

Aktuális változások az idült légúti betegségek alapellátási és diagnosztikai ellátásában

Prof. Dr. Horváth Ildikó, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

Az idült légúti megbetegedések, így az asztma és a COPD komoly népegészségügyi kihívást jelentenek világszerte. A beteg-központú, koordinált-integrált ellátás érdekében az alapellátásnak meghatározó szerepe van a betegség megelőzésében, korai felismerésében és a tüdőgyógyással közösen a betegek állapotának megfelelő kezelése és a gondozás elvégzésében. A nemzetközi és hazai aktualitások tükrében kerül ez a népegészségügyileg fontos terület áttekintésre.

Chronic obstructive airway diseases including asthma and COPD represent a major public health challenge worldwide. Primary care plays an important role in the patient-centred, coordinated-integrated health care delivery to these patients. Disease prevention, early detection and chronic care in close cooperation with pulmonologist are the key areas in which actual changes happen. The current paper gives a summary of these areas concentrating to the current situation in Hungary.

BEVEZETÉS, CÉLKITŰZÉSEK

A krónikus megbetegedések, az időskedés és az ezzel egyre szembeszökőbben jelentkező multimorbiditás világszerte komoly társadalmi kihívást jelent és próbára teszi az egészségügyi ellátórendszereket. Az Európai Tüdőgyógyász Társaság „Lung White Book”-ja alapján a 40 év feletiek 5-10%-a szenved a betegségben, és a COPD mortalitásának növekedése várható a következő évtizedben [1]. Az idült légzőszervi megbetegedéseket a kardiovaszkuláris és onkológiai megbetegedések mellé helyezi a nem fertőző betegségek visszaszorítására készített és az ENSZ tagállamok által aláírt stratégiai dokumentumban [2]. A tagállamok célul tűzték ki a nem fertőző betegségek által okozott halálozás 25%-os csökkenését 2025-re. E betegségek hátterében közös rizikófaktorok azonosíthatók, olyan életmódbeli jellemzők, mint a dohányzás, egészségtelen étrend, fizikai mozgás hiánya. A stratégiai dokumentum a megelőzés, korai diagnózis, megfelelő egészségügyi ellátás, alapvető gyógyszerekhez való hozzáférés területeket fogalmazza meg prioritásként. Miután hazánk elkötelezettségét fejezte ki e célok megvalósításáért, ez is indokolja a pontos helyzet felmérést és a következő években szükséges teendők megtételét. Míg hazánkban jelentős forrásokat kapott az elmúlt évtizedekben a kardiovaszkuláris és az onkológiai ellátás, a krónikus légzőszervi betegségek nem kerültek a figyelem fókuszába, pedig a nemzetközi adatok arra is egyértelműen

utalnak, hogy előbbieket mortalitása jelentősen megnő, ha a betegnél van krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD). A COPD mellett az asztma bronchiale a másik nagy népegészségügyi jelentőségű betegségecsoportja az idült légzőszervi megbetegedéseknek. Az asztma betegségterhe társadalmi szempontból azért is nagy, mert a betegség fiatal kortól (gyakran kora gyermekkortól) jelentkezik, és akár egész életen keresztül okozhat tanulásból, munkából való kiesést, jelent tartós, rendszeres gyógyszerfogyasztást, és – bár a jelen diagnosztikai és terápiás lehetőségekkel mortalitása szinte 0-ra csökkenthető – hazánkban még mindig halnak meg fiatalok is status asthmaticus miatt. A két krónikus obstruktív légúti megbetegedés összesen kb. a lakosság egytizedét érinti, azaz kb. egymillió embernek kell(ene) a jelen rendszerben egészségügyi ellátást igénybe vennie.

Annak ellenére, hogy az oktatásban, diagnózis felállításban a két betegség egymástól jól eltérő „prototípusát” szokás tanítani, figyelembe kell venni, hogy sok az átfedés [3]. Ez a szakmai nehézség már az ötvenes évek óta ismert, az un. brit és a holland hipotézisként. A brit hipotézis szerint az asztma és a COPD egymástól karakterisztikusan elváló, világosan elhatárolandó megbetegedés. Ezzel szemben a holland hipotézis egy a két pólus közötti folyamatos átmenetként képzei a betegséget. Az alapellátásban általában a fulladás, nehézlégzés és a köhögés (esetleg köpetürítés) azok a jellegzetes panaszok, ami miatt e két betegségecsoportban szenvedő betegek orvoshoz fordulnak. Fontos azonban tudni, hogy sok esetben mindkét megbetegedés aránylag tünet- és panaszmentesen hosszú évekig is fennállhat. Gyakran előfordul, hogy az orvoshoz fordulás lábdagadás, szívritmuszavar, a fizikai terhelhetőség csökkenése vagy éjszakai alvászavar miatt történik, s bár ezek a tünetek, panaszok az előrehaladott légzőszervi megbetegedés szövődményeként vagy társbetegségeként fellépő hypoxia, emelkedett pulmonális nyomás, jobb szívfél elégtelenség, obstruktív alvási apnoe miatt jelentkeznek, az alapbetegséget jelentő COPD nem kerül diagnosztizálásra. Ismertek azok az adatok a nemzetközi szakirodalomból, hogy az akut szívinfarktust ellátó helyeken végzett spirometriás vizsgálatokkal nagy számban lehetett azonosítani korábban nem diagnosztizált COPD-t, és a COPD-s betegek infarktus utáni mortalitása jóval meghaladja azokét, akik nem szenvednek ebben a betegségben. E betegek esetében a jelenleg használt kardiológiai prognosztikus kérdéssor alulbecsli a rizikót [4].

Másfelől pedig tudjuk, hogy a COPD-vel diagnosztizált betegek nagy többsége szenved más társbetegségben is, un. multimorbiditásban. Az Országos Korányi Tbc és

Pulmonológiai Intézetben COPD exacerbáció miatt kezelt betegek 85%-nál volt egy vagy több dokumentált társbetegség [5].

Hazánkban COPD-ben a nemzetközi prevalencia adatok alapján legalább 600 ezer ember szenved, és az asztmások száma 350-400 ezer fő körülire tehető. A szakmailag pontos adatok kinyerése az egészségügyi rendszerekből vagy validált epidemiológiai felmérésekből egyaránt nehéz. Előbbi esetében BNO kódok alapján gyűjtött információk asthma (allergiás, kevert, nem allergiás); krónikus obstruktív bronchitis és az emphysema, míg a WHO kezelési stratégiát javasló dokumentumai alapján az astma, astma COPD overlap szindróma és COPD kategóriákban nevesítik a megbetegedéseket. Hazánkban is nehéz ezért az adatokból pontos képet nyernünk: aránylag sok a BNO kódolás alapján „astma + krónikus obstruktív tüdőbetegség” kettős diagnózisú, de a szakirodalomban jelenleg „overlap szindrómaként” nyilvántartott beteg. A betegség részét képezi a jogszabályi előírás szerinti tüdőgondozói éves jelentésnek, mely összegezve minden évben közlésre került az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet Bulletinjében [6]. A Bulletin adatai alapján évente kb. húszezer új COPD-s beteg kerül felfedezésre, a gondozott COPD-s betegek száma kb. 200 000, tehát csak minden harmadik COPD-s beteg kerül szakember által gondozásra. A Bulletin rögzíti a tüdőgondozók által ellátott asztmás betegeket is, melyek száma 2015-ben 300 000 volt.

A COPD beteg ellátási modelljeit áttekintve a krónikus légzőszervi megbetegedések ellátásában a különböző országokban nagyon eltérő a gyakorlat a megelőzéstől, diagnózison, differenciáldiagnózison keresztül a terápia beállításáig. Általánosságban az mondható el, hogy Nyugat-Európa legtöbb országában a súlyos, szövődményes, differenciál diagnosztikai problémát jelentő esetek kivételével az astma és a COPD diagnózisa és elsődleges ellátása, terápia beállítása az alapellátás kompetenciájába tartozik. A beteg akkor kerül tüdőgyógyász kezelése, gondozása alá, ha a kezeléssel nehezen vagy nem tartható kontroll alatt a betegség (így a súlyos astma esetén), vagy a COPD progressziója során már krónikus légzési elégtelenség alakul ki. Ennek kezelése során már speciális szaktudás szükséges, így pl. nem-invazív légzéstámogatás, tartós otthoni oxigénpótlás vagy tüdőtranszplantációs várólistára való felvétel. Ha a beteg állapota a társbetegségek miatt súlyos, ez limitálja, nehezíti a COPD alapellátási kezelési lehetőségeit. Hazánkban a betegellátási modell más közép-kelet európai országokhoz hasonlóan elsősorban tüdőgyógyász kompetenciába tartozik. A tüdőgondozókban, tüdőgyógyászati szakrendeléseken végzik el a diagnózis felállításához szükséges vizsgálatokat, így a spirometriát, farmakodinámias mérést, és itt történik a betegségek fenntartó kezelésének beállítása, betanítása is. Hazánkban így a házi orvosok hagyományosan csak a megelőzésben, a betegség gyanúja esetén a tüdőgondozóba való beutalásban és a beállított kezelés fenntartásában végeznek feladatot.

Ez az évtizedekig jól működő modell biztosítani tudta, hogy az asztmás betegek kezelése világszínvonalú és nem-

zetközileg is elismerten költséghatékony volt a betegség mortalitásának alacsonyan tartásával. Számos tekintetben azonban továbbgondolásra érett a helyzet. Így hazánkban indokolatlannak látszóan magas számban kerül rövid hatású hörgőtágító és teofillin származék felírásra, kiváltásra ezekben a betegcsoportokban. Míg a rövid hatású hörgőtágítók gyakori használata a fenntartó kezelés hiányára, nem megfelelő betegségkontrollra utal, a teofillin származékok gyakori felírása a klinikai gyakorlat konzervatív szemléletét tükrözi.

Ha a közkiadások tekintetében, az OEP kiadásainak tükrében nézzük meg az asztmát és a COPD-t, a Top 10 pénzkiáramlással járó gyógyszerek között három asztmában és/vagy COPD-ben használandó gyógyszer van (Spiriva, Foster, Xolair). Ha a kombinált inhalációs készítmények (idetartozik az ezen betegségekre alkalmazott gyógyszerek jelentős része) éves OEP költségét nézzük, ez több milliárd forintos összeg és óriási forgalma van a rövid hatású hörgőtágítóknak és a szájon át adott teofillin származékoknak is. A súlyos, előrehaladott betegségek kezelésében pedig jelentős költségigényű eljárások, terápiák szerepelnek, amelyek a világon mindenütt jelentősen megdrágítják a kezelést. Így az ismételt kórházi kezelések, a tartós otthoni oxigénterápia, a célzott biológiai kezelés, a fenotípus alapú kezelés (pl. alfa-1 antitripszin hiányos betegek emphysemája esetében a faktorpótlás), valamint a végstádiumú betegségek esetén a tüdőtranszplantáció, majd a transzplantált beteg gondozása mind jelentős – az enyhe kór állapotú betegekéhez hasonlítva többszörös költségterhet jelent.

A betegség népegészségügyi jelentősége, társadalmi terhe miatt prioritást kell képezzen a megelőzés, korai diagnózis, differenciáldiagnózis és a kezelés megfelelő beállítása, a gyógyszerhasználat megfelelőségének rendszeres ellenőrzése, újratanítás, a beteg gondozása.

A COPD megelőzése terén az alapellátásban jelentős feladat a dohányzás tényének rögzítése a praxishoz tartozó kliensek kartonjain és elvárás a dohányosok számára minden orvos-beteg találkozó alkalmával a dohányzásról való leszokás támogatásához a minimál-intervenció elvégzése. Ez hazai viszonyok között kiegészíthető a dohányos referálásával, vagy az ország egész területén hozzáférhető országos ingyenes dohányzás leszokás támogatási telefonos tanácsadással, mely az ingyenesen hívható zöld szám (06-80-44-20-44) hívásával név és telefonszám üzenetrögzítőn történő meghagyásával történhet, vagy a leszokás@koranyi.hu e-mail címen ugyanezek megadásával. A klienseket egészségügyi szakdolgozók, orvosok is referálhatják ugyanilyen módon. Az országban működő egészségfejlesztési irodák többsége is végez leszokás támogatást, és a tüdőgondozó hálózatban egyéni és csoportos leszokás támogatásra is mód van. Utóbbiak elérhetősége hozzáférhető a www.tudogyogyasz.hu oldalon.

Míg a dohányzásról való mihamarabbi leszokás a primer prevenció meghatározó eszköze, legalább ilyen jelentőségű a dohányzó kliensek esetén a COPD korai felismerése. A ri-

zíkócsoport szűrése kérdőívvel, s azt követő szűrő jellegű spirometria végzésével jó biztonsággal szűkíti le a betegkört a valószínűleg COPD-s kategóriára. A TÁMOP 625B-ben résztvevő háziorvosi praxisok egy részében ennek a beavatkozásnak a megvalósíthatósága került vizsgálatra. Ezek eredményének kiértékelését is érdemes tekintetbe venni országonként érvényes elvárás, ajánlás megfogalmazásakor. Több száz praxisban áll spirométer rendelkezésre és elérhetőek a piacon olyan egyszerűen használható, kalibrálást nem igénylő ultrahangos spirométerek is, melyek megfelelő információt nyújtanak és kevesebb felkészülést, munkát jelentenek a mindennapi gyakorlatban, így a háziorvosi praxisokban szűrő jellegű spirometria végzésére is alkalmasak lehetnek. A spirometria végzésével az az általános tapasztalat a világon, hogy a diagnosztikus spirometriai vizsgálat – mely légúti obstrukció azonosítása esetén az obstrukció reverzibilitásának igazolására hörgőtágító adása után megismételt vizsgálatból áll – a háziorvosi gyakorlatban gyakran nem kerül elvégzésre, vagy nem a szakmai elvárásoknak megfelelő módon történik. Ezért a szakmai álláspont jelenleg az, hogy ezt a tevékenységet csak megfelelő oktatás után, tüdőgyógyászati/spirometriai laboratóriumi szupervízió mellett (görbeforma, a mérés technikai megfelelőségének, interpretálásának ellenőrzése) érdemes a háziorvosi praxisok felé elvárásá tenni. Egy ilyen, pl. holland modell alapú együttműködési forma akár pilot jelleggel, megfelelő e-technológiai támogatással működtetett „kiértékelő központok” segítségével megoldható, és ez alapját képezheti a koordinált-integrált egészségügyi ellátó modell hazai bevezetésének. Jelenleg azonban a szakmai javaslat az, hogy érdeklődést mutató, vagy tüdőgyógyász szakvizsgával is rendelkező háziorvosok körében történjen csak a szűrő jellegű légzésfunkciót meghaladó spirometriai vizsgálat. Ezt a modellt támogatja a jelenlegi háziorvosi COPD indikátor is.

Aktuális és jelentős méretű a betegek gyógyszerhasználatával kapcsolatos probléma és feladatkör. A nemzetközi és a hazai adatok egyaránt azt mutatják, hogy az inhalációban bevendő gyógyszerek használatával kapcsolatos beteg együttműködés lényegesen rosszabb, mint a tablettában adható készítményeké. Az OEP vénykiváltását vizsgálva az asztmás és COPD gyógyszereket az első kiváltás után csak a betegek kb. egyharmada váltja ki másodszor, harmadszor. Ez a használatot – különösen a megfelelő technikával végzett inhalációt – nem mutatja direktben, de ennél csak kevesebb lehet a megfelelő technikával belélegzett gyógyszer mennyiség. A beteget rendszeresen gondozó háziorvos vagy annak asszisztense van olyan pozícióban, hogy az első – második hónap elteltével a vénykiváltást ellenőrző programon keresztül ellenőrizze a beteg gyógyszerhasználatát, szükség esetén újratanítsa, és ezáltal javítsa a beteg együttműködését.

Jelentős szerepe van abban is a háziorvosnak, hogy az esetleges gyógyszerváltásokkor fenntartsa a beteg figyelmét, hogy ne használjon egymás mellett akár azonos hatóanyagú, de más eszközből más néven elérhető

gyógyszereket. Továbbá a társbetegségek esetén külön figyelnie kell, hogy ne sikkadjon el a beteg COPD-s gyógyszerelése.

Rehabilitáció tekintetében a nemzetközi szakmai iránymutatás egyértelmű: mindazon COPD-s beteg számára javasolt a légzőszervi rehabilitáció, akiket a normális napi aktivitásukban korlátoz a betegség. Ez az adatok szerint a kórházhoz, járóbeteg szakellátáshoz kötött komplex rehabilitációs programokkal a leghatékonyabb, de a hozzáférés szempontjából jelentős, hogy életmódi, az aerob fizikai aktivitás végzését támogató tanácsokat tudjon adni a háziorvos is. Az ambuláns légzőszervi rehabilitáció terjedése az országban fontos szakmai elvárás a hozzáférés javítása érdekében.

A jelenlegi kompetenciák szerint a betegút a következő: a háziorvosánál jelentkező beteget a háziorvos beutalóval ellátva a területileg illetékes tüdőgondozóba küldi, ahol megtörténik a megfelelő vizsgálatok elvégzése (így spirometria minden esetben, s ennek eredményétől függően egyéni kiegészítő vizsgálat: pl. oxigén szaturáció mérés, mellkas röntgen, HRCT, vér- és köpetminta laboratóriumi vizsgálata, allergiás bőrpróba stb.). A diagnózist felállítja a szakorvos, és a beteg súlyossági/kontrolláltsági csoportba sorolja, ami alapján megtörténik a gyógyszerjavaslat kiadása és a gyógyszerhasználat betanítása. A jelenlegi finanszírozási jogszabály elvárja az asztmás betegek félevenkénti, a COPD-s betegek évenkénti tüdőgyógyászati felülvizsgálatát, a gyógyszerek kiemelt támogatással szükséges írásához való javaslatok ilyen gyakorisággal történő megújítását, szükség szerinti módosítását.

Ez év januárjában lépett hatályba a módosított COPD finanszírozási protokoll, amely már használja a nemzetközi szakmai ajánlásnak megfelelően a GOLD ABCD csoport besorolását az eddigi, a légzésfunkciós veszteséget figyelembe vevő 1,2,3,4 súlyossági csoportba sorolás helyett. Bár az eü. pontok hozzáigazítása még folyamatban van, és júniusra várható, az ABCD besorolásra való áttérés az eddiginél is szorosabb együttműködést vár el a háziorvosoktól és a tüdőgyógyászoktól. Az állapotrosszabbodásokat (az ún. exacerbációkat) a betegség súlyossági besorolásában ugyanúgy kategória váltó tényezőként értékeli az anyag, mint a FEV1-et. A súlyosabb C vagy D csoportokba kerülhet a beteg akkor, ha a FEV1 értéke a várható érték 50%-ánál kisebb (a légzésfunkciós besorolás szerinti 3. és 4. súlyossági csoport), de ennél jobb légzésfunkciójú beteg is (akár 80-100%-os FEV1-gyel), ha a vizsgálatot megelőző 12 hónapban két exacerbációja vagy egy kórházi ápolást szükségesé tevő exacerbációja volt. A nem kórházi exacerbációk kezelése, dokumentálása a háziorvosoknál történik, ezért ezen epizódok megfelelő kezelése és pontos regisztrálása, a háttér adatok eljuttatása a gondozást végző tüdőgyógyászhoz kiemelt jelentőségű.

Végül meg kell említeni, hogy a fulladásos panaszokban szenvedő betegek jelentős része küzd pszichés problémákkal. Túl a dohányfüggőség kérdéskörén, sok COPD-s beteg depresszióban szenved. Így felértékelődik a lelki egészség

gondozása, ápolása, az idevonatkozó kompetenciák fejlesztése az alapellátásban is.

A diagnosztikus aktualitásokat olyan új modalitások bekerülése jelenti a kivizsgálási palettára, melyek a betegségek pontosabb fenotipizálására, a célzott kezelések meghatározásához szükségesek:

- asztmában eozinofilsejt szám – a súlyos asztma fenotipizálásához
- COPD-ben a HRCT – differenciáldiagnosztikai szempontból
- 50 év feletti, dohányos anamnézissel rendelkező COPD-s betegek tüdőrák szűrése LDCT-vel
- impulz oszcillometria
- alfa-1 antitripszin hiány mérés
- FENO

Összefoglalva, napjainkra számos körülmény feszíti a rendszer beteg-központú működését és az ellátáshoz jutást a COPD-s betegek esetében is. Így a háziorvosi rendszerben és a tüdőgondozói hálózatban egyaránt tapasztalható létszám problémák csakúgy, mint a gondozóktól távol eső

települések lakóinak ellátása, a korszerű kezelési módszerek hozzáférhetősége egyaránt a jelenlegi munkamegosztás újrarendelését igényli. A hagyományos rendszer és az ehhez igazodó képzési, továbbképzési programok megújításra szorulnak. A helyzet megoldási lehetőségeinek keresésében olyan modellprogramok, mint a svájci program, valamint a TÁMOP 625B-ben kialakított praxisközösségek munka és feladatátvállalása rámutatott arra, hogy az alapellátás szintjén mód van az idült légúti betegségek kialakulásának megelőzésére, így dohányzás leszokás támogató programok végzésére. A korai betegség felismeréshez szükséges kérdőív kitöltése, s megfelelő képzés mellett szűrő légzésfunkció mérés elvégzése is megtörténhet (több mint 700 praxis rendelkezik spirométerrel). A betegek gondozásában, ellátásában új típusú együttműködés kialakítása szükséges az alapellátás és a szakellátás szereplői között, s a rendszer működésének fejlesztésével el kell érni, hogy a betegséggel kapcsolatos mortalitási, morbiditási mutatók mihamarább javuljanak hazánkban.

Ehhez a jelenlegi alapellátási fejlesztési koncepció kiváló lehetőséget teremthet.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] The European Lung White Book. European Respiratory Society (ISBN: 978-1-84984-042-2) 2013, 4-5.
- [2] <http://www.who.int/nmh/en/> utoljára letöltve 2016. 05.20.
- [3] Turner AM, Tamasi L, Schleich F, Hoxha M, Horvath I, Louis R, Barnes N: Clinically relevant subgroups in COPD and asthma, Eur Respir Rev, 2015, Jun;24 (136):283-98. doi: 10.1183/16000617.00009014.
- [4] Rothnie KJ, Smeeth L, Pearce N, Herrett E, Timmis A, Hemingway H, Wedzicha J, Quint JK: Predicting mortality after acute coronary syndromes in people with chronic obstructive pulmonary disease, Heart, 2016, May 13. pii: heartjnl-2016-309359. doi: 10.1136/heartjnl-2016-309359.
- [5] Pákó J, Veres D, Tisza J, Horváth I: A COPD a multimorbiditás tükrében, Orvostovábbképző Szemle, 2015, XXII. 38-43.
- [6] www.koranyi.hu/bulletin utoljára elérve 2016. május 20.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Prof. Dr. Horváth Ildikó A SOTE-n végzett summa cum laude minősítéssel, Jahn Ferenc emlékéremmel. Fogarthy ösztöndíjjal 3 évig az NIH-ben, majd az Imperial College-ban, Londonban végzett sikeres kutatómunkát. Hazatérve saját munkacsoportot alakított és megteremtette a kilégzett biomarker kutatás hazai iskoláját. 2000-ben tüdőgyógyász szakvizsgát tett, 2002-ben megszerezte az MTA doktora címet, 2007-ben az egészségügyi szakmenedzser dip-

lomát és 2011-ben egyetemi tanár lett. Négy évig az EMMI Egészségpolitikai főosztály vezetője volt. 2014-től az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet Főigazgató-helyettese. Nemzetközileg elismert tudós, a Semmelweis Egyetem 24. legtöbbet citált kutatója, az Európai Bizottság Scientific Panel for Health tanácsadó testület elnökségi tagja és a világ legnagyobb tüdőgyógyász szakmai társaságának, az ERS-nek az elnökjelöltje. Munkásságáért MTA Simonyi-díjat, Loreal-UNESCO „Nőkért és a tudományért díj”-at és Batthyányi-Strattmann díjat kapott.