



SEMMELWEIS EGYETEM, PULMONOLÓGIAI KLINIKA

A COPD DIAGNOSZTIKÁJA

DR. MAGYAR PÁL

A krónikus obstructív tüdőbetegség (Chronic Obstructive Lung Disease; COPD) diagnosztikájának megközelítései a panaszokon és tüneteken kívül – melyek általában nem specifikusak – elengedhetetlen a definícióban szereplő, a betegséget jellemző sajátosságok figyelembevételével.

Nemzetközi konszenzussal elfogadott definíció szerint (GOLD) a COPD-re „jellemező a légúti áramláskorlátozottság, mely nem teljesen reverzibilis” (6). Ez az áramláskorlátozottság diffúz, azaz a hörgőrendszer egészére kiterjed, és pl. nem egy tracheát beszűkítő terime vagy főhörgőt elzáró idegentest okozza. A diagnózis szempontjából kevés segítséget jelent az, hogy a definíció kimondja, hogy ez a „légúti áramláskorlátozottság progresszív”, hiszen ennek ellenőrzése több évet is igénybe vehet. Fontos segítséget nyújt viszont a definíciónak azon része, mely szerint a „légúti áramláskorlátozottság összefüggésbe hozható különböző károsító porok és gázok hatására kialakult gyulladási reakcióval” (6). A hörgőnyálkahártya gyulladási reakcióját ugyan szövettani módszerekkel a rutin diagnosztikában nem szoktuk nézni, és a nem invazív módszerrel (a kilégzett levegőből és kondenzátumából) kimutatható gyulladási markerek vizsgálata sem a napi gyakorlat része, de a gyulladásra – elsősorban a túlnyomóan bronchitises COPD-s betegnél – bizonyos valószínűséggel utalhatnak a krónikus köhögés és köpetürítés, ill. a fizikális lelet. Ha az anamnézisben nem szerepel károsító porok, gázok expozíciója (pl. dohányzás) – mely a COPD-s betegek döntő többségénél a betegség oki tényezője -, akkor jelentősen csökken a COPD fennállásának valószínűsége, de természetesen nem zárja azt ki (1, 2).

Mikor gondoljunk a COPD fennállásának lehetőségére?

A COPD diagnosztikájára minden olyan betegnél gondolni kell, aki köhög, köpetet ürít, és nehézlégzése

van, ill. az anamnézisében krónikus produktív köhögésre utaló panaszokat említ, és/vagy az anamnézisében a COPD rizikófaktorainak tartós expozíciója szerepel. Az utóbbiak közül messze a legfontosabb a dohányzás, mely a COPD kialakulásában a legfontosabb rizikófaktor. Minél több az elszívott cigaretta mennyiség – melyet csomagévben („pack year”; 1 csomagév = naponta 20 szál cigaretta 1 éven át) fejezünk ki –, annál nagyobb a COPD kialakulásának valószínűsége az arra hajlamos személyeken. Az elszívott cigaretta mennyisége összefüggést mutat a betegség súlyosságával. Jelentős mennyiségű, a COPD-t előidézni képes cigaretta mennyiség elszívásához több mint 15–20 év is szükséges, ezért 35–40 éves kor alatt e betegség csak ritkán fordul elő. Meg kell azonban jegyezni, hogy a COPD-ben szenvedők 10–15%-a sohasem dohányzott.

A dohányzás mellett mindig rá kell kérdeznünk a foglalkozással összefüggő porok, irritáló gázok és kémiai anyagok expozíciójára, melyek dohányzás nélkül is kiválthatnak COPD-t, de dohányzással együtt fokozott rizikótényezőt jelentenek (4).

A diagnózis megközelítése

A COPD gyanúját tehát már az anamnézis felveti. A gyanút erősíti, ha a betegség által előidézett legfontosabb tünetek – mint pl. a köhögés, köpetürítés, nehézlégzés – aktuálisan is fennállnak. Ezek a tünetek azonban számos más betegségnél is előfordulnak, így radiológiai elváltozással bíró (tbc, pneumónia, tüdődaganat stb.) és azzal nem járó tüdőbetegségekben is, mint pl. a krónikus köhögés esetében, ahol extrapulmonalis okok is szerepet játszhatnak (1. táblázat). Ezen okokra is gondolni kell a diagnosztikus tevékenység során.

Meg kell jegyeznünk, hogy a COPD dominánsan emfizémás variánsát nem jellemzi a köhögés, és a köpetürítés.

A *nehézlégzés* – melyet a betegek a legkülönbözőbb

1. táblázat

A krónikus köhögés leggyakoribb okai normál mellkasröntgen esetében, a gyakoriság sorrendjében

Intrathoracalis okok	Extrathoracalis
COPD	Postnasalis váladéklecsorgás
Asthma	Gastrooesophagealis reflux
Centrális bronchus carcinoma*	Gyógyszerek (pl. ACE inhibitorok)
Endobronchialis tbc	
Bronchiectasia	
Bal szívfél elégtelenség	
Interstitialis tüdőbetegség*	
Cisztikus fibrózis	

*Korai, ill. enyhe stádiumban a szokványos PA felvételeken nem feltétlenül ad látható radiológiai árnyékot.

módon jeleznek (pl. nehezített légzés, fulladásérzés, „nem kapok levegőt” stb) szubjektív érzet. A légúti áramláskorlátozottságot okozó tüdőbetegségeken (COPD, asthma stb) kívül restrictiv tüdőbetegségek és szívbetegségek is előidézhetnek nehézlégzést. Az előbbieket többnyire jól látható radiológiai eltérést mutatnak, és általában sípolással nem járnak. Szív eredetű nehézlégzés esetén csak nagyon ritkán legfeljebb súlyos tüdőpangás mellett fordulhat elő kilégzési finom sípolás. COPD-ben viszont bármelyik súlyossági fokban felléphet, és többnyire a súlyossági fokkal párhuzamosan erősödő. Leginkább a tüdőbázisok felett hallható többnyire már nyugodt légzés mellett is, de gyakran csak a forszírozott kilégzés vége felé, mint pl.: emfizémás dominanciájú COPD-ben. Jól hallható a sípolás a suprasternális régióban, ahol summálódnak a hörgőrendszer különböző területeiről származó zörejek.

Sípolással járó nehézlégzés esetén, különösen, ha az diffúz, mindig gondoljunk asthmára is. A legfontosabb különbség a COPD-vel szemben, hogy asthmában rohamszerűen fellépő nehézlégzés nyugalomban is előfordul. COPD-ben nyugalmi nehézlégzés csak előrehaladott betegség esetén vagy akut exacerbatióban fordul elő. A COPD-s beteg főként terhelés alatt fullad. A terhelés megszűnte után nehézlégzése csökken vagy megszűnik.

Az asthmás beteg, ha nyugalomban tünetmentes, akkor nem a terhelés alatt, hanem azt pár perccel (5–10') követően kezd el fulladni (terhelés indukálta bronchospasmus). Fontos feltenni a beteg számára azt a kérdést, hogy „jelenleg fullad-e”, illetve, hogy a jelenleginél erősebben fulladt-e már? Ez fontos orientációt jelent az orvos számára a pszichés eredetű fulladás szempontjából, ha a beteg tünetei (vagy vizsgálati leletei) nem utalnak a fulladás objektívizálható hátterére.

Nehézlégzésre, ill. annak mértékére adhat felvilágosítást az, ha a beteg nem tud lépést tartani korosztályával, és gyakran kell megállnia („kifújni magát”).

Mellkasi szorításérzés nemcsak asthmánál, szívinfarktusnál vagy pulmonális ág embolizációnál, hanem COPD-nél is előfordulhat, többnyire csak terheléskor, de hiánya nem zárja ki e betegség fennállását.

A beteg inspectioja és fizikális vizsgálata, különösen a COPD emfizémás dominanciájú formájánál elsősorban a tüdő „felfújtság”-ából adódóan számos jellegzetességet is mutat (2. táblázat). Ezek némelyike vagy mindegyike tapasztalható COPD-ben (6).

2. táblázat

A tüdő túltágulással összefüggő fizikális jelek COPD-ben

Nagy hordó alakú mellkas
Elődomborodó légzési segédizmok a nyakon
Alacsonyan álló lapos rekesz (mely belégzéskor az alsó thoraxbemenetet szűkíti)
Lefelé nyomott, de nem megnagyobbodott máj
Csökkent légzési hangok, halk szívhangok
Ajakfékkel történő, elnyújtott kilégzés („auto PEEP”)

A tüdő túltágulása a légúti áramláskorlátozottság következménye, mely utóbbit nemcsak a hörgőfal gyuladásából és váladék-túlprodukciónak eredő szűkülete, hanem a tüdő rugalmasságának elvesztéséből (emfizéma) adódó kilégzési dinamikus hörgőkompressziós hatás okoz. A hörgőkön eredő-tapadó rugalmas elemek (mint rugók) számban megkevesbednek, és a maradék „rugók” egyrészt túlnyújtottakká válnak, másrészt leszakadnak a kishörgők faláról. Így a hörgőfalra nem tudnak kifejteni elegendő húzóerőt ahhoz, hogy kilégzéskor ellenálljanak a pozitív intrathoracalis nyomás hörgőket összenyomó hatásának. A COPD-s beteg ez ellen úgy próbál védekezni, hogy leszűkített vagy csücsörített szájréssel képzett ellenálláson keresztül lézlik ki, mely mögött a megemelkedett intraluminális nyomás mintegy belülről „sínézve” a hörgőket megakadályozza, vagy legalábbis mérsékli a kilégzés hörgőkompressziós hatását. (A beteg tehát saját maga hozza létre a pozitív kilégzésvégi nyomást („positive and – expiratory pressure; PEEP). E betegek – akik rendszerint súlyos emphysemás típusú COPD-ek – szinte messziről felismerhetők a gyors belégzés utáni lassú, -„auto PEEP” segítségével történő-kilégzésükről, mely leginkább a pőfögéshez hasonlítható. A COPD-s betegek e pőfögős („puffer”) típusa általában hyperventilatoria képes, sovánny, többnyire nem cyanoticus (rózsaszín – azaz „pink”-színű az ajka), ezért is nevezik „pink and puffer” (PP), vagy panlobularis emfizémás típusú (A típusú) COPD-nek. Ennek megkülönböztetése a cyanoticus, kövér („blue and bloater”; BB) típusú COPD-stől (bronchitises és centrilobularis emfizémás típusú COPD-s), prognosztikailag nem mellékes, hiszen ezeknél a bete-

geknél gyakori a hypercapniával is járó légzési elégtelenség, és a decompenzált cor pulmonale kialakulása, így prognózisuk is rosszabb.

A COPD diagnosztikájában a COPD komplikációinak (légzési elégtelenség, cor pulmonale, jobb szívfél-elégtelenség, secuder polycythaemia) tünetei nem játszanak elsődleges szerepet, mivel ezek a betegség előrehaladott fázisában jelentkeznek. A diagnózis ilyenkor már többnyire ismert, hiszen a beteget a mindennapi aktivitásában akadályozó funkcióromlás már korábban orvosnál való megjelenésre kényszerítette.

A légzési elégtelenségre utaló cyanosis a jobb szívfél elégtelenséget jelző tünetek (telt nyaki vénák, megnagyobbodott máj, lábszároedema) időbeni észlelése és szükség esetén a kiegészítő vizsgálatok (vérgáz vizsgálat, EKG, echocardiographia etc.) elvégzése szorosan hozzátartozik a rendszerint súlyos COPD-s beteg vizsgálatához.

A diagnózis igazolása

Régi megállapítás az, hogy a jól felvett anamnézis több mint fél diagnózis. Ha ehhez hozzátesszük a beteg inspectiojából, fizikális vizsgálatából nyerhető információkat, akkor – különösen a nem enyhe súlyossági fokú esetekben – a diagnózis nagymértékben valószínűsíthető. A diagnózis egyértelmű felállításához azonban elengedhetetlenül szükségesek a légzésfunkciós vizsgálatok. A betegség nevében ugyanis szerepel az obstructio, azaz a légúti áramláskorlátozottság. Ennek fennállását és a betegség súlyosságát is kifejező mértékét csakis légzésfunkciós vizsgálatokkal lehet megállapítani.

Légúti obstructiót a legegyszerűbben a forszírozott kilégzési másodperctérfogat (FEV_1) mérésével állapítjuk meg. (Megjegyzendő, hogy az egyszerű csúcsáramlás mérővel meghatározott „peak expiratory flow”, PEF nem alkalmas az obstructio mértékének megállapítására, mert nem jól korrelál a FEV_1 -gyel (5). A PEF mérése csak a már megállapított légúti obstructio nyomon követésére, változásának monitorozására alkalmas.) A GOLD (6) szerint akkor áll fenn légúti obstructio, ha a FEV_1 nem éri el a kívánt érték 80%-át, és egyúttal az erőltetett (forszírozott) kilégzési vitálkapacitás (FVC) %-ában kifejezett 70%-ot. A légúti obstructio fennállása ($FEV_1 < 80\%$, $FEV_1/FVC < 70\%$), tehát egy szükséges feltétel a COPD diagnosztikához. Sajnos a háziorsvosi gyakorlatban gyakran még a legegyszerűbb és viszonylag olcsón beszerezhető a FEV_1 és az FVC mérésre alkalmas spirométer sem áll rendelkezésre. Spirométer hiányában az obstructio fennállását jól becsülhetjük az FVC manőver kivitelezésének idejével. Egy egészséges személy a teljes kilégzési állapotból teljes erőlködéssel 3–4 másodperc alatt a kilélegezhető teljes levegőmennyiséget (FVC) kifújja. Ha a forszírozott kilégzési idő (FET) meghaladja a 6 másodpercet akkor a FEV_1/FVC

50% alattira becsülhető (8). Ehhez nem kell külön műszer elég egy másodpercmutatós óra és a vizsgálat bárhol és bármikor elvégezhető. Ez azonban nem teszi feleslegessé a FEV_1 és FVC meghatározását vagy egy komplex légzésfunkciós kivizsgálást.

A légúti obstructio fennállása a COPD diagnosztikájának kimondására még nem elégséges, hiszen a COPD definíciója kimondja, hogy az obstructio „nem teljesen reverzibilis” (3, 6). Ennek megállapításához bronchodilatátor (rövid hatású β_2 agonista 400 μg vagy 80 μg antikolinerg szer) inhalációja után 30–45'-cel megismételjük a FEV_1 és FVC meghatározását. Ha a FEV_1 ezután is a kívánt érték (k.é.) 80%-a, a FEV_1/FVC pedig 70% alatt marad, ez jelzi azt, hogy – legalábbis bronchodilatátorra – a légúti áramláskorlátozottság nem teljesen reverzibilis (6).

A reverzibilitás kritériuma – vagyis az, hogy a FEV_1 -ben történő változás (javulás) nem mérés reprodukálhatóságából adódó hiba – a legalább 12%-os FEV_1 javulást jelent, és egyúttal ez a javulás abszolút értékben el kell, hogy érje a 200 ml-t (ATS). Ez azonban nem azonos a teljes reverzibilitással, vagyis a FEV_1 és FVC-vel képzett hányados normalizálódásával. Az utóbbi esetben ui. a légúti obstructio teljesen reverzibilis – mely asthmánál fordul elő, és így a COPD diagnosztikája kizárható, és asthma fennállása valószínű.

Enyhe obstructio esetén a COPD-s betegek egy kisebb hányadában a FEV_1 hörgőtágítóval normalizálódhat (meghaladja a k.é. 80%-át), de a FEV_1/FVC 70% alatt marad. Ezt a GOLD (6) szerint felfoghatjuk a légúti áramláskorlátozottság korai jelének.

A bronchospasmust oldó hörgőtágítók nem szüntetik meg sem az asthmás, sem a COPD-s (krónikus bronchitises) eredetű hörgőnyálkahártya gyulladást, és így a nyálkahártya duzzanat okozta légúti áramláskorlátozottságot, hiszen ezek a szerek nem gyulladáscsökkentők. Így bronchodilatátorra teljes reverzibilitás asthmánál is inkább csak a nem súlyos esetekben fordul elő. Abban az esetben, ha a hörgőtágítóval végzett reverzibilitás teszt nem mutat számottevő FEV_1 javulást, vagy az eredmény birtokában nem dönthető el, hogy a beteg esetében asthmáról vagy COPD-ről van-e szó, ott érdemes elvégezni a steroid terápias (hosszú távú reverzibilitás) tesztet.

A steroid mint potens gyulladáscsökkentő, gyakorlatilag megszünteti az asthmás eredetű (eosinophil sejtes) hörgőnyálkahártya gyulladást – és így az általa okozott obstructiót –, de csak mérsékelten befolyásolja a COPD (neutrophil sejtes) gyulladással járó folyamatait. A teszt során 10–14 napig adott napi 32–40 mg per os (metil)prednisolon kezelés nemcsak a COPD és az asthma elkülönítéséhez nyújt segítséget, hanem azt is megmutatja, hogy mi az a határ, amely a betegnél a funkciójavítást illetően gyógyszeresen egyáltalán elérhető. A steroid terápias teszt nagy dózissal (>1000 μg) inhalációs steroid legalább 6 hétig való adásával is elvégezhető. Nincs a hörgőtágító adását vagy a steroid

terápiás tesztet követő FEV₁ javulásra vonatkoztatott olyan határérték, amelyre azt lehetne mondani, hogy pl. 15, 20 vagy 25%-os FEV₁ javulás már asthmát igazol, vagy hogy ez alatti értékek COPD-t igazolnak. Ami azonban egyértelműen mondható, hogy minél nagyobb a bronchodilatátorra és steroid reverzibilitás tesztre a válasz (FEV₁ javulás), és minél kisebb a fennmaradó (reziduális) áramláskorlátozottság (obstructio), annál nagyobb az asthma, és annál kisebb a COPD fennállásának valószínűsége. A COPD-s betegek egy kisebb hányada 25%-nál nagyobb FEV₁ javulást is mutathat, tehát még ez sem – nemhogy a 15 vagy 12% – képezhet egyértelmű határértéket a COPD és az asthma elkülönítésére. A teljes reverzibilitás régóta (1–2 évtizede) fennálló asthma esetén sem érhető mindig el, még steroid terápiás teszt után sem. Ilyenkor ui. az esetek egy részében már a hörgőrendszer falának olyan mértékű átépülése („remodelling”) alakulhat ki, amely bizonyos mértékű reziduális áramláskorlátozottságot eredményez. Ez azonban már aligha befolyásolja a rendszerint már korábban megállapított asthma diagnózist. Kevert kórképek (asthma + COPD) előfordulása igen ritka, és ilyenkor sem várható teljes reverzibilitás. Természetesen a diagnózis felállítása nemcsak a légzésfunkció, hanem az összes rendelkezésre álló adat (anamnézis, fizikális vizsgálat stb.) birtokában történik, de kétségtelen, hogy ezek közül a legfontosabbak a légzésfunkciós adatok.

A kiterjesztett légzésfunkciós vizsgálat (áramlás-térfogat görbe analízise, testplethysmographia, tüdő diffúziós kapacitás stb.) további hasznos információkat szolgáltathatnak a diagnózis felállításához, különösen kétes diagnózis esetén. E paraméterek változásainak elemzése azonban már pulmonológus, ill. légzésfunkciós szakember feladatát képezi. E vizsgálatok a pulmonológiai osztályokon és ambulanciáin illetve a tüdőgondozó intézetek egy részében elvégezhető. A testplethysmographia lehetővé teszi a beteg kollaborációjától jelentős mértékben független légúti áramlási ellenállás (R_{aw}) mellett a statikus tüdőtérfogatok – így a thoracalis gáztérfogat (TGV), a reziduális volumen (RV) és a totálkapacitás (TC) meghatározását. E paraméterek tájékoztatást adnak a légzésmechanikát jelentős mértékben rontó, a nehézlégzést jelentős mértékben meghatározó, a terhelési kapacitást limitáló „tüdőfelfújtság” és a fogvatartott levegő („trapped air”) mértékéről, annak gyógyszerrel kimutatható befolyásolhatóságáról. A diffúzió szénmonoxidos módszerrel való mérése jól utalhat a tüdő parenchyma pusztulás (diffúziós felületcsökkenés) mértékére.

A COPD súlyossági fokának megállapítása

A COPD súlyossági fokának megállapítása a diagnosztikus tevékenységgel párhuzamosan történik. Ez azért is fontos, mert egyrészt a COPD tartós (kontrolláló)

kezelése a súlyossági lépcsőkhöz megfelelően történik, másrészt a betegség prognózisát is leginkább a súlyossági fokot jelző inhalációs bronchodilatátor adását követően mért FEV₁ érték határozza meg (6). A súlyossági fokokat a 3. táblázat mutatja.

3. táblázat

A COPD súlyossági fokozatai

0. Egyszerű bronchitis	– LF normális – Krónikus tünetek (produktív köhögés)
I. Enyhe COPD*	– FEV ₁ ≥ 80% k.é. – Krónikus tünetekkel vagy anélkül
II. Középsúlyos COPD*	– 50% ≤ FEV ₁ < 80% k.é. – Produktív köhögéssel és nehézlégzéssel vagy anélkül
III. Súlyos COPD*	– 30% ≤ FEV ₁ < 50% k.é. – Produktív köhögéssel és nehézlégzéssel vagy anélkül
IV. Nagyon súlyos COPD*	– FEV ₁ < 30% k.é. vagy – FEV ₁ < 50% k.é. + krónikus légzési elégtelenség vagy jobb szívfél-elégtelenség

*mindegyik súlyossági fokozatban kritérium, hogy a FEV₁/FVC < 70%

A GOLD (6) megkülönböztet „0” fokozatot, amely még nem COPD, hiszen légzésfunkcióval nincs kimutatott obstructio. Ezen betegek fokozott rizikójúak COPD vonatkozásában, és nyomon követésük fontos feladat. Ha a FEV₁ csökkenés éves üteme – mely normálisan <30 ml – meghaladja az 50 ml-t, akkor COPD kialakulása várható. Ilyenkor különös fontossággal bír a rizikófaktorok (pl. a dohányzás abbahagyása) elkerülése, lehetséges kiiktatása.

A diagnosztikus tevékenység során elvégzendő egyéb vizsgálatok

Mellkasröntgent elsősorban az alternatív diagnózisok kizárása szempontjából szükséges elvégezni. Emfizéma dominanciájú COPD esetén a tüdőtúltágulás radiológiai eltérései (mélyen álló, lapos rekesz, megnövekedett precordialis tér), a szegényes parenchyma rajzolat, valamint a centropiferiás ér discrepantia mellkasröntgenen jól láthatók. CT rutinszerű elvégzése nem ajánlott.

Alfa-1 antitripszin vizsgálat akkor indokolt, ha a betegnél 50 év alatt már a panacinaris emfizéma jelei mutatkoznak, és ha az enzimhiánya a családi anamnézis utal (2, 3, 6).

Artériás vérgáz vizsgálat végzendő előrehaladott

A COPD-től elkülönítendő betegségek legfontosabb elkülönítő jegyei

Asthma	<ul style="list-style-type: none"> – Kezete többnyire fiatal korban (gyakran gyermekkorban) – A tünetek napról napra változhatnak, és többnyire éjszaka és kora reggel a legkifejezettebbek – Gyakori az egyéb allergiás betegség (rhinitis és/vagy eccéma társulása) – A légúti obstructio jelentős reverzibilitást mutat
Bronchiectasia	<ul style="list-style-type: none"> – Nagy mennyiségű purulens köpetürítés (teleszáj köpés) – Gyakran társul bakteriális infekcióval – Mellkas rtg/CT hörgőtágulatot, hörgőfal megvastagodást mutat
Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> – Mellkas röntgenen infiltrátumok – Koch-pozitív köpet
Obliteratív bronchitis	<ul style="list-style-type: none"> – Fiatal korban kezdődik, nem dohányzóknál – Anemnézisben rheumatoid arthritis lehet vagy füst expozíció – CT expiratióban hypodense area-kat mutat
Diffúz panbronchiolit	<ul style="list-style-type: none"> – Többnyire nemdohányzó férfiakat érint – Csaknem mindegyiknél fennáll chronicus sinusitis – Mellkas röntgen és HRCT diffúz apró centrilobularis gócos árnyékokat és hyperinflatiót mutat

COPD-ben ($FEV_1 < 40\%$), ha a klinikai tünetek légszéi elégtelenségre vagy jobb szívfél-elégtelenségre utalnak, fontos elvégezni.

Differenciál diagnózis

A COPD-t a már említett asthma bronchiale-n kívül a congestiv szívelégtelenségtől, bronchiectasiától, az obliteratív bronchiolitistól és a diffúz panbronchiolitistól kell elkülöníteni. Az elkülönítés fő szempontjait (3, 6) a 4. táblázat tartalmazza.

A COPD-s betegek korai kiemelése

Hazánkban az orvosi vizsgálat alapján diagnosztizált COPD-s betegek száma nem éri el a 60 ezret (7). A tüdőgyógyászati hálózatban regisztrált COPD-s betegek száma csak mintegy nyolcada a becsült (4–6%) prevalenciának. Többnyire csak a már előrehaladott betegségben szenvedők, akiknek panaszai, tünetei már napi tevékenységüket korlátozza, jelennek meg az orvosnál, és kerülnek diagnosztizálásra. Az enyhe és középsúlyos COPD-s betegek döntő többsége panaszainak nem tulajdonít különösebb jelentőséget. A betegség korai felismerése és így a preventios és terápiás lehetőségek időbeni elkezdése a súlyos kórkép kialakulásának megelőzésére vagy legalábbis késleltetésére alapvető jelentőséggel bír. A COPD-s betegek korai kiemelése nem képzelhető el a háziorvosokkal való szoros együttműködés nélkül. A háziorvos munkájához jól használ-

ható segítséget nyújthat a GOLD Szakértői Bizottság 2002. november 20-i COPD Világnap alkalmával közzétett kérdőív, mely a COPD-re gyanús betegek kiszűrését célozza meg (5. táblázat).

5. táblázat

A COPD irányába feltett, az adott személy által megválaszolendő kérdések

	Igen	Nem
1. Köhög-e gyakran a napok többségében?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Van-e köpet- vagy váladékürítés a napok többségében?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Az Önnel egy korosztályba tartozókhöz hasonlóan könnyebben fullad-e, mint mások?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ön 40 évnél idősebb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jelenleg dohányzik-e vagy dohányzott-e korábban?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ha 3 vagy több kérdésre igen a válasz, felmerül a COPD gyanuja. Ez esetben szükséges – a háziorvosnál szokványosan elvégzett fizikális vizsgálat mellett a légzésfunkciós vizsgálat – vagy legalábbis az egyszerű FET teszt – elvégzése, majd a beteg pulmonológiai szakrendelésre való irányítása. A háziorvossal való jó együttműködésnek az is része, hogy a háziorvos megfelelő írásos visszajelzést kapjon a pulmonológustól a diagnózist és a javasolt kezelést illetően, hiszen az utóbbi sem képzelhető el a folyamatos háziorvosi kontroll nélkül.

IRODALOM

1. Barnes P.J., Godfrey S., Magyar P.: Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD – Chronic obstructive pulmonary disease). Martin Dunitz Ltd 2000., London.

2. Böszörményi Nagy Gy.: A krónikus obstruktív légúti betegség (COPD) diagnosztikája, kezelése. A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlása 2004. A 2003. november 21-22-én Budapesten rendezett COPD Konszenzus Konferencián elfogadott irányelvek alapján. Medicina Thoracalis 2004; 57:157-170.

3. Celli B.R., McNee and committee members. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004. 23: 932-46.

4. Hummerfelt S., Gulsvik A., Skjaerven R., Nilssen S., Kvale G., Schulheim O. et al: Decline in FEV1 and airflow limitati

related to occupational exposures in man of an urban community. Eur Respir J 1993. 6: 1095-1103.

5. Kelly C.A., Gibson G.J.: Relation between FEV1 and peak expiratory flow in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1988. 43: 335-6.

6. National Institute of Health National Heart, Lung and Blood Institute: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2001. April (Updated 2003).

7. Országos Korányi Tbc- és Pulmonológiai Intézet: A pulmonológiai intézmények 2004. évi epidemiológiai és működési adatai. 2005.

8. Swanney, MP, Jensen RL, Crichton DA, Beckert LE, Cardno LA, Crapo RO: FEV₁ is an acceptable surrogate for FVC in the spirometric diagnosis of airway obstruction and restriction. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2000;162:917-919

**Pszichoanalitikusan Orientált Pszichoterápiás Kiképző Egyesület
Szegedi Pszichoterápiás Munkacsoportja együttműködve a
SZOTE Pszichiátriai Klinikájával**

SZEGEDEN KÉPZÉST INDÍT

A képzés betekintést nyújt a pszichoterápia elméleti és módszertani alaptételeibe.

A képzés **2005. szeptember 10-én, 10 órakor** indul.

Helyszíne: I. Rendelőintézet, Szeged, Tisza Lajos krt. 97. III. emeleti előadóterem.
A képzés havonta egyszer szombaton és vasárnap lesz, 10 alkalommal.

A tanfolyam önköltséges.

Az egy éves propedeutikai fázis – önálló, akkreditált továbbképzésként – olyan szakorvosoknak és diplomás segítőknek is ajánlott, akiknek a munkájában hangsúlyos szerepet kap a kapcsolati folyamatok megértése és kezelése (pl. alapellátásban dolgozó háziorvosoknak, gyermekorvosoknak, védőnőknek). A tanfolyam hasznosítható azok számára is, akik nem akarnak pszichoterapeuta szakvizsgát tenni.

Jelentkezés és további információ:

Dr. Kassai Zsuzsa képzés koordinátornál

Telefon: 30 340-5644

E-mail: drkassaizsu@freemail.hu