

A tbc ismét a figyelem középpontjában

Napjainkban egyre többet olvassuk a sajtóban, szaklapokban, halljuk a rádióban, televízióban, hogy a szegények betegsége ismét hódít, melyet a múlt század elején Morbus Hungaricusként emlegettek. Ez a betegség nem más, mint a tuberkulózis.

A tuberkulózis már az ókori Görögországban sem volt ismeretlen. A figyelmes orvosok pontosan leírták a lázat, a hidegrázást, a bő izzadást és a végtagok fázékonyságát, a fogyást, az étvágytalanságot és a jellegzetes köhögést és köpetet. Az ilyen betegeknek – írják – „*fényes a szemük, sima bőrük sápadt vagy rózsaszínben játszó, lapockacsontjuk elálló*”.

A római orvostudomány tovább bővítette a görögöktől szerzett ismereteket. Ismerték és pontosan leírták a tuberkulózist. Felismerték, hogy a zsúfoltságban élő tömegek, amelyeknek egészségét a kemény munka aláásta, könnyen áldozatul estek a baktériumoknak, és a betegség átterjedhet egyik emberről a másikra.

A Renaissance időszakában nagymértékben elszaporodott a gümőkóros megbetegedés.

Különösen nagy gondot fordítottak a betegség terjedésére, mivel úgyszólván akadálytalanul pusztította az emberek sokaságát. Fracastoro olasz orvos és természetkutató a XVI. században felismerte, hogy milyen nehéz ezzel a betegséggel megbirkózni.

A következőképpen nyilatkozott: „*Ha maró hatású szerek segítségével el lehetne pusztítani (a kór okozóit a tüdőben), ez lenne a legjobb orvosság, mivel azonban ilyen*

módszert nem lehet alkalmazni anélkül, hogy ne veszélyeztetnénk a tüdőt, a tüdővel határos szervek útján kell végezni a kezelést”. Az orvosoknak nem sikerült a kór okát kideríteni, de a tapasztalat már rávezette az embereket arra, hogy megfelelő óvatossággal sikeresen meg lehet védeni másokat attól, hogy a betegséget elkapják. A ruházatot és az ágyneműt megfűstöltték, a köpetet fertőtlenítették, és a betegeket e célra épült kórházakban elkülönítve kezelték.

A tuberkulózis volt az a betegség, amely a legtöbb áldozatot szedte a rosszul táplált, nehéz fizikai munkát végző, nappal és éjszaka egyaránt összezsúfoltan élő emberek között. Annyira elterjedt a tüdőbaj, hogy a Viktória-korabeli regényíróknak is kedvelt témája lett, amellyel bármikor könnyekre fakaszthatták az olvasókat. Ha a törekeny sorvadó hösnőről sejtették, hogy „*tüdőveszes*”, máris érdekesnek számított. A regények azonban ritkán tárták fel a zord valóságot, amelyben a finom bánattal átszőtt történet érzelemmentes, emberi tragédiává durvult. Az 1871. évi jelentések szerint a tuberkulózis világhódító baktériuma 70000 halálesetet okozott.

Robert Koch Nobel díjas német orvos, a modern bakteriológia egyik megalapítója, 1882-ben felfedezte a tuberkulózis bacilusát, amely mérföldkövet jelentett a tudomány számára. Ugyancsak az ő nevéhez fűződik a kolera és a lépfene kórokozójának felismerése. 1890-ben a Nemzetközi Orvos Kongresszus megnyitóján Koch nagy tetszéssel fogadott előadásán bejelentette, hogy megta-

lálta azt az anyagot, amely állati szervezetben is képes megakadályozni a bacillus növekedését, és ez tuberkulin néven vált ismertté az egész világon.

1924-ben két francia bakteriológus, Albert Calmette és Camille Guérin kifejlesztett egy hatékony oltóanyagot a BCG-t, mely csökkentett fertőző képességű tuberkulózis bacillus. Ezt az anyagot a gümőkór megelőzésére használják. Sajnos azonban drámai esemény történt 1930-ban, Lübeckben. 250 gyerek valószínűleg, olyan BCG anyagot kapott, amely virulens törzseket tartalmazott és a gyermekek halálával végződött a jó szándékú megelőzés.

A betegség kezeléséhez szükséges gyógyszerek felfedezése viszonylag lassú ütemben történt és a mai napig a gyógyszerpalettán kevés az a gümőkór ellenes szer, ami a betegség gyógyításához kiválasztható.

Magyarországon a 70-es évek elején a gümőkór ellenes nemzeti programoknak köszönhetően a megbetegedések száma látványosan csökkent. A 80-as évek végétől viszont az esetek számának ismételt emelkedése regisztrálható. Az elmúlt évek során a tbc-ben szenvedők száma jelentősen emelkedett. Az epidemiológiai helyzet romlásában a gyógyszer rezisztens törzsek terjedése is szerepet játszik.

A tuberkulózis a legelterjedtebb fertőző betegség. Az emberiség egyharmada tekinthető fertőzöttnek. Ezek túlnyomó többsége a fejlődő országokban él. Évente 8-10 millió megbetegedést és 3 millió halálesetet regisztrálnak. A fejlett országokban, így Magyarországon is az elmúlt években emelkedett a frissen felfedezett, köztük súlyos megbetegedések száma. A járványügyi helyzet kedvezőtlen alakulását a magas rizikójú csoportok (HIV pozitívak) megbetegedésével, a

gyógyszerek ellenálló kórokozók terjedésével hozzák összefüggésbe.

Mind Európában, mind az Egyesült Államokban kisebb járványokat igazoltak, amit egy-egy fel nem ismert fertőző forrás környezetében jelentkező új fertőzés halmozódása okozta.

Ezek a kis járványok elsősorban szociális intézményekben, börtönökben jelentkezhetnek. Magyarországon amellet, hogy a lakosság szűrési fegyelme meglazult, az alkoholizmus, a romló szociális helyzet, a munkanélküliség, az alultápláltság jelentős szerepet játszik a megbetegedések számának emelkedésében. A gümőkóros megbetegedések kialakulásában, mind a külső, mind a belső eredetű okok az elsődlegesek.

Külső eredetű fertőzést igazol, hogy a betegek 25%-nál a családban már volt tbc-s beteg, vagy közvetlen környezetében él, vagy élt tbc-s beteg, aki fertőző forrásként szerepelhet, ugyanakkor életmódjukból adódóan családjukon kívül is kapcsolatba kerülhetnek beteg emberekkel.

A belső eredetű megbetegedést magyarázza a leromlott fizikai állapot, az alkoholizmus, a drog, a HIV fertőzés. Gyakran tapasztaljuk napi munkánk során, hogy az egészségügyi felvilágosító munka mennyire szervesetlen. Nemcsak a laikus, de még az egészségügyben dolgozók is félnek a külső eredetű fertőzés lehetőségétől.

A fertőzés egyetlen módja a cseppfertőzés, de függ a baktériumtörzs virulenciájától és az egyén szervezetének immunállapotától.

A beteg ember köhögéssel a levegőbe juttat parányi cseppeket, mely zsúfolva van baktériumokkal, ennek folyamatos belégzése betegíthet meg. Zárt, szellőzetlen helyiségben a cseppek sokáig lebeghetnek, inhalációval az egészséges ember szervezetébe

juthatnak. Miután több millióra szaporodott a szervezetben (ez kb. egy-másfél hónap), a tüdőben gyulladással reagiót okoz. Ez a gyulladás meszesedéssel gyógyulhat, de kezeletlenül a betegség súlyosabb formájába megy át. A baktériumok a szervezetben „*alvó állapotba*” is kerülhetnek, nem pusztulnak el és évek, évtizedek múlva a szervezet immunállapotának függvényében mintegy újra éledve, felélesztik a betegséget.

Maga a kórokozó (*Mycobacterium*) igen szívós, de a fényre, az ultraviola sugarakra igen érzékeny. Tehát sötétben, nedves közegben, hidegben ellenálló. Ez a magyarázata, hogy a rossz higiénés és lakásviszonyok között, zárt közösségekben (börtönök, kollégiumok, szociális otthonok) igen magas a fertőzés lehetősége. A gyakori lakás-, ruha-, ágynemű-szellőztetés, napon való szárítás néhány nap alatt elpusztítja a baktériumot. A klór tartalmú fertőtlenítő és mosószerek igen hatékonyak a kórokozó ellen.

A büntetés-végrehajtási intézetekben változatlanul magas a régi tbc-s betegek száma, de a friss megbetegedések számában is növekvő tendencia van. Tapasztaljuk, hogy a friss megbetegedések súlyosabb kórfórmában jelentkeznek és egyre több a gyógyszer rezisztens törzsekkel fertőzöttek száma. A mi beteganyagunkban az életkori szóródás is elég nagy a 20 és 50 év között. Férfiak és nők közötti megoszlásban sincs meghatározó különbség. Tüdőosztályunkon vizsgált és kezelt fogvatartottnaknál egyértelműen bizonyítható, hogy az alkoholizmus, a hajléktalanság, a bűnöző életmód a legfőbb kórokozó tényező.

Magyarországon igazságügy-miniszteri rendelet szabályozza a fogvatartottak egészségügyi ellátását.

E rendelet és módszertani útmutató írja elő a gümőkór kiszűrésével, gyógykezelésével

és utógondozásával összefüggő eljárásokat. A fogvatartottnak részt kell venniük a szűrővizsgálaton, de nem kényszeríthetők. A büntetés-végrehajtási letöltő intézetek évente egy alkalommal szerveznek a megyei mozgó szűrőállomások intézetbeli kitelepülésével tüdőszűrő vizsgálatokat. Több megyei intézetben már a befogadásnál a helyi tüdőgondozókban elvégeztetik a vizsgálatokat. Ez azonban koránt sem jelenti azt, hogy minden tbc-s, vagy daganatos beteg kiszűrhető.

A fogvatartottak részvételi aránya ezeken a szűréseken megközelíti a 80%-ot. A kieső 20% az időközbeni szabadulás, ideiglenes távollét, bírósági eljárás vagy egyéb okok, illetve más intézetbe való átszállítás miatt hiányzik. Így fordulhat elő, hogy egy fertőző beteg akár több hetet is eltölthet zárt közösségben anélkül, hogy tudná, mennyire fertőzi társait. A tüdőszűrések elvégzésének ellenőrzését, a betegség gyanúja miatt kiemelt fogvatartottakkal kapcsolatos teendőket a Bv. Központi Kórház szakmailag felügyeli.

A Bv. Központi Kórház Tüdőosztályának feladata, hogy a tüdőszűrésen kiemelt gümőkóros betegeket ismételt vizsgálatok után, ha szükséges, osztályára felvegye, kivizsgálja, gyógykezelje, és utógondozásáról gondoskodik. A kivizsgálás során amennyiben bebizonyosodik, hogy fertőző betegről, vagy frissen felfedezett, de bacilust nem ürítőről van szó, írásban értesíti a beutaló intézet egészségügyi szolgálatát a lehetséges kontaktok felkutatása érdekében, egyben a kiemelt betegek lakhely szerint illetékes tüdőgondozóját is írásban tájékoztatja.

A kórházi kivizsgálás és gyógykezelés hatékonysága érdekében a lakhely szerinti illetékes tüdőgondozóból írásban megkéri az

összes fellelhető orvosi dokumentációt (lásd: az előző évek szűrőképeit).

A kórházi kezelés addig tart, amíg a fertőzőképesség meg nem szűnik, illetve tökéletesen bizonyítható a kezelés hatásszája. Ezután kerülnek vissza a közösségbe – a büntetés-végrehajtási intézetekbe –, ahol a zárójelentésen megjelölt gyógyszeres kezelést előírás szerint folytatják az alapellátó orvos felügyeletével. A börtönbüntetés időszakában rendszeresen kontroll vizsgálatokra visszajárnak a Bv. Központi Kórház tüdőosztályára. Sajnos a fogvatartott tüdőbetegek nagy számánál a kezelések hatékonysága csak a fogvatartás időszaka alatt mérhető reálisan.

A betegség gyógyszeres gyógyítása természetesen orvosi feladat, de a gyógyszerek bevételének ellenőrzését az ápolók végzik. Gyakran tapasztaljuk, hogy miután a betegség kifejezett fájdalommal nem jár, a betegeknek nincs betegség tudatuk, megpróbálják a számukra előírt, valóban sok tablettá, kapszula bevételét mellőzni, ezzel hátráltatva gyógyulásukat. Sokkal szívesebben fogadják el az általuk is jól ismert vitamin készítményeket, mint a napi 15–20 szemből álló gyógyszeradagot. Sok türelmet és időt igényel felvilágosításuk, hogy mindezt gyógyulásuk érdekében, de kellő szigorral tesszük. A legnagyobb ellenállást és visszatartást éppen azok a betegek tanúsítják, akiknek a betegségük a legelhanyagoltabb stádiumban van és közvetlen fertőző forrásként is szerepelnek, ezért osztályunkról el sem tudjuk bocsátani, de közösségbe sem engedhetjük őket.

Ápolásukat illetően elsősorban meg kell ismertetni velük a legalapvetőbb higiénés ismereteket, fel kell hívni figyelmüket saját környezetük tisztántartására és beteg társaikkal szembeni magatartásra, mint pl.: köhög-

géskor és köpetürítéskor papírzsebkendő, papírvatta, köpöcsésze használata.

Amennyiben a fogvatartott szabadulásának ideje ismert, a lakhelye szerint illetékes tüdőgondozót tájékoztatjuk, és a szükséges orvosi dokumentációt megküldjük, hogy a rendszeres ellenőrzés és folyamatos gyógyszerellátás biztosítva legyen. Nagyon sok esetben tapasztaljuk, hogy szabadulás után nem jelentkeznek a tüdőgondozókban, így az ellenőrzési rendszerből kiesnek. Hangsúlyozom, hogy a tüdőgyógyász hálózatban függetlenül attól, hogy polgári vagy büntetés-végrehajtási intézményről van szó, szoros szakmai kapcsolat alakult ki az évtizedek során, éppen azért, hogy a tuberkulózisos betegek egy folyamatos ellenőrzési rendszerben legyenek.

Azoknak a beteg fogvatartottaknak, akik szabadulás után még kórházi kezelésre szorulnak, azoknak megszervezzük polgári gyógyintézetbe való elhelyezését és átszállítását. Összefoglalva: a büntetés-végrehajtási intézetekben a szabadságvesztésüket töltő fogvatartottak tüdőszűrése, tuberkulózisos kivizsgálása és gyógykezelése, valamint gondozása évtizedek óta jól szervezett.

A tuberkulózis újraeredése nagy kihívás mindenki számára, főleg az alapellátásban és a rizikó csoportokkal foglalkozó szakemberek számára. A betegség továbbra is a hátrányos szociális helyzetűek növekvő populációjára koncentrálódik.

Az Egészségügyi Világszervezet is felfigyelt a tbc újbóli terjedésére, és új nemzeti programok kidolgozását sürgeti, melynek célja, hogy 2004-ig lényegesen csökkenjen az ebben a betegségben elhunytak száma.

Dr. Barna Ildikó