

EPIDEMIOLÓGIA I.

Alapfogalmak

TANULJON EPIDEMIOLOGIÁT!

- mert része a curriculumnak
- mert szüksége lesz rá a bármilyen tárgyú TDK munkában, szakdolgozat és rektori pályázat írásában
- mert szüksége lesz rá a folyamatos szakmai fejlődéshez
- mert elengedhetetlen a népegészségtan további fejezeteinek megértéséhez
- mert érdekes (hedonistáknak)

AZ EPIDEMIOLOGIA DEFINÍCIÓJA

„Az egészséggel kapcsolatos állapotok, jelenségek megoszlásának és az előfordulásukat befolyásoló tényezőknek a tanulmányozása egy meghatározott populációban azzal a céllal, hogy eredményeit felhasználja az egészséggel kapcsolatos problémák felügyeletéhez és megoldásához.”

V. Hajdú P., Ádány R.: Epidemiológiai szótár

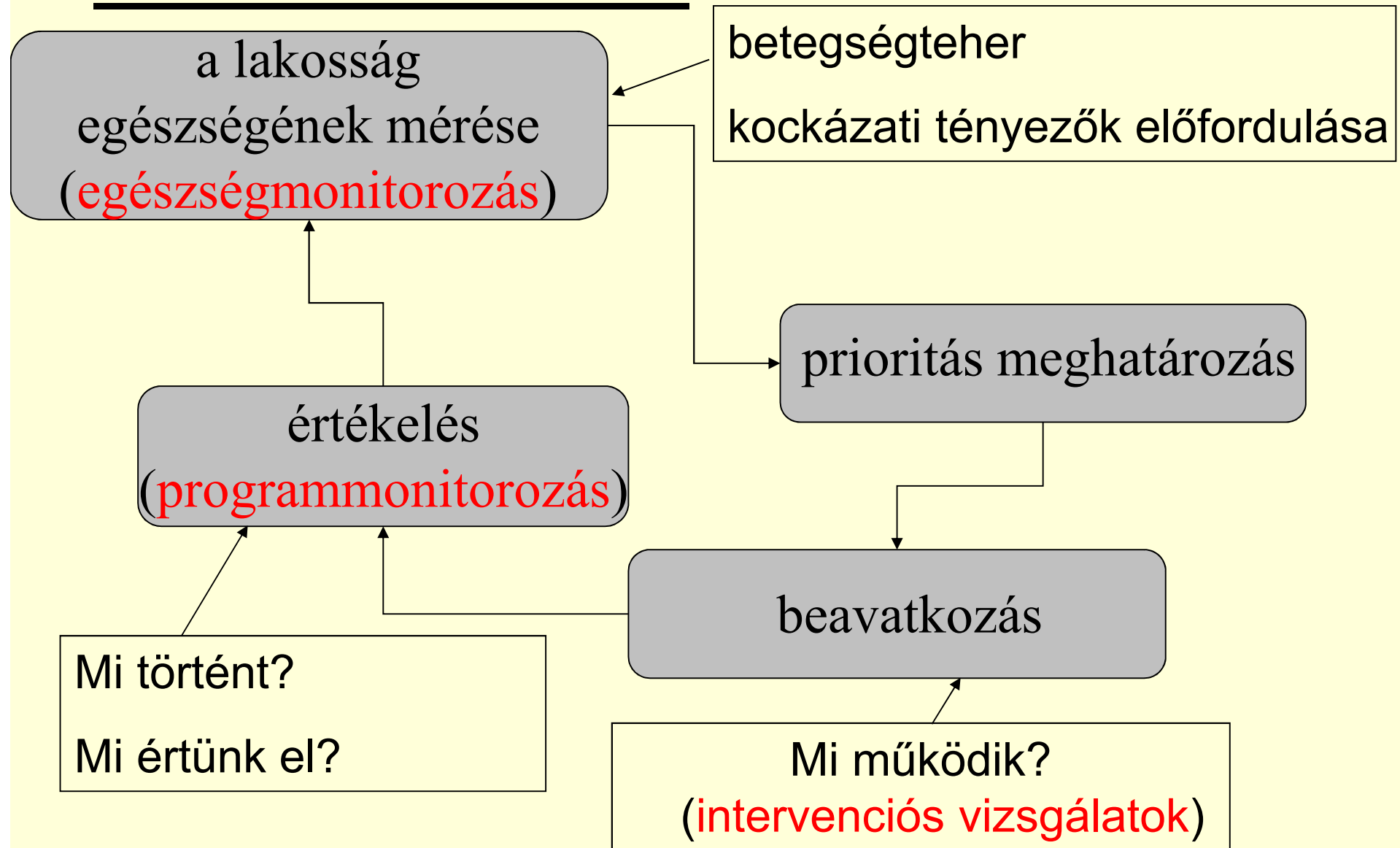
AZ EPIDEMIOLOGIA, MINT ALKALMAZOTT TUDOMÁNY

Az epidemiológiai kutatások eredményeinek
két fő felhasználási területe:

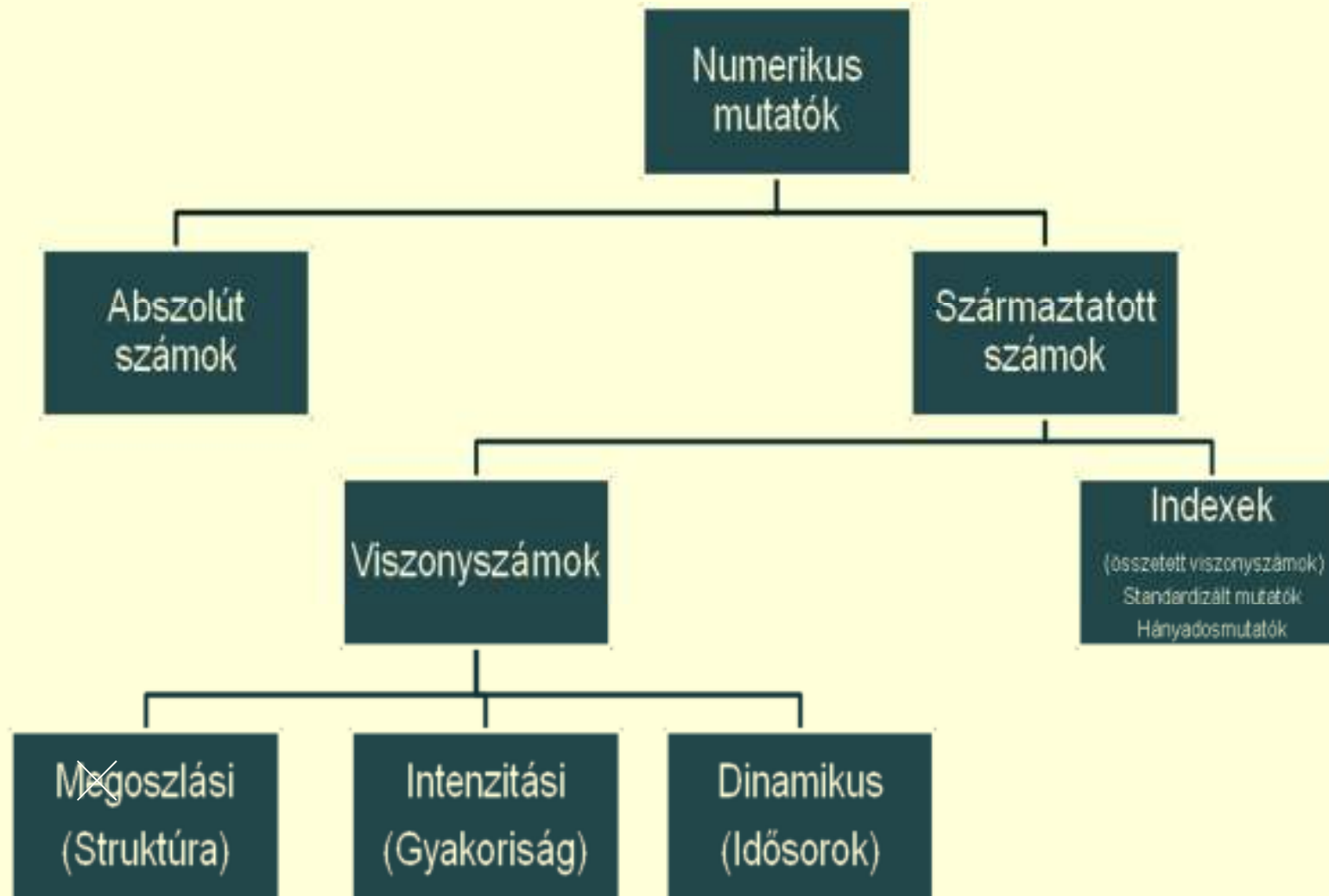
Népegészségügy

Klinikai orvoslás

EPIDEMIOLOGIAI KUTATÁS A NÉPEGÉSZSÉGÜGYBEN



A DEMOGRÁFIÁBAN HASZNÁLT NUMERIKUS MUTATÓK TÍPUSAI



MEGOSZLÁSI VISZONYSZÁMOK

- Dimenzió nélkül részarányok
- $\text{Rész/Egész} \times 100$
- Összeadhatók (ugyanazon jelenségnél)
- 0% és 100 % között változhat
- Például: 2009-ben az összes halálozás 25%-a daganatos betegség miatt történt

Abszolút számokból és megoszlási viszonyszámokból nem szabad gyakorisági következtetéseket levonni!

ARÁNYSZÁMOK (intenzitási, gyakorisági viszonyszám)

A vizsgált események (vagy személyek) száma adott idő alatt $\times k$

A megfigyelt populáció átlagos száma ugyanazon idő alatt

- Incidencia
- Kumulatív incidencia
- Incidencia arányszám
- Prevalencia

RENDRHAGYÓ ARÁNYSZÁMOK

1. Csecsemőhalálzási arányszám
2. Magzati veszteség (terhesség-megszakítás és magzati halálzás együttesen)
3. Anyai halálzási arányszám

Miért rendhagyóak ezek az arányszámok?

DINAMIKUS VISZONYSZÁM

- A megfigyelt jelenség időbeni változását százalékban kifejező mutató
- A bázisviszonzszám az idősor minden tagját egy előre rögzített tag (a bázis = 100%) értékéhez viszonyítja
- A hosszú távon bekövetkező változásokat szekuláris trendnek nevezzük

Mely betegségek halálózása csökkent illetve nőtt a közelmúlt egy adott időszakában?

INCIDENCIA ÉS PREVALENCIA

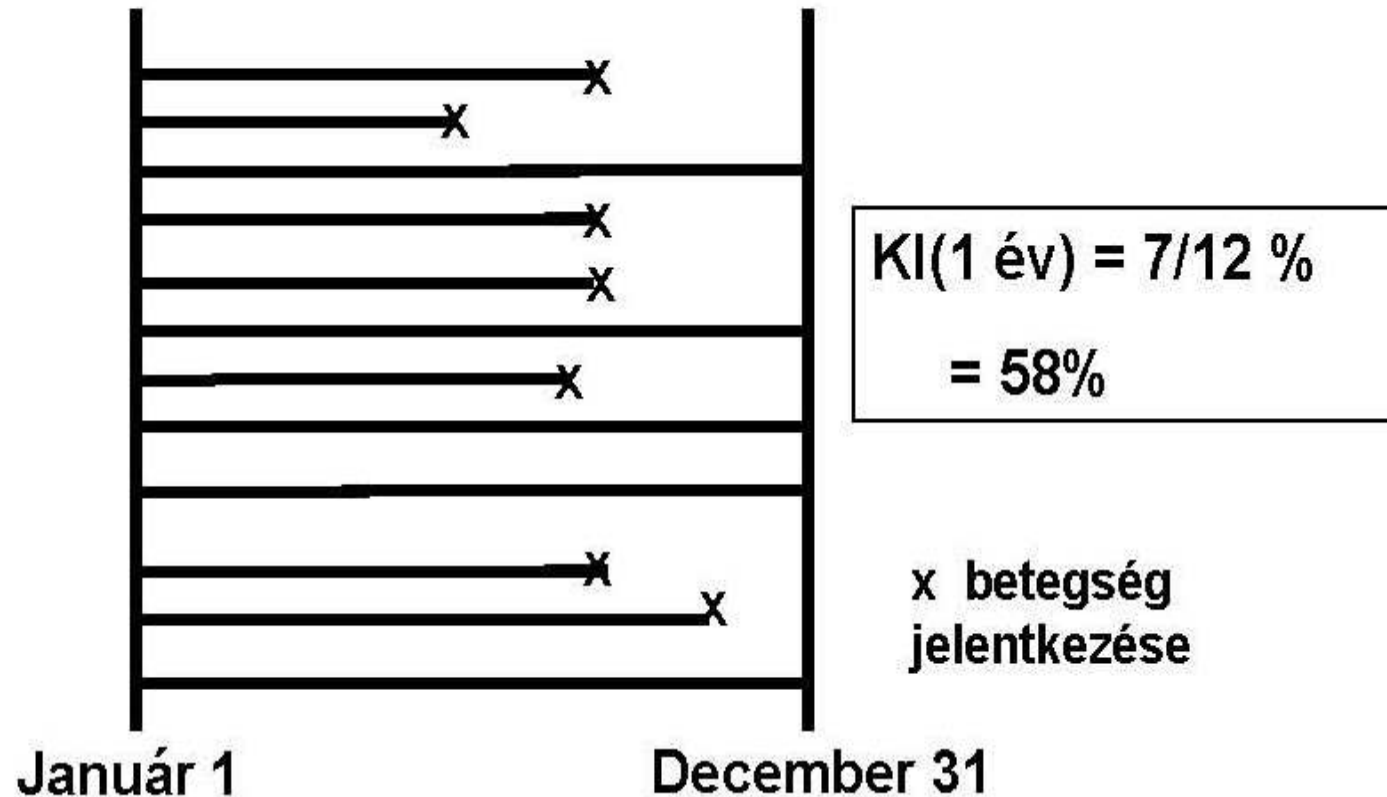
- Az új esetek előfordulása egy meghatározott időtartam alatt a vizsgált populációban (abszolút kockázat)
- Etiológiai vizsgálatok céljaira csak az incidencia alkalmas (*Miért?*)
- A prevalencia egy jelenség összes létező esete egy meghatározott időpontban a vizsgált populációban (pontprevalencia)
- A prevalencia betegségterhek és az ellátási szükségletek vizsgálatában fontos

INCIDENCIA (I) SZÁMÍTÁSA

$$I = \frac{\text{Új esetek száma adott időtartamban}}{\text{Az érintett (kockázatnak kitett) populáció létszáma ugyanazon időtartamban}} \times k$$

*

Kumulatív incidencia



A KI számításakor feltétel, hogy mindenkit **ugyannyi ideig** vagy a betegség jelentkezéséig **kövessünk.**

KUMULATÍV INCIDENCIA (KI)

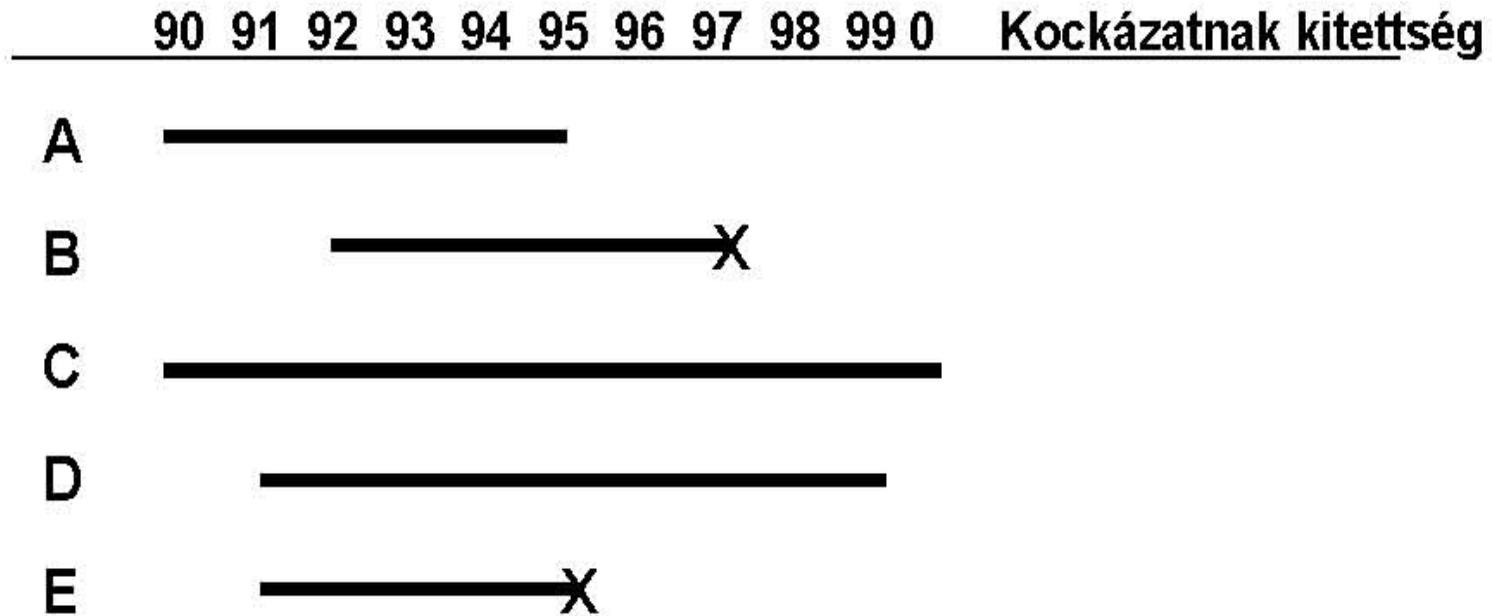
- Nincs mértékegysége
- Értéke 0 és 1 között változik
- Időben specifikált (például 5 év)
- Az adott populáció minden tagját követni kell az esemény bekövetkeztéig vagy a megfigyelési időszak végéig
- Túlélési arány (TA): $1 - KI$

A MEDICINÁBAN HASZNÁLT KUMULTÍV INCIDENCIA MUTATÓK

- Abszolút kockázat
- Letalitás (az elhaltak százalékos aránya egy bizonyos betegségben)
- 5 éves túlélés
- Megbetegedési arány („attack rate”)

*A KUMULATÍV INCIDENCIA AZT MUTATJA
MEG, HOGY ADOTT IDŐ ALATT A BETEGSÉG
ELŐFORDULÁSA HOGYAN VÁLTOZIK A
POPULÁCIÓBAN*

Incidencia sűrűség (arányszám)



Teljes megfigyelési mennyiség

35,5

-- követett
x betegség
jelentkezése

$$\begin{aligned} IS &= 2 / 35,5 \text{ személy-év} \\ &= 0,056 \text{ eset / személy-év} \\ &= 56 \text{ eset / 1000 személy-év} \end{aligned}$$

INCIDENCIA SŰRŰSÉG (ARÁNYSZÁM)

- Az incidencia sűrűség a kockázatnak kitett, kezdetben betegségtől mentes populációban megfigyelt **személy-idő** egységekre eső új esetek száma
- Személy-idő: a populációban valamennyi tagjának kockázatnak kitettségét leíró időtartamok összessége
- Dimenziója van 0 és a végtelen közötti értéke lehet

PONTPREVALENCIA

- A már fennálló betegség gyakoriságáról szolgáltat információt
- Nincs dimenziója
- 0-1 között lehet
- Keresztmetszeti kép a populációról

Létező esetek száma adott időpontban

Az érintett populáció létszáma ugyanazon időpontban

X K

TARTAMPREVALENCIA

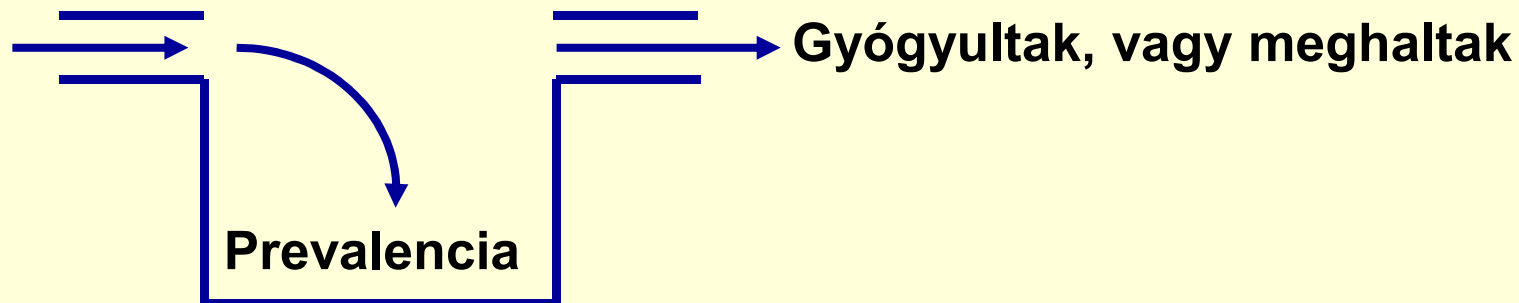
- Az összes előforduló eset száma egy populációban egy adott időtartamban.
- Az időtartam kezdeti időpontjában mért pontprevalencia és a vizsgált időszakban bekövetkező incidencia összege
- Az arányszám számítása problémás, mert a nevező meghatározása és értelmezése nehéz
- Mutatóként általában nem használatos

PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA I.

$$P = \frac{\text{A beteg személyek száma}}{\text{A kockázatnak kitett népesség}} \times K$$

adott időpontban (pont prevalencia: Pto)

Incidencia



PREVALENCIA ÉS INCIDENCIA II.

- Alacsony incidencia esetén is nőhet a prevalencia, ha a betegség krónikus, de nem gyógyítható
- *Milyen betegségeknél jellemző, hogy a prevalencia magasabb az incidenciánál?*
- *Milyen betegségeknél jellemző, hogy a prevalencia és az incidencia közel azonos?*

WHO HFA ADATBÁZIS

- <http://data.euro.who.int/hfadb/>

INDIKÁTOROK

- Halálozás (mortalitás)
- Megbetegedések (morbiditás)
- Kockázati tényezők

elemzése és összehasonlítása
országok és időpontok szerint

FELADAT

- Nézze meg a szívinfarktus okozta halálozás változását Magyarországon !
- Hasonlítsa össze a tüdőrák előfordulásának gyakoriságának változását különböző országokban egy tízéves időszak alatt!
- Nézze meg a dohányzási szokások változását ugyanezen idő alatt!

KOCKÁZATI MUTATÓK I.

- **Abszolút kockázat (AK):** a betegség (haláleset) előfordulásának abszolút valószínűsége egy populációban (incidencia!)
- **Expozíció:** valamilyen kockázati tényező(k)nek „való kitettség” (pl.: dohányzás)
- **Exponált vs. Nem exponált csoport:** expozíció alapján két (több) populáció meghatározása

KOCKÁZATI MUTATÓK II.

Két csoport összehasonlítása

- **Relatív kockázat (RK):** AK_{exp} / AK_{nemexp}
Példák...
- **Járulékos kockázat (JK):** $AK_{exp} - AK_{nemexp}$
Példák...
- A relatív kockázat dimenzió nélküli szám, a járulékos kockázat az incidencia dimenziójával azonos.
- *Változhat-e a relatív és járulékos kockázat értéke standardizálás után?*

POPULÁCIÓS JÁRULÉKOS KOCKÁZAT

- Populációs járulékos kockázat (PJK):
Incidencia_{összesen} – Incidencia_{nem exponáltak}
- Populációs járulékos kockázati hányad
$$PJKH = (I_T - I_0) / I_T$$
- I_T incidencia a teljes populációban (összesen)
- I_0 incidencia a nem exponáltak körében

ESÉLYHÁNYADOS (EH)

	esetcsoport	kontrollcsoport
expozíció+	a	b
expozíció-	c	d

Expozíció esélye az esetcsoportban: a/c

Expozíció esélye a kontrollcsoportban: b/d

A kettő hányadosa az esélyhányados: $a*d/b*c$

KOCKÁZATI MUTATÓK III.

- **Esély:**
$$\frac{\text{expozíció prevalenciája}}{(1 - \text{expozíció prevalenciája})}$$
- Az esély mind az esetekben, mind a kontrollokban meghatározható (a/c, b/d)
- **Esélyhányados (EH):**
$$\frac{\text{expozíció esélye esetekben}}{\text{expozíció esélye kontollokban}}$$

Egyszerűsítve: $(a/c)/(b/d) = (a/b)/(c/d) = \mathbf{ad/bc}$

FELADAT I.

A táblázat a Framingham vizsgálatból származó (egyszerűsített) adatokat tartalmaz 1000, 55-64 éves férfira vonatkozóan, különböző csoportok 5 év során történt halálozásáról

Diasztolés vérnyomás (Hgmm)	Férfiak száma	5 éves kumulatív incidencia
<70	100	0.012
70	300	0.014
80	300	0.017
90	200	0.021
100	50	0.025
>110	50	0.033
Összesen:	1000	0.0176

Hogy viszonyul a legmagasabb vérnyomásúak kockázata a legalacsonyabb vérnyomásúakéhoz?
Hogyan értelmezné ezt és milyen gyakorlati következtetéseket vonna le ebből?

Diasztolés vérnyomás (Hgmm)	Férfiak száma	5 éves kumulatív incidencia
<70	100	0.012
70	300	0.014
80	300	0.017
90	200	0.021
100	50	0.025
>110	50	0.033
Összesen:	1000	0.0176

Kvázi relatív kockázatot számolunk:

kum. incidencia a >110 csoportban/ kum.
incidencia a <70 csoportban

Tehát $0,033/0,012 = 2,75$

Tehát, a >110 Hgmm diasztolés vérnyomású csoportnak $2,75$ x nagyobb a kockázata a halálozás szempontjából, mint a <70 Hgmm diasztolés vérnyomású csoportnak. Ha a legmagasabb vérnyomásokat csökkentjük, jelentős halálozás-csökkenést érhetünk el.

Ha maximálisan hatékony kezelés állna rendelkezésünkre, hány életet lehetne megmenteni ezen személyek körében. (RR>110Hgmm)? Ez mekkora részaránya a magas vérnyomásnak tulajdonítható haláleseteknek?

Diasztolés vérnyomás (Hgmm)	Férfiak száma	5 éves kumulatív incidencia
<70	100	0.012
70	300	0.014
80	300	0.017
90	200	0.021
100	50	0.025
>110	50	0.033
Összesen:	1000	0.0176

RR >110 csoportban 5 év alatt 1,65 személy hal meg ($0,033 \times 50$).

RR <70 csoportban 5 év alatt 1,2 személy hal meg ($0,012 \times 100$).

$1,65 - 1,2 = 0,45$, tehát ennyi személyt tudunk megmenteni.

Ez a magas vérnyomásnak tulajdonítható halálesetek 27 %-a ($0,45/1,65$).

Mekkora lenne ez a részarány, ha kiterjesztenénk a kezelést mindenkire, akinek 100Hgmm-nél magasabb a vérnyomása?

Diasztolés vérnyomás (Hgmm)	Férfiak száma	5 éves kumulatív incidencia
<70	100	0.012
70	300	0.014
80	300	0.017
90	200	0.021
100	50	0.025
>110	50	0.033
Összesen:	1000	0.0176

Az előző dián bemutatott példa mintájára:

RR <70 csoportban 5 év alatt 1,2 személy hal meg ($0,012 \times 100$).

RR >100 csoportban 5 év alatt 1,25 személy hal meg ($0,025 \times 50$).

és

RR >110 csoportban 5 év alatt 1,65 személy hal meg ($0,033 \times 50$).

$(1,25+1,65) - 1,2 = 1,7$; tehát összesen 1,7 ember életét mentjük meg.

Mennyi életet lehetne megmenteni, ha valamilyen módosítással a vérnyomás eloszlását 10 Hgmm-rel lefelé tudnánk mozdítani? Mi a jelentősége ennek a feladatnak a prevenciós stratégiák szempontjából?

Diasztolés vérnyomás (Hgmm)	Férfiak száma	5 éves kumulatív incidencia
<70	100	0.012
70	300	0.014
80	300	0.017
90	200	0.021
100	50	0.025
>110	50	0.033
Összesen:	1000	0.0176

Ha az eloszlás nem változna, 17,6 halott lenne (lásd „összesen” sor), de ebben az esetben minden sor kumulatív incidenciája egy sorral lejjebb kerül, tehát így a halottak száma: 14,1 lenne

Ha sikerülne a vérnyomás eloszlását 10 Hgmm- rel lefelé mozdítani, akkor jóval több, $17,6 - 14,1 = 2,9$ embert mentenénk meg.

Összességében elmondhatjuk, hogy populációs szinten hatékonyabb, ha minden csoportban csökkentjük a vérnyomást, és nem csak a legmagasabb kockázatnak kitett csoportban.

FELADAT II.

Alzheimer kór incidenciája

ÉLETKOR	INCIDENCIA SŰRŰSÉG
65-69 év	0.8/1000 személy év
70-74 év	1.9/1000 személy év
75-79	4.4/1000 személy év

Mekkora az öt éves kumulatív incidencia egy 65 éves férfi esetében?

ÉLETKOR	INCIDENCIA SŰRŰSÉG
65-69 év	0.8/1000 személy év
70-74 év	1.9/1000 személy év
75-79	4.4/1000 személy év

Mivel egy 65 éves férfiról van szó, ezért az első sor adataival dolgozunk.

Az 1000 személy-évre számított incidencia sűrűséget először kiszámoljuk 1 személy-évre: $0.8/1000=0,0008$, majd mivel öt évre vagyunk kíváncsiak, megszorozzuk öttel:

$$0,0008 \times 5 = \mathbf{0,004}$$

Számolja ki, hogy mekkora a kockázata annak, hogy egy 65 éves Alzheimer kórban nem szenvedő férfi a 80. születésnapja előtt megbetegszik?

ÉLETKOR	INCIDENCIA SŰRŰSÉG
65-69 év	0.8/1000 személy év
70-74 év	1.9/1000 személy év
75-79	4.4/1000 személy év

Az előző dián bemutatott módszer szerint járunk el mindhárom sor adataival:

$$0,8/1000 \times 5 = 0,004$$

$$1,9/1000 \times 5 = 0,0095$$

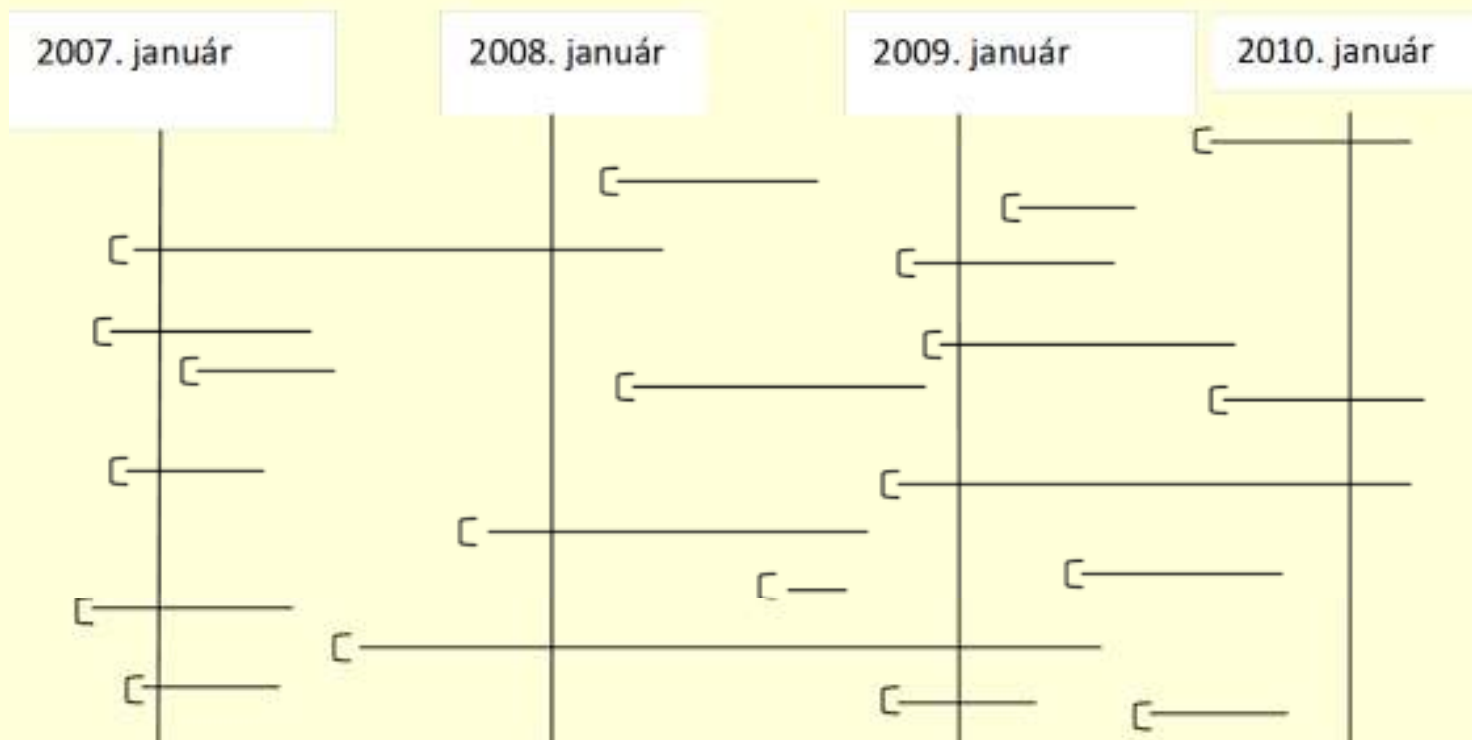
$$4,4/1000 \times 5 = 0,022$$

Majd az egy személyre számított incidencia sűrűségeket összeadjuk: $0,004 + 0,0095 + 0,022 = \mathbf{0,0335}$

FELADAT III.

(13. dia- KUMULATÍV INCIDENCIA- gyakorló példája)

Az alábbi ábrán egy klinika 100 fős beteganyagában a CML (Krónikus myeloid leukémia) előfordulását ábrázoltuk egy négy éves periodusban. A megfigyelési időszak alatt a populációnk állandó maradt (senki nem halt meg, senki nem költözött el).



1.1 Mennyi a CML prevalenciája 2007. januárjában? **5/100**

1.2 Mennyi a CML prevalenciája 2009. januárjában? **5/100**

1.3 Mennyi a CML három éves kumulatív incidenciája (CI) 2007-2009 között? **15/95**

1.4 Mennyi a CML kumulatív incidenciája 2009-ben? **5/85**