

ORVOSI HETILAP

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:

MARKUSOVSKY LAJOS
1857-ben

Szerkesztő bizottság:

ALFÖLDY ZOLTÁN DR. * DARABOS PÁL DR. * FISCHER ANTAL DR. * HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR. * SÓS JÓZSEF DR. * SZÁNTÓ GYÖRGY DR.
Felelős szerkesztő: TRENCSENI TIBOR DR. * Szerkesztő: BRAUN PÁL DR.

104. ÉVFOLYAM 26. SZÁM, 1963. JÚNIUS 30

Debreceni Orvostudományi Egyetem, II. Belklinika

A rheumás láz megelőzése

Petrányi Gyula dr.

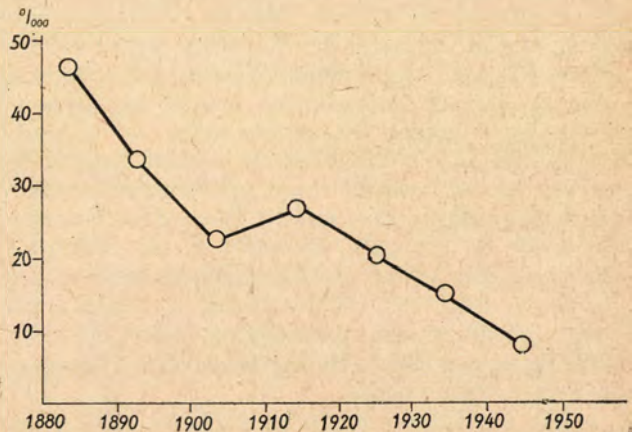
A megelőzés módja és szervezeti végrehajtása az aetiopathogenezisből folyó következtetésekre épül fel. A rheumás láz aetiologiai tényezőjéül már a legtöbb orvos elfogadja az A típusú beta-haemolytikus Streptococcusok döntő jelentőségét, de azt, hogy a fertőzés után miképpen jön létre a rheumás *carditis* súlyos következményeivel és a múltó akut rheumás polyarthritiss ill. chorea minor, nem tudjuk. Ezért el kell választanunk a megelőzés szempontjából az aetiológia és a pathogenezis problémáit. A megelőzés szempontjából szerencsés, hogy legalább az aetiológia részben ismertnek tekinthető. A streptococcus szerepét a megelőzés erre alapított módjának sikerei is bizonyítják.

A rheumás lázat — a megelőzés eredményei alapján is — élesen el kell választanunk a rheumás jelzőjú egyéb betegségektől, így elsősorban attól a betegségtől, melyet az amerikai—angol nomenklatura rheumatoid arthritis (RA), a német *primær krónikus polyarthritiss* (PCP), a francia pedig *polyarthrite chronique évolutive* (PCE) néven nevez, mert nem ritkán ez is jelentkezhet akután és a SLE (szisztémás lupus erythematosus) syndroma keretében még néha vitiummal is járhat. Döntő a különbség az aetiológiában és a megelőzés lehetőségében: a rheumás láz a streptococcus infekció kivédésével megelőzhető, viszont az autoimmun zavarokon alapuló, ún. collagen betegség körbe tartozó RA (PCP, PCE) és SLE nem előzhető meg, sőt a profilaktikumként alkalmazott antistreptococcalis gyógyszerek, mint a sulfonamidok és penicillin néha súlyos föllángolásukat robbanthatják ki. Az akut rheumás láz súlyos, a beteg idő előtti munkaképtelenné válásával és halálával járó következménye a rheumás vitium. Az akut rheumás lázas polyarthritiss viszont magától is meggyógyul, nem lesz belőle a RA-hoz hasonló »secundær, chronikus« polyarthritiss. Ez az elnevezés ma már differenciáldiagnosztikai tévedésnek minősíthető. A rheumás láz jelentősége tehát kizárólag a rheumás *carditis*re, valvulitisre és az ebből származó vitiumra szűkíthető. A rheumás láz megelőzése a streptococcus aetiológia alapján csökkentheti a vitiumos

betegség számát, de nem csökkentheti a krónikus polyarthritisszesekét.

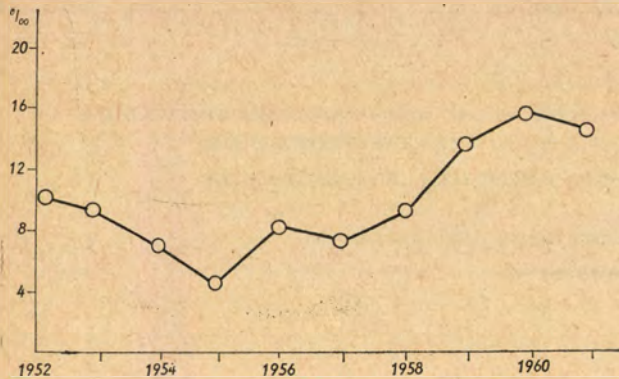
A rheumás láz megelőzésének jelentőségét aláhúzza a rheumás vitiumok gyakorisága. Nálunk sajnos a rheumás láz nem tartozott a bejelentési kötelezettségű betegségekhez, ezért csak annyit tudunk róla, hogy gyakori. Klinikai betegforgalmi statisztikáink szerint a rheumás lázas betegek — ha minden beteget attól függetlenül, hogy hányszor került fölvetelre csak egyszer, egynek számolunk — kb. 3%-ot tesznek ki (Szabó T.). Nagyjából hasonló az összlakosságra vonatkoztatott morbiditási index azokban az államokban, ahol ilyen irányú vizsgálatok történtek (Edström, Friedberg, Lichtwitz, Martin, Paul, Rowntree).

Ahhoz, hogy a streptococcus infekció elleni küzdelem eredményességét a rheumás láz megelőzésének szempontjából értékelni tudjunk, nem sza-



1. ábra. A feb. rheum. gyakorisága (Kallio, Helsinkai)

bad elfelejteni, hogy a rheumás láz morbiditása elég megbízható statisztikák szerint 1880 óta erősen csökkenő tendenciát mutat (Arnott, Brochner—Mortensen, Edström és Gedda, Hitchens, Kallio, Knowlden, Leff, Wallace és Rich) és a második világháború után érte el legalacsonyabb szintjét. (1.



2. ábra. A feb. rheum. gyakorisága (Debrecen)

ábra). Nálunk (2. ábra), a legutóbbi években (Hajdú-Bihar megyében) azonban újra emelkedést mutatott (Szabó T.). Mindkét epidemiológiai jelenség amellet szól, hogy az ötvenes években észlelt alacsony morbiditási szint nem függ össze az antibiotikumok elterjedésével. Ez a spontán morbiditáshelyettesítés csökkenés valószínűleg több tényezőre vezethető vissza, melyeknek vizsgálata a megelőzés szempontjából szintén nem érdektelen.

Az aetiológia mellett a pathogenezis is jelentős a megelőzés szempontjából. Ezért még 3 morbiditási indexszámot kell ismernünk: azt, hogy 1. a streptococcus infekciót, melyen valószínűleg minden ember többször is átmegy, milyen gyakran követi rheumás láz, ill. rheumás carditis, 2. hogy fordítva, e következmények anamnesisében milyen gyakran szerepel a streptococcus infekció, részben klinikai tünetek alapján, részben bakteriológiai vizsgálatokkal megerősítve, 3. a már egyszer megbetegedettekben milyen gyakoriak a recidívák.

ad. 1. A streptococcus infekciót követő rheumás láz gyakoriságára elég sok adatunk van (Glover, Madsen és Kalbak, Weinstein és Potsabay, Rammelkamp et al., Thomas, Catanzaro et al., Rantz, Taran és Jablon, Aikawa, Adams, Morris et al., Quinn, Lazar et al., McCarty, McDonald, Fischer, Küster, Stollermann, Rottini és Bertoli). A régebbi szerzők morbiditási indexe az infekciót követőleg átlagban 3%-ot mutatott, de az újabb vizsgálatok szerint még kisebb a morbiditási index és csak kb. 0,3% körül van a streptococcus infekció ellen irányuló kezelés nélkül. (Saslaw és Streitsfeld, Cornfield és Hubbard, Brumfitt et al., Holmes és Williams, Siegel et al.) Penicillinpreventióval ez majdnem 0-ra volt csökkenthető. A penicillinpreventio eredménye a gondozott esetekben 80—100% volt. Ez persze csak a rh. láz recidíváira vonatkozik és nem a vitiumokra.

ad. 2. Bakteriológiailag majdnem 100%-osan ki lehet mutatni a rheumás láz előtt a streptococcus infekciót, mégis a rheumás láz anamnesisében a be-

tegnak panaszt okozott felsőlégúthurut, tonsillitis, csak kb. 60%-ban szerepel: úgyhogy emiatt a febris rheumatica jelöltjeinek 40—50%-a eleve nem kerül kezelésre, mert nem fordul orvoshoz; ugyanakkor azt is tudjuk, hogy a hurutok jelentős része nem streptococcus eredetű, tehát nem fog rheumás lázhoz vezetni. Nem tudjuk, hogy általánosságban a streptococcus hány %-ban okozója a felsőlégúthurutoknak, mert ez időszakonként is változhat. Siegel és társai vizsgálatosorozatában a felsőlégúthurutoknak csak 48%-át okozták betahaemolytikus streptococcusok. Klinikai alapon, bakteriológia nélkül a streptococcus infekción alapuló felsőlégúthurut nem ismerhető fel biztosan, nem különíthető el egyéb torokgyulladásoktól (Landesman et al., Chapel et al., Bishop et al., Brumfitt et al.). A bakteriológiai vizsgálatok minden torokgyulladás esetén nem hajthatók végre, a torokgyulladások rendkívüli gyakorisága miatt.

ad. 3. A rheumás-láz recidívák számát kb. 40—80%-ra tehetjük, ami az egyszer megbetegedettek óriási érzékenységére és veszélyeztetettségére mutat. Ebből két következtetés lehetséges: 1. az első attack hajlamot teremt, vagy — és ez talán a valószínűbb —, hogy 2. a természetes infekció maga kiszűri és megbetegíti az eleve hajlamosokat. A fennálló hajlam kimutatására azonban egyelőre nincs módszer. Az eddig ajánlottak (streptococcus cutan próbák) még nem váltak be, pedig a fenyegetettek kiszűrése még az első attack előtt nagy segítséget adna a rheumás láz megelőzéséhez.

A morbiditási adatokat összefoglalva (táblá-

Táblázat Premisszák

I

Feb. Rheum. frequentia strc. infectio után	
egészségeseken	kb 0.3%
az első attack után	40—80 %

II.

A strc. infectio frequentiaja	
az egész lakosságban	100% + x
Feb. Rheum. előtt bacteriol.	-100%-ig
torokgyulladásokban átlagban	50%
ebből tünetmentes kb.	50%

III.

Penicillin-preventio várható eredménye

A) minden torokgyulladást kezelve	
a Feb. Rheum. csökkenése	50 %
főlölesleges kezelések száma	kb. 99.7%
B) Feb. Rheum. recidiva preventio	80—100 %
főlölesleges kezelések	?— 0 %

Konkluzio

Penicillin Preventio

1. Mérlegelhető egyéni profilaxisként valószínű strc. torok esetén.
2. Ajánlatos alkalomszerűen strc. légúthurut epidemia (zárt közösségben).
- 3) Szükséges tartósan Feb. Rheum. első attack tánu (főként ha még nincs vitium)

zat) azt mondhatjuk, hogy a streptococcus torokgyulladás kivédésével a rheumás láz megelőzhető lenne, de csak részben, mert a panaszt alig okozó streptococcus felsőlégúthurutok, tehát a kezelés nélkül maradók száma kb. 50%, ami azt jelenti, hogy minden torokgyulladás válogatás nélküli penicillin kezelése is a rheumás láz ill. vitium előfordulását a jelenleginek kb. csak a felére csökkentheti.

Arra vonatkozóan a különböző kutatók meg-egyeznek egymással, és eredményeiket elfogadjuk, hogy a penicillin kezelés eredményes a streptococcus infekciók kezelésében, resistencia eddig számottevően nem alakult ki, de ahhoz, hogy a penicillin a rheumás láz ellen is eredményes legyen, idejekorán és megfelelő dózisban kell adni. Ezek egymagukban külön-külön is megtárgyalandó problémák. A *tömegmegelőzés szempontjából* azonban határozottan föl kell tenni a kérdést, hogy érdemes-e általában minden torokgyulladás esetén válogatás nélkül korai kellő dózisu penicillinkezelést végezni, amikor egyrészt legfőljebb csak kb. minden háromszázadik torokgyulladás vezethet rheumás lázhoz, másrészt, mert az eredmény így is csak kb. 50%-os lenne, hiszen az olyan tünetszegény streptococcus infekciók, melyek miatt a fertőzött nem fordul orvoshoz, még mindig kezelés nélkül maradtak. A válogatás nélküli penicillinkezelése a torokgyulladásoknak az óriási gyógyszer-orvos-adminisztráció felhasználás miatt nemcsak nagy nehézségekbe ütközik, hanem számításba kell venni a *penicillin-allergizálódás lehetőségét és veszélyét is*, mely nem lebecsülendő a rheumás láz elleni kb. 1:300-as találat biztonság mellett.

Mindezekből következik, hogy a *rheumás lázon még át nem ment* emberek chemoprofilaxisát *tömegében* csak a járványos esetekre kell korlátozni, amikor egy zárt közösségen belül torokgyulladás járvány tör ki (pl. kollégium, katonaság, kórházi osztály stb.) Ilyenkor van mód a bakteriológiai vizsgálat elvégzésére néhány típusos esetben, de ha nem kapunk gyorsan eredményt, akkor a penicillin profilaxist ennek bevárása előtt el kell végezni, mégpedig nemcsak a megbetegedetteken, hanem minden feltehetően exponálton (contacton). Tapasztalatok szerint, ilyenkor előszörre 600 000 E penicillin adása látszik célszerűnek im. injekcióban, melyet másnap egy zárt másikkal azonos dózisu im. injekció követ, de ugyanakkor egy 2 400 000 E-es depot penicillin adása is ajánlatos. Per os penicillin-szedés is végezhető V-penicillinnel, vagy más újabb szintetikus penicillinnel. Súlyos allergiás reakció veszélye így sokkal kisebb. *Gottsegen* hazai epidemiológiai adatai alapján a rheumás láz őszi maximumáért nem annyira az időjárás, mint inkább az őszi szoros együttélés, iskola-kezdés felelős. Ez jól összegelezhető a mi megfigyeléseinkkel is, mely szerint pl. 1960-as ritka nagy őszi maximum idején szokatlanul szép, száraz meleg volt az időjárás (*Szabó T.*).

Miután az infekció átadás lehetőségét a tömeges összejövetelek elősegítik, ezért fölvethető javaslatként, hogy az őszi maximumok idején fiatal-

korúakat az iskolaorvosi rendszer keretében lehetne per os penicillin profilaxisban részesíteni (szépt., okt., nov. hónapokban havi egyszeri 2,4 milliós beacillin injekció), kísérletileg, egyelőre egyik kisebb egyetemi városban. Ugyanott azok a fiatalok, akik más iskolakezdéssel tanulnak, annak megfelelően kaphatnák az alkalmoszerű penicillin-preventiót.

Más a helyzet a rheumás lázon egyszer már biztosan, vagy feltételezhetően keresztületesekkel. Ezeket gondozásba kell venni és miután a recidiva valószínűsége az első attack után az első egy-két évben a legnagyobb, eddig rendszeres penicillin-profilaxisban kell őket részesíteni, az év nagyobb részében, melyben a felsőlégúthurutok gyakoriak és a továbbiakban pedig minden torokgyulladás járvány idején (mely streptococcus eredetűnek minősíthető). Alkalmazhatunk hatásos per os penicillin-készítményt is, de ha nincs biztosítva, hogy a beteg naponta rendszeresen beveszi a kb. 200 000 E-et, célszerűbb 2—3 hetenként 2 400 000 E Beacillint adni.

Magyarországon az Eü. M. 37 645/1960 sz. hivatalos közleménye intézkedett először a rheumás láz gyakoriságának felméréséről, de kísérletképpen egyelőre csak a 4 orvosegyetemmel rendelkező nagyvárosban (Budapest, Debrecen, Pécs, Szeged), 1 évi időtartamra. Ugyanez a közlemény elrendelte a *beteg* gondozásba vételét és penicillin profilaxisát, a penicillin ingyenes biztosításával a gondozottak részére.

A megelőzésben szólni kell a fertőzés forrásáról, streptococcus-ürítőkről, bacillusgazdákról, akiknek nagy része szintén eredményesen kezelhető penicillinnel, de nagy számuk miatt a streptococcus infekció kipusztítása egyelőre reménytelen.

Összefoglalás:

A streptococcus-fertőzések penicillin kezelésének indikációit a rheumás láz preventiójára a táblázatban már összefoglaltuk.

A penicillin profilaxis tömegmértű kivételének nehézségeit látva meg kell állapítanunk, hogy bár ma ez az egyetlen járható út, nem jelent megoldást, legfeljebb enyhülést hozhat. Sokkal jobb módszerek keresésére van sürgősen szükség. Rendkívül fontos és érdekes adat, hogy a streptococcus betahaemolytikus infekción átesettek 0,3 százaléka betegszik meg rheumás lázban, véleményem szerint azonban sokkal érdekesebb ennél, hogy *miért nem betegszik meg a többi 99,7%*. Ennek egyik oka lehet a kórokozóban, tehát intézményes streptococcus-kutatást kellene végezni. Másik oka az emberben lehet. Az aetiológiai ágens pontosabb megismerése mellett tehát gondot kell fordítani a rheumás lázra hajlamosító tényezők kutatására is. A hajlamosság kiszűrésének és az aktív immunizálásnak a lehetőségeit kellene alaposabban tanulmányozni.

Irodalom: a szerzőnél az érdeklődők rendelkezésre áll.