

A tüdőszanatóriumoktól a modern pulmonológiáig

Hosszabb túlélés tüdőrákban

A legfontosabb közeljövőbeli feladatnak a szakmák közötti együttműködés erősítését tartja a Törökbalinti Tüdőgyógyintézet orvosigazgatója. A pulmonológus, onkológus és belgyógyász szakképzetségű Tolnay Edina, aki a Budapesti Corvinus Egyetem egészségügyi menedzserképzőjét is elvégezte, az orvosigazgatás mellett általános tüdőgyógyászati osztályt is vezet az intézetben. A pulmonológia újdonságairól kérdeztük.

■ *Milyen napjainkban a tüdőgyógyász szakma és a Törökbalinti Tüdőgyógyintézet helyzete?*

– Magyarországon 600–700 pulmonológus van, tehát nem egy kis szakma; a fő gondja az, hogy előregedőben van. Bár országosan az utánpótlás szűkös, nekünk nagy előnyünk, hogy vannak rezidenseink.

Törökbalint más szempontból is kitüntetett pozícióban van. Egyrészt rendezett a gazdasági helyzetünk, másrészt nagyon jó csapatot sikerült az évek alatt összekovácsolni, és jól felszerelt az intézet. Harmadrészt vidéki szakkórház létünkre egyetemi szintű háttérintézményünk van: együttműködünk az 1-es számú Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézetrel, oda küldjük a szövetmintákat. Három megye népességének megfelelő lakosságot látunk el; beutalási területünkön közel másfél millió ember él. Az onkopulmonológiai ellátás szempontjából országos szinten a második legnagyobb esetszámú ellátók vagyunk az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet után.

Érdemes megemlíteni, hogy az onkológiai szakmai kollégium szakértői csoportja a Tüdőgyógyász Szakmai Kollégiummal közösen a közelmúltban aktualizálta a kissejtes, a nem kissejtes tüdőrák és a mezotelióma kezelésének protokollját – jó látni, hogy a legfrissebb eredményeket is beépíthettük, és nagy öröm, hogy a modern szerek zömét finanszírozza a társadalombiztosító.

■ *A dohányzás továbbra is legális, noha világszerte évente 5 millió halálért – a tüdőrák okozta halálozás 90–95 százalékáért, az összes rákhalálozás 30–35 százalékáért, az idült gyulladásoz légúti betegségek 80–85 százalékáért, a koszorúér-betegségek 30 százalékáért – felelős. Mit gondol, megoldás lenne a dohányzás betiltása?*

– A statisztikák azt mutatják, hogy ahol megszigorították a nyilvános helyen való dohányzást, ott lényegesen csökken a dohányosok és a dohányzás okozta betegségek száma. A korlátozás a nemdohányzók védelme szempontjából is nagyon fontos, hiszen a passzív dohányzás ugyanúgy rákot és COPD-t okozhat. Egy évszázadok óta megtört és hatalmas

gazdasági hasznot hordozó szer betiltását viszont nem látom megvalósíthatónak.

■ *Klaus Rabe és munkatársai arra hívják fel a figyelmet A tüdő éve című írásukban a The Lancetben, hogy a tüdő egészségével nem foglalkozik eleget a közvélemény, a kutatásokat nem finanszírozzák kielégítően, és a politika nem ismeri fel a légzőrendszeri betegségek jelentőségét, holott a légúti betegségek a második helyen vannak (a kardiovaszkuláris betegségek után) a halálozást, az incidenciát, a prevalenciát és a költségeket tekintve. Mi lehet ennek az elhanyagolásnak az oka?*

– Valószínűleg a szakma kommunikációs hibája is – Európaszerte, de Magyarországon különösen –, hogy nem tudja ezeknek a betegségeknek a valódi jelentőségét megfelelően prezentálni a nagyközönség, az alapellátás és a politika felé. Az is közrejátszhat, hogy a tüdőrák kezelése kevésbé sikeres, mint más szolid tumoroké (pl. emlő-, vastagbélrák); a COPD kezelése szintén kevésbé hálás feladat, mint az egyébként társbetegség kardiovaszkuláris rendellenességeké. Csak napjainkban változtak meg a tüdőrák kezelési protokolljai: az elmúlt három évben több új kezelési lehetőség jelent meg, mint előtte másfél évtizedig, s az ezekkel elért terápiás eredmények lassú, de érzékelhető javulást hoztak a betegek életkilátásaiban. A tüdőgyógyász szakmának erősítenie kellene az együttműködést az alapellátással (ilyen kooperáció a diabetológia vagy a lipidológia és az alapellátás között már kialakult), hogy a háziorvosok tudják, nemcsak a rendszeres vérnyomás-, vércukor- és vérsírszint-ellenőrzés a fontos, hanem a dohányosok légzésfunkciójának ellenőrzése is.

A pulmonológus szakma átalakult, hiszen jelenleg a betegek minimális hányadát teszik csak ki a korábban nagyszámú tbc-s páciensek; ma az esetek közel felét a daganatos, a fennmaradó hányadot pedig a krónikus légúti betegek (asztdma, COPD) adják. A pulmonológiák egyelőre mégsem váltak ambuláns szaktanácsadó központtá: a tüdőgondozó intézetek sok helyen még mindig csak a tbc-s betegek ellátását jelentik az alapellátásban dolgozó kollégák számára.

■ *Nagy előrelépés a célzott biológiai kezelés megjelenése, az epidermális növekedési faktor receptor (EGFR), illetve az angiogenezis gátlása a pulmonológiában annak ellenére is, hogy mindössze két hónappal növelik meg a progressziómentes túlélést és az össztúlélést egyaránt?*

– Ezek az adatok korábbi vizsgálatokon alapulnak, amikor második és harmadik vonalban alkalmazták a biológiai szereket. Idei eredmények szerint bizonyos betegcsoportokban – ilyen a funkció-nyerő, aktivációs mutáció megléte a daganatsejteken – az EGFR gátlás elsővonalbeli kezeléssé válhat. Az európai populációban a nem kissejtes tüdőrákos betegek 10–15 százaléka tartozik ebbe az alcsoportba. Körükben a progressziómentes túlélés célzott kezeléssel megközelíti a tíz hónapot, ami standard kemoterápiával kezelve a nem szelektált betegcsoportot 4,5 hónap. De a túlélés is megduplázódik, sőt egyéb kiegészítő kezelésekkel elérheti a két évet. Ez már jelentős eredmény. Az angiogenezis gátlókkal kezelt betegek teljes túlélése pedig 4 hónappal haladja meg a korábbi kezelésekkel elértet.

Az új, biológiai kezeléseknél az is az előnyük, hogy kevesebb és enyhébb mellékhatással járnak, a betegek életminőségét kevésbé rontják, mint a kemoterapeutikumok (az EGFR gátló ráadásul tablettában hozzáférhető, ami lehetővé teszi az otthoni kezelést), és a tünetenyhítés fejlődése is jelentős volt az elmúlt évtizedben. Az antiemetikumok tolerálhatóvá tették, sőt esetenként az émelygés szintjére redukálták a kemoterápiát kísérő hányást, a major analgetikumok új alkalmazási módjai (tabletta, transzdermális tapasz) ambulánsan is elérhetővé váltak, és akár teljesen fájdalommentessé teszik a beteget. A daganatot kísérő étvágytalanságot, fogyást is tudjuk már olyan szinten befolyásolni, hogy a beteg visszanyerje a súlyát és ezáltal a terhelhetőségét. Az utóbbi években, bár nem nagyszámú változásról van szó, egyre több olyan betegünk van, aki a kezelés során fenn tudja tartani a normális életvitelt.

■ *A New England Journal of Medicine-ben írják Amy Kelley és munkatársai, hogy nem kissejtes tüdőrákos betegeknél a korai palliatív kezelés jelentősen, a kemoterapeutikumoknál és a másod-, harmadvonalban alkalmazott biológikumoknál is hosszabb idővel növeli meg a túlélést. Mennyire elterjed nálunk a palliatív ellátás?*

– Nagyon érdekes a cikk, amit szóba hozott, a Tüdőgyógyászati című szaklapunkban, ami a Ma-



Fotó: Bodó Gábor

gyar Tüdőgyógyászati Megújulásért Alapítvány folyóirata, referáltuk is. A Tüdőgyógyászati egyébként szabadon hozzáférhető az interneten; főleg a gyakorlat felé orientálódik, és mivel úgy vettük észre, hogy a szakirodalom nyomán követése nem fér bele mindenki életébe, ezért annak legfrissebb eredményeit is igyekszünk bemutatni. Visszatérve az említett tanulmányra, az azt taglalja, hogy azok a betegek, akik a kemoterápia indításával egyidejűleg már palliatív kezelést és tanácsadást is kaptak, sokkal tovább és jobb minőségben éltek – hiszen többek között nem kellett szoronganiuk attól, hogy magukra maradnak a szenvedés során vagy a munkából kiesve éhen halnak, hanem maguk mögött tudhattak egy csoportot, amelyik támaszt nyújtott nekik.

Azt is tisztázták a vizsgálat során, hogy nagyon sok felesleges életvégi tortúrától megkímélődtek ezek a páciensek, hiszen jelezheték például, ha nem kívántak reszuscitációt vagy intenzív terápiás ellátást. Vagyis a korai palliatív ellátással kiegészült kezelés nemcsak humánusabb, hanem még olcsóbb is.

Magyarországon nemhogy a korai, de a késői palliáció sem megoldott, holott a Hospice Alapítvány és a többi hasonló munkacsoport óriási erőfeszítéseket tesz ennek érdekében.

Fontos előrelépésnek tartanám, ha a nagy onkológiai centrumokban olyan palliatív munkacsoportokat alakítanának ki, amelyek révén nem csak a lelkiész vagy a dietetikus lenne elérhető, de a pszichológus és a szociális mun-

kás is, akik nemcsak az onkológiai team döntéshozását segítenék információkkal, de a hozzátartozókat is tudnák támogatni.

Az onkológiai szakmai kollégium, amelynek tagja vagyok, mivel nem kapott arról értesítést, hogy felmentenék a feladata alól, teljes életben dolgozik; a soron következő ülésen tárgyaljuk többek között a palliatív orvosi licencvizsga lehetőségét is.

■ *Mennyire tartja jelentősnek azt a felfedezést, amit Stephen Liggett és munkacsoportja jelentetett meg a Nature Medicine-ben: azt találták, hogy a tüdőben keserűt érzékelő receptorok vannak, amelyek ingerületbe jöve többszörösen hatékonyabb hörgőtágítók, mint az asztma jelenleg elérhető gyógyszerei?*

– Ha ezt a felfedezést 10–15 év múlva a klinikumban is használhatjuk, az nagy öröm lesz, jóllehet az elmúlt évtizedekben nagy az áttörés e betegség kezelésében. A '70-es években még nem volt ritka, hogy fiatal betegek haltak bele egy súlyos asztmás rohamba. Viszont a múlt évszázad végén bevezetett hosszú hatású hörgőtágítók és az inhalációs kortikoszteroidok olyan szinten változtatták meg a kórkép megjelenését, súlyosságát, hogy az zömében ambuláns betegséggé vált. A páciensek egy kis hányada azonban ma sem reagál a szokványos fenntartó kezelésre, a betegség az életüket is veszélyeztetheti; az ő számukra óriási lehetőség, ha új hatásmechanizmusú gyógyszerek kerülnek kifejlesztésre.

DR. KAZAI ANITA