



ORSZÁGOS KORÁNYI TBC ÉS PULMONOLÓGIAI INTÉZET

A COPD EPIDEMIOLÓGIA

DR. STRAUZS JÁNOS

A krónikus obstruktív tüdőbetegség (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) néven régebben az asthma bronchiale-t, a krónikus bronchitist és az emphysemát foglalták össze. Napjainkban azonban az újabb ismeretek (patológia, patofiziológia, immunológia és nem utolsósorban a mindennapi klinikum tapasztalatainak) birtokában az asthma bronchiale kivált a COPD fogalomköréből.

A COPD túlnyomórészt irreverzibilis légúti obstrukcióval járó gyulladásos tüdőbetegség, mely folyamatosan progrediál. Az esetek több mint 80%-ában dohányzás miatt alakul ki. Tünetei a köhögés, fokozott légúti váladéktermelés, valamint kezdetben terheléskor, később nyugalomban is kialakuló nehézlégzés.

A kórkép jelentőségét aláhúzza, hogy a mortalitási statisztikákat vezető kórképek (kardiovaszkuláris, daganatos megbetegedések stb.) gyakorisága az elmúlt évtizedben csökkent, egyedül a COPD előfordulása meredeken emelkedik. A COPD gyakori megbetegedés, a különböző felmérések szerint a felnőtt lakosság 4–6%-t érinti. Az USA-ban a COPD-ben szenvedő betegek számát 16 millióra becsülik. A kórkép miatti ambuláns vizitek száma 13,4 millió, a kórházi felvételek száma pedig 634 000 beteg évente.

Mortalitás

Napjainkban a COPD-t a mortalitási statisztikákban a hatodik halállokként tartják nyilván. Megbízható becslések szerint 2020-ra a harmadik vezető halálok lesz.

1990-ben a WHO a férfiak standardizált halálozását 50/100 000, a nőket pedig 20/100 000-re becsülte Európában. 1997-ben ugyancsak a WHO adatai szerint a férfiak halálozásáért 4,1%-ban, míg a nők esetén 2,4%-ban felelős a COPD. 19 európai ország adatai szerint Magyarország vezet a COPD halálozási statisztikáját a férfiak között. Az európai országok között elég nagy a statisztikai eltérés. Dániában és az Egyesült Királyságban a COPD halálozási statisztikái emelkedő

tendenciát mutatnak. Az emelkedő mortalitás a nők számának jelentős emelkedésének tudható be.

Prevalencia

A COPD statisztikai értékelését számos tényező torzítja. Ide sorolható például a megbetegedés különböző és korábban sűrűn változó definíciója, az e csoportba sorolt megbetegedések (lásd. asthma bronchiale) számának változása, a súlyossági beosztás nem egységes szemlélete stb. Ennek egyik példája Vlegi és munkatársainak közleménye, amikor az Amerikai, és az Európai Tüdőgyógyász Társaságok kritériumait összehasonlítva a COPD gyakoriságában elképesztő különbségeket tudott kimutatni (9).

Az elmúlt húsz évben az skandináv országokban elvégzett lakosságszűrés eredményei azt mutatták, hogy a felnőtt lakosság 4–6% COPD-s. A prevalencia folyamatosan emelkedik és napjainkban a nők gyakorisága elérte (egyes adatok szerint meghaladta) a férfiakét. Ez a tendencia nagy valószínűséggel a nők „egyenrangúságra” törekvő dohányzási szokásaival hozható kapcsolatba.

A Global Burden of Disease Study becslése szerint 834 COPD-s beteggel lehet számolni 100 000 lakosra vonatkoztatva, ami világszerte 44 millió esetet jelent.

Incidencia

A COPD orvos által diagnosztizált (légzésfunkcióval igazolt) incidenciája a legtöbb országban hiányzik. Norvégiában a teljes felnőtt lakosságra vonatkoztatott FEV1/FVC <70% incidenciája 9,8%, 60–74 éves életkorra vonatkoztatva pedig ez az arány 23%.

COPD-vel kapcsolatos kiadások

A légzőszervi megbetegedések között a COPD a leggyakoribb oka a munkahelyi hiányzásoknak. A meg-

betegedéssel kapcsolatos ambuláns költségeket 4,7 milliárd €-ra becsülik. A kórházi ellátás pedig 2,9 milliárd €-ba kerül, melyből 2,7 milliárd € a gyógyszerköltség.

Hazai epidemiológiai adatok

A tüdőgyógyász szakhálózatban nyilvántartott COPD-s betegek száma a becsült esetszám alig 10%-a. Ide nagy valószínűséggel azok a súlyos állapotú esetek kerülnek, akik fekvőbeteg ellátásban részesülnek; számuk 2004-ben 61 794 volt. Az adatokat torzította az a tény is, hogy a COPD-s betegek csupán 2004 január elsejétől juthatnak hozzá 90%-os támogatással korszerű hörgőtágító/gyulladáscsökkentő gyógyszereikhez (ezelőtt a COPD-s betegek az asthma bronchiale-s csoportban szerepeltek).

Hazai pulmonológusok több mint 40 éve igyekeznek felmérni a krónikus obstruktív tüdőbetegek gyakoriságát. Célzottan vagy munkahelyi expozíciónak kitett lakosokat, vagy kisebb lakosságszámú közösségeket vizsgáltak (1. táblázat).

2002–2003 között Pest megyében több mint 50 000 ernyőszűrésre behívott lakosnál végeztünk COPD szűrést kérdőívvel és légzésfunkciós vizsgálattal. 4%-ban találtunk COPD-t, közöttük a nők aránya jelentősen meghaladta a férfiakét.

A COPD betegek egy jelentős részét különböző diagnózisokkal más szakterületek képviselői is kezelik (belgyógyászok, háziorvosok). Ez önmagában nem jelent problémát, de pl. a légzésfunkciós vizsgálatok elmaradása, vagy a támogatott gyógyszerek által biztosított korszerű hörgőtágító-gyulladáscsökkentő kezelés elmaradása már jelentőséggel bír (a modern gyógyszerek felírhatósága tüdőgyógyász szakorvos kompetenciájába tartozik). Az ideális betegvezetés feltételezi a pulmonológusokkal történő folyamatos konzultációt és a háziorvos-tüdőgyógyász orvosok szoros együttműködését.

Szintén az együttműködés kiemelt területe a COPD-s betegek korai kiemelése, a rizikócsoportok megismerése és folyamatos követése. A COPD-s betegek korai kiemelése és komplex ellátása jelenti a közeljövő egyik népegészségügyi jelentőségű feladatát.

IRODALOM

1. Celli, B.R., MacNee, W.E: Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur. Respir. J. 2004, 23, 932-946.
2. European Lung White Book. Ed: Loddenkemper, R. European Respiratory Society, 2003. pp: 34-43.
3. Hutás, I., Streibel, V., Büszörményi-N., Gy., Dubay, M., Hofhauser, B: Tömeges légzésfunkciós vizsgálatok a krónikus bronchitis korai felkutatásában. Pneumologica Hungarica 1979, 32, 195-205.
4. Lopez, A.D., Murray, C.C: The global burden of disease, 1990-2020. Nat. Med. 1998, 4, 1241-1243.
5. Mannino, D.M: Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. Respir. Care 2003, 48, 1185-1191.
1. National Institute of Health, National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), World Health Organisation (WHO): Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD): Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report. <http://www.goldcopd.com>
2. Pauwels, R.A., Buist, A.S, Calverley, P.M.A., Jenkins, C.R., Hurd S.S.: Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2001, 163, 1256-1276.
3. Rennard, S., Decramer, M., Calverley, P.M.A, Pride, N.B., Soriano, J.B., Vermeire, P.A., Vestbo, J: Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of confronting COPD International Survey. Eur. Respir. J. 2002, 20, 799-805.
4. Viegi, G., Scognamiglio, A., Baldacci, S., Pistelli, F., Carrozzi, L: Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Respiration 2001, 68, 4-19.
5. World Health Organization. World health report 2000. Health systems: improving performance. Annex table 3. <http://www.who.int/whr/2000/index.htm>

1. táblázat

Komplex COPD szűrések Magyarországon

Miskovits és mtsai	1965	Budapest, IX. kerület	2246	12,5%	EF, LF
Kraszkó és mtsa	1970	Boldva	741	10,6%	EF, kérdőív, LF
Streibel és mtsai	1971	Dabas	2556	12%	EF, kérdőív, LF
Lányi és mtsa	1973	Zákányszék	2507	14,5%	EF, kérdőív, LF, köpetvizsgálat
Streibel és mtsai	1974	Budapest, VII. kerület	1913	21%	EF, kérdőív, LF
Hutás és mtsa	1976	Budapest	1913	29%	EF
		Gyula	1012	26%	kérdőív, LF
		Ózd	975	43,6%	kérdőív, LF
Obbágy	2003	Nyíregyháza	327	40%	LF
Strausz és mtsai	2002–2003	Pest megye	56 000	4%	EF, kérdőív, LF
Somfay	2004	Országos	5314	3%	kérdőív, LF

A Medicus Universalis 2005. évi februári számában megjelent kvíz megfejtései:

1. c); 2. c); 3. b); 4. b); 5. b),d); 6. b);c),d); 7. a),b);c),d); 8. d); 9. c); 10. c); 11. d), 12. d);13. a),b),c); 14. c); 15. c)

- 1. Az elhízást kísérő rizikófaktorok lényeges befolyásolására elegendő testsúlycsökkenés:**
 - a) 5%
 - b) 7%
 - c) 10%
 - d) 12%
 - e) 15%
- 2. A nyugalmi alapanyagcsere kiszámítása férfiaknál:**
 - a) $500 + 10 \times \text{testsúly}$
 - b) $700 + 7 \times \text{testsúly}$
 - c) $100 + 9 \times \text{testsúly}$
 - d) $900 + 10 \times \text{testsúly}$
 - e) $900 + 9 \times \text{testsúly}$
- 3. Energia szükséglet meghatározás nélkül, a testsúlycsökkentő diétás kezelés során nőknél ajánlott energia felvétel:**
 - a) 1000 kcal
 - b) 1200 kcal
 - c) 500 kcal
 - d) 1500 kcal
 - e) 1100 kcal
- 4. Melyik állítás igaz a testsúlycsökkentő diéta esetére?**
 - a) a zsír fogyasztását kell csökkenteni a szénhidrát korlátozás nélkül
 - b) telítetlen zsírok fogyasztását kell preferálni
 - c) teljes kiőrlésű gabonafogyasztás kedvező hatású
 - d) finomított szénhidrát mennyisége emelendő
- 5. Alacsony glikémiás index-el rendelkeznek:**
 - a) burgonyapüré
 - b) bab
 - c) méz
 - d) durum lisztből készített tészta
 - e) mogyoró
- 6. Melyek az Atkins diéta jellemzői?**
 - a) alacsony szénhidrát tartalom
 - b) alacsony fehérje tartalom
 - c) magas szénhidrát tartalom
 - d) magas fehérje tartalom
 - e) magas zsírbevitel
- 7. A Prinzmetal angina jellemzője:**
 - a) ST depresszió a roham alatt
 - b) negatív T hullám a roham alatt
 - c) a fájdalom idején pathológiás Q hullám
 - d) nekroenzim emelkedés
 - e) ST eleváció a roham alatt
- 8. Az atherosclerosis jelentős rizikófaktorai**
 - a) emelkedett HDL koleszterin szint
 - b) emelkedett LDL koleszterin szint
 - c) alacsony triglicerid szint
 - d) alacsony vércukor szint
- 9. Az ISZB kialakulásának nem rizikófaktorai**
 - a) dohányzás
 - b) Örökletes hajlam
 - c) Hypotonia
 - d) Hypercholesterinaemia
- 10. A krónikus obstruktív tüdőbetegség gyanúja esetén a diagnózist igazoló legfontosabb vizsgálat:**
 - a) a köpet mennyiségi meghatározása
 - b) fizikális vizsgálat
 - c) mellkasröntgen
 - d) légzőfunkciós vizsgálat
 - e) vérgázvizsgálat
- 11. A diabeteses nephropathia kialakulásának megelőzésében fontos szerepet játszik:**
 - a) HMgCoA-reduktáz-gátló adása
 - b) ACE-gátló adása
 - c) β 1-gátló adása
 - d) vízhajtó adása
- 12. Sibutramin terápia ellenjavallt a következő esetekben:**
 - a) elhízás
 - b) nem beállított hypertonia
 - c) tachycardia
 - d) egyik válasz sem igaz
- 13. Diabetes mellitus esetén a magas vérnyomás kezelésének célértéke:**
 - a) 140/90 Hgmm
 - b) 135/90 Hgmm
 - c) 130/80 Hgmm
 - d) 120/75 Hgmm
- 14. Az alábbi elváltozások közül a thrombosis kialakulásának kockázatát nem növeli:**
 - a) tágult szívüregek
 - b) aneurysmák
 - c) körülírt vénatágulatok
 - d) pitvari septum defectus
 - e) graviditas
- 15. Diabeteses proteinuria esetén a magas vérnyomás kezelésének célértéke:**
 - a) 140/90 Hgmm
 - b) 135/90 Hgmm
 - c) 130/80 Hgmm
 - d) 125/75 Hgmm

BEVEZETŐ

A jelentős halálozással járó krónikus betegségek körében ma a krónikus obstruktív légúti betegség (COPD) az egyetlen kórkép, amelynek a mortalitása gyors ütemben nő, szemben a coronaria betegség és a stroke okozta halálozással, amely következetesen és jelentős mértékben csökken.

Epidemiológiai előrejelzések szerint 2020-ra a COPD lesz világszerte a harmadik leggyakoribb halálok és az ischaemiás szívbetegség, depresszió, közlekedési balesetek és cerebrovascularis történések mellett az ötödik leggyakrabban rokkantságot okozó kórkép. Azaz a COPD komoly népegészségügyi probléma világszerte, a betegségnek az egyénre és a társadalomra rótt terhei, az ellátás direkt és indirekt költségei tetemesek.

A tüdőgyógyászati hálózatban nyilvántartott COPD-es betegek száma 2004-ben 62 000. Becslések szerint –, a hazai dohányzási szokások ismeretére alapozva –, a valós előfordulási gyakoriság ennek a többszöröse. Sajnos, ma a betegség felfedezésére rendszerint a COPD súlyos stádiumában, előrehaladott tüdőfunkciós károsodással kerül sor.

A betegség hatékony prevenciója, kezelése és rehabilitálása érdekében – a Magyar Tüdőgyógyász Társaság COPD ellenes programot hirdetett és a 2005. évet a COPD ellenes küzdelem évének nyilvánította. Az év során átfogó továbbképző tevékenységgel, szűrő programok beindításával és a dohányzás leszoktatást segítő képzéssel és tevékenységgel kívánunk javítani a jelenlegi helyzetet.

A program megvalósítása, a hatékony szűrés, a korai kiemelés, majd a gondozás nem képzelhető el a háziorvos kollegák aktív segítségével, hatékony háziorvos-tüdőgyógyász együttműködés nélkül. Ennek jegyében, a továbbképzést célzóan állítottuk össze a Medicus Universalis részére a COPD tematikus blokkot, bemutatva a kórkép epidemiológiai adatait, ismertetve a diagnosztika, a terápia, a rehabilitáció lehetőségeit és a dohányzás leszoktatás módjait. Reméljük, hogy a közlemények hasznos segítséget nyújtanak mindennapi munkájukhoz, a jelenleginél hatékonyabb háziorvos-tüdőgyógyász együttműködés kialakításához.

Dr. Herjavec Irén

elnök

Magyar Tüdőgyógyász Társaság

2005. május 30.