelentkező és évente legalább három hónapig tartó produktív köhögés. Jellemző tünetei a köhögés mellett a betegség előrehaladtával fokozódó nehézlégzés és gyengeség. Gyakoriak az egyre súlyosbodó fellángolások, az exacerbációk, amelyek rendszerint kórházi ellátást igényelnek.

A COPD gyakoriságát illetően különböző nemzetközi és hazai epidemiológiai vizsgálatok adataira támaszkodhatunk. Évente mintegy 2,2 millióan halhatnak meg világszerte ebben a betegségben. Jelenleg a 4. halál oka tényező a fejlett országokban, s a WHO prognózisa alapján 2020-ra előretör a 3. pozícióba. Prevalenciája, vagyis az összes beteg aránya 4-9% között lehet, de egyes vizsgálatok szerint elérheti a lakosság 9-10%-át is. Mindezek alapján a világon mintegy hatszáz millió COPD-s beteg élhet, ami azt jelenti, hogy a második leggyakoribb kórkép a morbiditást illetően. Magyarországon, – ismerve a dohányzási szokásainkat, – szerény becslések alapján is eléri a betegek száma a hatszázezret. Ezt támasztják alá a korábbi részleges epidemiológiai tanulmányok is. Világjelenség – és ez alól hazánk sem kivétel – hogy a COPD-s betegek jelentős hányadában, – 50-70%-ban még nem ismerték fel a betegséget. Ezt igazolják a magyar epidemiológiai adatok is, hiszen a tüdőgyógyászati hálózat éves adatgyűjtése alapján 2013-ban 180 ezer COPD-s betegről tudunk. Emellett még mintegy ötven-

százezer beteg lehet a háziorvosi, illetve belgyógyászati ellátás keretein belül, főképpen kardiovaszkuláris társbetegségek miatti gondozás alatt. Félő, hogy ezek a betegek elkerülve a tüdőgyógyászati szakrendeléseket, korrektdiagnózis és terápia beállítás nélkül élnek. Az enyhébb stádiumú betegek nem mennek terhelésre jelentkező panaszaiikkal orvoshoz, úgy gondolják, hogy a kezdeti fáradékonyság, nehézlégzés, köhögéses tünetek banálisak, és egyszerűen csak a korral, vagy túlsúlyukkal, edzetlenségükkel magyarázhatók. Sajnos az is elképzelhető, hogy a beteg jelentkezik, de éppen a kezelőorvosa nem gondol COPD-re. Mindez azt bizonyítja, hogy a betegség aluldiagnosztizált. Pedig éppen az enyhe, vagy középsúlyos stádium esetén alkalmazott gyógyszeres terápia és életmód változtatás lenne valóban eredményes. A súlyosabb stádiumban már csak tüneti kezelésekről beszélhetünk.

A COPD a legújabb szakmai megközelítés szerint alacsony intenzitású krónikus gyulladás, amely nem csupán a légzőszervet, hanem több szervet is érint. A bronchiális és pulmonális eltérések mellett vázizom rendszeri elváltozások, testsúlyvesztés, kardiovaszkuláris eltérések, metabolikus tünetek, osteoporózis, depresszió jelentkeznek. Valójában az egész szervezet gyulladással állapotáról beszélhetünk, amit finom laboratóriumi paraméterek is igazolnak. „Több szervi manifesztáció, vagy több szervet is érintő szövődmények”, ennek az eldöntése teoretikus kérdés, nem változtat azon, hogy összetett kórképpel állunk szemben. A COPD szisztémás megjelenésére utal, hogy enyhe és középsúlyos formájában a FEV<sub>1</sub>, vagyis a forszírozott kilégzési volumen tíz százalékos csökkenése a kardiovaszkuláris mortalitás 28 %-os, a nem fatális kimenetelű koszorúér események 20 %-os emelkedését váltotta ki.

## ÚJ STRATÉGIAI MEGKÖZELÍTÉS

A WHO megállapítása szerint az elkövetkező években-évtizedekben a fejlett országokban a javuló életkilátások, az emelkedő átlagos életkor miatt a krónikus betegségek társadalmi terhe növekszik. Megemelkedik a hosszú és költséges gyógyszeres kezelések aránya és időtartama, emelkedik a fekvőbeteg intézmények terhelése az egyes betegségek fellángolásai miatt, emelkedik a rokkantak aránya, az idő előtti nyugdíjak száma. A gyors halált okozó betegségek, így pl. a szívinfarktus, az agyvérzés, az infekciók gyógyulási eredményei javulnak, ami szintén emelni fogja az idült betegséggel élők számarányát. A koronária betegségek halálozása 1980 és 2000 között az USA-ban 40 %-al csökkent (jellemző, hogy ennek a javulásnak csak a 40 %-a írható a javuló egészségügyi ellátás javára, a maradék 60 % az életmód változások eredménye). Hasonló eredményekről számolnak be más fejlett országok, így Finnország, Hollandia, az Egyesült Királyság kutatói is. Mindezek alapján érthető, hogy a krónikus megbetegedések, így a COPD esetében is új stratégiára van szükség. A hangsúlyt a megelőzésre, a korai felismerésre kell áthelyezni. Krónikus betegségmegelőzési programokra van szükség, szakmaközi együttműködésen alapuló integrált ellátási modelleket kell felállítani.

désen alapuló integrált ellátási modelleket kell felállítani.

Nálunk is van erre szándék. Munkacsoport alakult a COPD szervezési irányelvének a kidolgozása érdekében. A szakmai irányelvek mellett meg kell határozni a szükséges betegutakat és az ehhez kapcsolódó ellátási szinteket. A COPD tipikusan olyan betegség, amely az egészségügyi ellátás szinte egész szerkezetét érinti. Ellátási szervezési irányelve példája lehet más idült betegségek ellátási modelljének. Egyidejűleg vertikális és horizontális ellátási szintek mentén szervezendő az ellátása. A vertikális tengely legalsó, de legszélesebb és nagy jelentőségű fokán a betegségmegelőzés áll, amely magába foglalja a primer prevenciót, vagyis a lakosság tájékoztatását, a dohányzás visszaszorítását. A szekunder prevenció a COPD szűrése lenne. Jelenleg nincs nemzetközi evidencia a szűrővizsgálatokat illetően, de általánosan elfogadott, hogy a rizikócsoportot jelentő 40 éven felüli dohányzók esetében, ha valamilyen tünet is észlelhető, akkor indokolt a légzésfunkciós vizsgálat. Lényegében a már meglévő tünetek értékelése is ide sorolható, hiszen a korai felismerést jelentheti. Ezen a fokon a vezető szerep a háziorvosoké. Ők ismerik a hozzájuk tartozó lakosságot, a dohányzásukat, illetve kezdeti tüneteiket. A korrektdiagnózis és a terápia beállítása áll a következő fokon. Ez már speciális, szakorvosi feladat. A terápiahűség, a beteg adherencia azonban már ismét a háziorvos kezében van. Neki van elsősorban lehetősége és eszköze arra, hogy figyelemmel kísérje a beteg együttműködését, rendszeres megjelenését a vényekért. A vertikális tengelyen tovább haladva következik a rehabilitáció, amely feladatot ad a szakorvos mellett a rehabilitációs szakembereknek, a gyógytornászoknak, de mellettük ismét a háziorvosnak, hiszen ő kérheti számon az otthon végzett munkát. Ennek a tengelynek további szakaszán van a tüdőgyógyászati fekvőbeteg ellátás és ezek non-invazív lélegeztetési részlegei. A COPD részjelenségei a fellángolások, az exacerbációk. A betegség súlyosabb stádiumában ilyen állapotban sor kerülhet non-invazív, vagy intenzív osztályos invazív gépi lélegeztetésre. Az ellátás horizontális tengelyén a társbetegségek, a szövődmények következtében szükséges konzíliumok, társzakmák képviselői szerepelnek. Így többek között a belgyógyászat, a kardiológia, az endokrinológia, az infektológia képviselői, de nem kevésbé jelentős a pszichiáterek szerepe sem. A COPD-s betegek fele ugyanis a depresszió klinikai szempontból szignifikáns mértékű tüneteivel küzd. A betegek ötödénél a tünetek súlyossága eléri a major depresszió, illetve major dysthymia szintjét. Mindez rosszabb terápiás együttműködéshez vezet, romlik a beteg életminősége, romlik a fizikai teljesítménye, kevésbé mozog majd, súlyosabb rokkantság alakul ki, ami növeli a mortalitást.

## HAZAI PROGRAM A COPD KOMPLEX ELLÁTÁSÁRA

Magyarországon is, mint más fejlett országokban a COPD ellátásának a komplex fejlesztése széleskörű egészségügyi szakmai és társadalmi együttműködést kíván. Ennek érdekében megfelelő szakmai programra van szükség.

ség. Az átfogó cél az, hogy rövid és középtávon elérjük a COPD teljesebb körű felismerését, nyilvántartását, hatékonyabb kezelését és gondozását. Hosszabb távon a cél a mortalitás csökkentése lehet. A részletesebb célokat az alábbiak szerint fogalmazhatjuk meg:

- A COPD lakossági ismertségének a javítása, népbetegség jellegének bemutatása.
- A legfontosabb kockázati, etiológiai tényezőknek, a dohányzásnak a visszaszorítása.
- Teljesebb körű felkutatás és nyilvántartás
- A lakosság hozzáféréseinek javítása a korszerű diagnosztikai eljárásokhoz.
- A COPD kezelés eredményességének és minőségének javítása, a felismert betegség komplex ellátása
- A tüdőgyógyászati és háziorvosi szakmák együttműködésének a harmonizálása.
- A COPD interdiszciplináris jelentőségének határozottabb megjelenítése az érintett társszakmák bevonásával.

Mindezen célok elérése révén olyan eredményességi mutatókat kell elérni már középtávon, 2020-ig, amely képes bizonyítani a program hatásosságát. Ezek között a mutatók között a legfontosabb az, hogy a tüdőgyógyászati szakma által nyilvántartott COPD-s betegek száma, vagyis az ismert prevalencia érje el a feltételezhető összes beteg 50 %-át, vagyis emelkedjen 300 ezerre. Ennek érdekében a szakmai irányelveknek megfelelően diagnosztizált újonnan megismert COPD-s betegek száma egy adott évben a jelenlegi 15 ezerről emelkedjen 20 ezer fölé. Értjük el, hogy a megfelelően együttműködő, adherens betegek aránya a jelenlegi kb. 40 %-ról emelkedjen 60 %-ra. Ezzel elérhetjük azt, hogy csökkenjen a heveny fellángolások, az exacerbációk és a kórházi beutalások száma. A dohányzás leszokás támogatás szolgáltatásainak az országos elterjesztésével el kell érni azt, hogy mind több dohányzó COPD-s beteg szokjon le. A dohányzó betegek aránya csökkenjen le a jelenlegi 40%-ról 30% alá. A COPD mortalitási mutatójának a kedvező alakulására csak hosszabb távon számíthatunk.

A program olyan intézkedéseket javasol, amelyekkel a kitűzött célok és a kívánt mutatószámok reálisan elérhetők. Ezek a legfontosabb intézkedések a következők:

- Mielőbb el kell érni a COPD szakmai irányelv kihirdetését. A tüdőgyógyászati szakma az érintett társszakmákkal együttműködve a GOLD nemzetközi irányelv evidenciái alapján az elmúlt évben elkészítette az irányelv szövegét. Most már csak a hatóságon múlik annak kihirdetése.
- A szakmai irányelv alapján, a finanszírozó és a szakma párbeszéde alapján el kell készíteni a COPD finanszírozási protokollját, amely hosszabb távon is rögzítheti a finanszírozás elveit. Az új irányelveknek megfelelően módosítani szükséges a jelenlegi jogszabályi eü. pontokat is. Ez megkönnyítheti a közeljövőben kihirdetésre váró innovatív új gyógyszerek befogadását.
- Örömmel tapasztalhattuk ebben az évben, hogy az egyik legfontosabb célkitűzésünk, a háziorvosi szakma erőteljesebb integrálása a COPD ellátásába határozott sikert

könyvelhet el. Ez év júliusától ugyanis bekerült a COPD a háziorvosi indikátorok közé. Ezzel elérhetjük, hogy a COPD ellátásában kiemelt szerepet betöltő háziorvosok a szakmai érvek mellett anyagi ösztönzést kapjanak a betegek jobb menedzseléséért. Az indikátor rendszer megteremtése természetesen csupán az első lépés ezen az úton. Az, hogy évente egy alkalommal jelenjen meg a beteg a tüdőgyógyász szakorvosnál és történjen meg egy légzésfunkciós vizsgálat a korrektt stádium besorolás, illetve átsorolás alapja. Ez a feltétele ugyanis a megfelelő terápiás beállításnak. Az indikátor másik eleme az, hogy a megelőző 12 hónapban legalább 3 alkalommal váltsa is ki a beteg a felírt COPD-s gyógyszerét a terápiahűség célját szolgálja. Lehet, többen fanyalognak amiatt, hogy három hónap elegendő ehhez. Másféppen látnák ennek a jelentőségét, ha tudnák, hogy a COPD-s betegek többsége csak egy-két havi gyógyszert vált ki. A háziorvosok szerepe jelentős abban, hogy figyelmeztessék a betegeket, ha nem jelentek meg a soron következő vényekért. Láthatják az OEP rendszeréből, ha a beteg nem váltja ki az esedékes gyógyszereit. Mindez a háziorvos és a szakorvos együttműködését hangsúlyozza ki.

- Ma már elengedhetetlen, hogy az OEP és a tüdőgyógyász szakma együttműködésével megalkossuk a TAJ alapú és surveillance jellegű beteg regisztert. Egy ilyen regiszter segítségével pontos képet kaphatunk az epidemiológiai helyzetről nem csak országosan, de megyei, vagy akár települési szinten is. Követhetjük a betegek stádiumát, terápiás beállítását, mi több a betegek együttműködését. Minőségi mutatók segítségével értékelni lehet a szakmai munkát, be lehet avatkozni ott, ahol ez indokolt. Egy ilyen regiszter segítség a szakmának, de segítség a finanszírozónak is, hiszen ellenőrizhető a vénykiváltási hajlandóság, amelynek alapján a jövőben akár a finanszírozás, a támogatás mértéke is változtatható éppen a jobb terápiahűség motiválása érdekében. Nyilván egy ilyen regiszter megalkotásának jogszabályi és adatvédelmi feltételei vannak, de ezt a munkát mielőbb el kell kezdeni.
- A háziorvosi szakmával együttműködve ki kell alakítani és mind szélesebb körben meg kell szervezni a COPD kérdőíves, rizikóalapú szűrővizsgálatait. Tüdőgyógyászként azt sem tartom eretnecségnek, ha az arra vállalkozó háziorvosok rendelkeznének egyszerűbb légzésfunkciós eszközzel, s csak a valóban COPD gyanús egyéneket irányítanák a tüdőgyógyászati szakrendelésekre. A COPD kórisméjének a felállítása ugyanis összetettebb vizsgálatot igényel, mint egy egyszerű légzésfunkció, de megfelelő előszűrést végezhet a háziorvos is. A szűrőprogramba bevonhatók a társszakmák is. Érdemes lenne a többszakmás kórházakban a belgyógyászati, illetve kardiológiai osztályok betegek körében is gondolni a COPD-re, s elvégezni az egyszerű rizikószűrést, majd indokolt esetben javasolni a tüdőgyógyászati kivizsgálást.
- Ismert, hogy a COPD-s betegek 80%-a dohányzik, vagy dohányzott rendszeresen. Az enyhébb stádiumú betegek 55-75%-a, a súlyos betegek 40 %-a azonban a be-

tegség felismerését követően is tartósan dohányzik, ugyanakkor dohányzás abbahagyása a leghatásosabb terápiája a betegségnek. A dohányzók funkcióvesztése kétszeresen a nemdohányzókénak, vagyis felgyorsítja a COPD progresszióját. Tovább kell szélesíteni a dohányzás leszkási szakrendelések hálózatát az országban. Jelenleg 86 tüdőgondozóban érhető el evidencia alapú, szakmailag korrekt leszkás támogatás. Ezek a leszkási pontok egyelőre pályázati forrás segítségével működnek. El kell érni a finanszírozás eszközeivel azt, hogy a pályázati források elapadását követően ne sorvadjanak el ezek a szolgáltatások. Példáan támogatta a kormányzat az elmúlt években a dohányzás visszaszorítását. Tiltó jogszabályok, árpolitika és a leszkás támogatás finanszírozása jelezte ezt a szándékot. A jövőben tovább kell menni ezen az úton, s különböző eszközökkel kell motiválni a dohányosokat a leszkásra. Szóba kerülhet a dohányzó COPD-s betegek esetében a megfelelően igazolt leszkási kísérlet pozitív szerepe a COPD-s gyógyszerek ártámogatásánál.

- A tüdőgyógyászati szakmának a saját eszközeivel el kell érnie azt, hogy az országban egyenletesen jó minőségű legyen a légzésfunkciós vizsgálatok végzése. Ehhez a megfelelő eszközpark rendelkezésre áll. Ennek kalibrálása, a szakasszisztensek képzése, az orvos továbbképzés feltétel a megfelelő minőségbiztosítás elérése

érdekeiben. Ez biztosíthatja a lakosság számára az egyenletes hozzáférést a diagnosztikai lehetőségekhez.

- Nem lehet figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy a lakosság egészség tudatossága, iskolázottsága is meghatározza a betegség kimenetelét. Ezzel szoros összefüggésben van a korai tünetek értékelése, a terápiahűség, a dohányzás. Nagyon fontos, hogy különböző csatornákon és különböző módokon hatékony lakossági felvilágosítás és betegoktatás történjen. A szakmának és a médiumoknak, az írott és elektronikus sajtónak, a különböző internetes felületeknek összehangoltan kell informálni a lakosságot a COPD-ről, a megelőzés lehetőségeiről, a korai tünetekről, a folyamatos gyógyszeres kezelés jelentőségéről. Nem csak a COPD esetében fontos az életmódváltás, a dohányzás abbahagyása, a mozgás, az életkornak és fizikai állapotnak megfelelő mozgások rendszeres végzése.

Azzal kezdtem az írást, hogy ma a lakosság nagy része nem ismeri a COPD-t, nincs tisztában a betegség jelentőségével. A COPD program legnagyobb eredménye az lenne, ha öt-tíz év elteltével ez megváltozna és a COPD idegen elnevezése ellenére beépülne az emberek ismereteibe. Az egészségesek életmódjukkal igyekeznének elkerülni azt, a betegek pedig jobban együttműködnének és ismernék a reális lehetőségeiket.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016. [www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/147729/wdne\\_NCDs](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/147729/wdne_NCDs)
- [2] A krónikus obstruktív légúti betegség diagnózisa és kezelése. A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlása. Eü. Közlöny. 2009;21:3661-92.
- [3] Böszörményi nagy Gy., Csoma Zs., Gaudi I. és mtsa.: A pulmonológiai hálózat 2013 évi epidemiológiai és működési adatai. Korányi Bulletin. 2014:1.
- [4] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Revised 2011 [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)
- [5] Global status report on noncommunicable diseases 2010 WHO: [www.who.int/nmh/publications/ncd](http://www.who.int/nmh/publications/ncd)
- [6] Somfay A.: Pulmonológia a háziorvosi gyakorlatban. Springmed Kiadó, Budapest 2013.
- [7] Soriano JB, Visick GT, Muellerova H. és mtsa.: Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. Chest 2005;128(4):2099-107.
- [8] Tonnesen P.: Smoking cessation and COPD. Eur Resp J. 2013;22:37-43.
- [9] Varga J.: COPD. Háziorvosi Továbbképző Szemle. 2013; XV(1):2-6.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Dr. Kovács Gábor** tüdőgyógyászati, belgyógyászati és klinikai onkológiai szakképesítéssel rendelkezik. 1978 óta, – rövid kitérőtől eltekintve – az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet munkatársa, jelenleg főigazga-

tója. A Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászati Tagozatának és a Magyar Tüdőgyógyász Társaságnak az elnöke. Legfontosabb érdeklődési területe a tüdőgyógyászati prevenció, a szűrővizsgálatok és a dohányzás visszaszorításának a kérdései. E témákban számos könyve, könyv fejezete és közleménye jelent meg.