

PULMOLOGIJA

Kronične plućne bolesti – što zaboravljamo

Jedna od značajnih tema na ovogodišnjem kongresu TORAKS 2013. bila je plućna rehabilitacija, o kojoj je predavanje održala dr. Alma Rožman, specijalist za plućne bolesti i tuberkulozu i ravnateljica Poliklinike za bolesti dišnog sustava u Zagrebu. U razgovoru za „Medix“ dr. Rožman objasnila je pojam plućne rehabilitacije, koja je preduvjet za uspješno liječenje bolesnika s kroničnim plućnim bolestima, te podsjetila na važne aspekte u pravilnom pristupu alergijama i astmi, bolestima s kojima se liječnici sve češće susreću u svakodnevnom radu.

S dr. Almom Rožman
razgovarala Lea Rukavina
Kralj, dr. med.

Na ovogodišnjem kongresu TORAKS 2013., održanom od 5. do 8. lipnja u zagrebačkom hotelu „Sheraton“, uz niz tema iz područja torakalne medicine, poseban je značaj posvećen pitanju plućne rehabilitacije, čije je nove smjernice predstavila ravnateljica Poliklinike za plućne bolesti u Zagrebu. Plućna rehabilitacija podrazumijeva angažman multidisciplinarnog tima zdravstvenih djelatnika, uz naglasak na edukaciju bolesnika o pravilnom načinu disanja, tehnici iskašljavanja, obavljanju svakodnevnih zadataka bez umaranja, pridržavanju propisanoj terapiji i općenito življenju s kroničnom plućnom bolešću. Tom nam je prilikom dr. Rožman dala i važne savjete iz svoga dugogodišnjeg iskustva u liječenju alergijskih bolesti i astme, s čijom dijagnozom ne treba žuriti prije detaljne dijagnostičke obrade.

MEDIX: Što podrazumijeva pojam plućne rehabilitacije, o kojem se sve više govori u kontekstu kroničnih plućnih bolesti?



Plućna rehabilitacija multidisciplinarni je program namijenjen svim kroničnim plućnim bolesnicima, bez obzira na dijagnozu, naglasila je dr. Rožman

DR. ROŽMAN: Plućna rehabilitacija je multidisciplinarni program u kojem sudjeluju razni profili zdravstvenih djelatnika: od pulmologa do respiratornog fizioterapeuta, medicinskih sestara koje se bave plućnom funkcijom i dijetetičara, pa do radnih terapeuta i, najvažnije, pacijenata, kroničnih plućnih bolesnika.

Namijenjena je svim kroničnim plućnim bolesnicima, bez obzira na dijagnozu. To se odnosi na sve bolesnike s razvijenim respiratornim simptomima, odnosno narušenom plućnom funkcijom koja dovodi do lošije kvalitete života. Cilj plućne rehabilitacije je upravo poboljšanje dnevne i radne kvalitete života jer su bolesnici s kroničnom plućnom bolešću, posebno kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću, vrlo često na bolovanju.

Što se tiče astme, bolesti koja počinje u dječjoj dobi, također je vrlo važno da djeca astmatičari zajedno sa svojim roditeljima prođu program plućne rehabilitacije i dobre edukacije o njihovoj bolesti i lijekovima kojima se liječe te dobro svladaju tehnike disanja kako egzacerbacije bolesti ne bi teže narušile njihove školske obaveze, ali i radne aktivnosti roditelja koji u takvim situacijama moraju biti uz djecu.

MEDIX: Koji je glavni cilj plućne rehabilitacije?

DR. ROŽMAN: Jedan od ključnih elemenata plućne rehabilitacije je edukacija, tijekom koje bolesnike treba upoznati s osnovnim anatomskim značajkama dišnog sustava kako bi

mogli shvatiti što se od njih očekuje kada se govori o iskašljavanju i pravilnom disanju, odnosno korištenju dišne muskulature.

Oboljele od astme važno je upoznati s glavnim uzrocima njihove bolesti. Poznato je da je u mladih ljudi najčešće prisutna alergijska astma pa je važno da se znaju ponašati kada su alergeni prisutni u zraku te da su upoznati s mjerama prevencije koje treba primijeniti kako bi se spriječilo pogoršanje bolesti. Naravno da bi se bolesnici s astmom morali pridržavati propisanog liječenja i ne bi smjeli odustajati od lijekova u fazi kada je bolest dobro kontrolirana.

MEDIX: Koliko dugo traje program plućne rehabilitacije?

DR. ROŽMAN: Program plućne rehabilitacije napravili smo po uzoru na programe u Engleskoj, Njemačkoj i skandinavskim zemljama, ali smo ga modificirali prema našim mogućnostima izvedbe. Nije ništa manje vrijedan od europskih programa i sadrži iste ključne segmente, čija je izvedba prilagođena našim ograničenim resursima.

Program se sastoji od vježbi disanja u mirovanju i u naporu, uz mjerenje hodne pruge prije i poslije vježbi kako bi se mogla procijeniti učinkovitost vježbi. Tu su zatim vježbe iskašljavanja i manualne vježbe koje bolesnik može provoditi i kod kuće uz pomoć pojasa oko donjeg dijela prsnog koša.

Jedna od tehnika koju učimo bolesnike sastoji se u forsiranom iskašljavanju uz pomoć trbušne muskulature radi što učinkovitijeg iskašljavanja. Vrlo je važna i edukacija bolesnika o situacijama koje mogu pogoršati njihovu bolest i načinu na koji se u takvim situacijama ponašati. Treba naučiti suzbiti strah od gušenja i smiriti disanje. Naime, nije rijetkost da se astmatičari bude tijekom noći u spazmu, uz osjećaj nedostatka zraka. Uvijek naglašavam da je upravo relaksacija dio terapijskog postupka nakon koje slijedi ispravno uzimanje brzodjelujućeg lijeka koji se udiše pomoću pumpice.

Bolesnike educiramo prvih pet dana po 60 minuta, nakon čega slijede vježbe disanja u trajanju od 30 do



Ravnateljica Poliklinike za bolesti dišnog sustava u Zagrebu, dr. Alma Rožman, ističe kako ni liječnici niti bolesnici ne bi smjeli podcjenjivati alergijski rinitis, koji je jedan od glavnih okidača astme

90 minuta, ovisno o stupnju bolesti i kooperabilnosti. Rehabilitacijski postupak provodimo najmanje šest tjedana. U Hrvatskoj bolesnici prema novoj odluci HZZO-a od rujna na jednu uputnicu mogu obaviti cijeli rehabilitacijski postupak u trajanju 6-8 tjedana.

MEDIX: Jeste li zadovoljni provođenjem tog načina liječenja?

DR. ROŽMAN: Uspjeh rehabilitacijskog postupka je to veći što se bolesnici više posvećuju primjeni naučenog i ozbiljnosti u obavljanju „domaće zadaće“ kroz vježbe zadane za rad kod kuće tijekom tretmana. Kod osoba koje imaju obilan sekret, čišćenje bronha treba raditi bar dva do tri puta dnevno, a učimo ih i tehnici autogene drenaže koju mogu primijeniti više puta dnevno. Cilj svega je da bolesnicima pravilan način disanja u mirovanju i naporu postane automatizam. Za to treba vremena i truda, kako medicinskog osoblja, tako i bolesnika.

Do unatrag nekoliko godina bilo je uvriježeno mišljenje da nakon što je jedanput proveden, program ne treba ponavljati. Međutim, bolesnik je uvijek dobro došao ako smatra da mu treba pomoć ili podsjećanje na

naučeno; na taj način kroz upitnike i biometrijske nalaze možemo procijeniti koliko je tijekom šest tjedana programa uspio svladati tehnike i koliko mu je unaprijeđena kvaliteta života.

MEDIX: Gdje se sve u Zagrebu provodi program plućne rehabilitacije?

DR. ROŽMAN: Program za odrasle se provodi u našoj ustanovi i u Specijalnoj bolnici za plućne bolesti u Rockefellerovoj, a za djecu i njihove roditelje u Dječjoj bolnici Srebrnjak.

MEDIX: Tko daje preporuku za plućnu rehabilitaciju?

DR. ROŽMAN: Liječnik obiteljske medicine pacijentu daje uputnicu za plućnu rehabilitaciju, najčešće nakon obavljene dijagnostike i postavljene dijagnoze u pulmološkoj ustanovi. Svakom novom bolesniku treba odmah preporučiti rehabilitacijski postupak. Dobro ga je provesti dok bolesnik još nije u teškom stupnju bolesti, dok je terapijski stabiliziran, jer tada može odraditi sve što se od njega zahtijeva. Na taj način možemo bolesnika na vrijeme educirati o metodama prevencije egzacerbacija i načinu samopomoći ukoliko do njih dođe.

Što se astmatičara tiče, edukacija je potrebna čim se postavi dijagnoza astme. U suprotnom, čim uđu u stabilnu fazu bolesti, prestaju uzimati lijekove jer ne žele prihvatiti činjenicu da boluju od kronične i neizlječive bolesti. Kod njih je edukacija jako važna i treba je u kratkim crtama ponavljati prilikom svakoga kontrolnog pregleda.

MEDIX: Kada govorimo o astmi, s kojim se problemima najčešće susrećete u provođenju terapije? Jesu li u Hrvatskoj dostupni svi potrebni lijekovi?

DR. ROŽMAN: Edukacija o upotrebi lijekova u inhalacijskom obliku vrlo je važna i predstavlja sastavni dio programa plućne rehabilitacije. Osim standardne medikamentozne terapije koju bolesnik uzima, važna je edukacija o pravilnoj upotrebi drugih pomoćnih lijekova koji će možda biti potrebni u egzacerbaciji

bolesti. Tehnika uzimanja lijeka iz raznih inhalatora je vrlo važna i treba je posebno sa svakim bolesnikom dobro uvježbati.

Što se lijekova tiče, u posljednjih desetak godina su dostupni svi postojeći lijekovi za liječenje astme i KOPB-a, i svi su na A-listi, s iznimkom jednog koji je na B-listi i nadoplauje se. Treba imati na umu da patofiziološki mehanizam astme podrazumijeva upalu, koju treba tretirati protuupalnim lijekovima, a to su isključivo inhalacijski kortikosteroidi i antileukotrienski preparati.

Jedan od problema s kojima se susrećemo u provođenju liječenja je strah od kortikosteroida. Vrlo je često zastupljeno mišljenje kako će pacijenti posljedično imati problema s bubrežima, kožom, kostima ili razvojem šećerne bolesti. Zbog toga odmah treba bolesnicima objasniti da zbog niske dozaže, koja se izražava u mikrogramima, te načina primjene (inhalacija), kortikosteroidi djeluju samo na ciljni organ.

Inhalacijski oblici kortikosteroida imaju specifične nuspojave na koje valja pacijente upozoriti, ali one su drugačije od peroralne primjene istih te uglavnom uključuju kašalj zbog nadražnosti larinksa, suhoću ustiju, prolaznu promuklost i sl.

MEDIX: Kada je bolesniku s astmom potrebna promjena terapije?

DR. ROŽMAN: Ako propisana terapija nema adekvatni učinak ili bolesnik nije zadovoljan lijekom, lijek treba pokušati zamijeniti. Ponekad međutim, s obzirom na sveukupnu kliničku sliku i stanje bolesnika, ne postoji bolja alternativa, pa treba pokušati i svojevrsni psihološki tretman kako bi se isključio utjecaj uputstva o lijeku na navedene nuspojave kod bolesnika. Zbog toga je važno bolesniku pri inicijalnoj edukaciji objasniti nuspojave koje može realno očekivati, kao i dobiti određene terapije.

Lijek treba promijeniti kad se distribucijom, odnosno inhaliranjem lijeka izazove nagli kašalj koji traje dvije do tri sekunde. U tom slučaju inhalacija neće biti učinkovita.

Iako su najčešće u upotrebi praškasti preparati koji su se pokazali

vrlo djelotvornima, može se upotrijebiti i lijek u spreju. Prema našem iskustvu, do sada nije bilo potrebe za promjenom lijeka zbog razvoja rezistencije kod bolesnika. S druge strane, treba imati na umu da kod kronične opstruktivne plućne bolesti s vremenom plućna funkcija slabi unatoč pridržavanju propisanom liječenju, pa lijek treba zamijeniti lijekom koji je lakše udahnuti ili lijekom u obliku tablete. U Hrvatskoj nedostaje lijekova u obliku solucija koje bi se mogle inhalirati uz pomoć raspršivača, dostupni su samo brzo i kratkodjelujući bronhodilatatori.

Neke farmaceutske tvrtke nastoje stvoriti što više različitih kombinacija lijekova, a dobitna je kombinacija kada se lijek može raspršiti u što više sitnih čestica koje udahom lakše dođu u pluća, gdje se resorbiraju u što većem postotku. Kod nas su lijekovi u takvom obliku još uvijek dosta skupi.

MEDIX: Postoje li značajnije razlike u liječenju djece i odraslih?

DR. ROŽMAN: Uglavnom ne, sve ovisi o patologiji, odnosno o simptomima i dijagnostičkim nalazima na temelju kojih se propisuje lijek. Kod djece se uglavnom preporučuju inhalacijski kortikosteroidi, sa ili bez leukotrijenskog preparata. Kod nekontrolirane bolesti primjenjuju se i kombinirani preparati. Kod djece se više nego kod odraslih pribjegava inhalerima jer se oni jednostavnije primjenjuju uz zadovoljavajući sigurnosni profil, a mogu se upotrijebiti preko *aerochambera*.

MEDIX: Koji je terapijski pristup u egzacerbaciji bolesti?

DR. ROŽMAN: Ako je egzacerbacija astme uzrokovana kontaktom s većom količinom alergena, jednostavno rješenje može biti povećanje doze lijeka. Takav događaj, međutim, može biti upozorenje da će za iduću sezonu cvatnje dotičnog alergena bolesnik morati uzimati jaču profilaksu. Vrlo rijetko se moraju dodati tablete ili neki drugi oblik lijeka. Uobičajeni pomoćni lijek je Ventolin, koji na kratko može olakšati disanje.

Primijetili smo da je jedan od glavnih okidača astme alergijski ri-

nitis. Ako alergijski rinitis nije terapijski reguliran, tada ni astma nije pod kontrolom. Vrlo često pacijenti to ne doživljavaju dovoljno ozbiljno.

Alergijski rinitis je također bolest za sebe, često može biti povezan s astmom. Zanimljivo je da će bolesnici redovito uzimati sve propisane preparate za astmu, ali intranazalni *spray* potpuno ignoriraju, iako ga se mora svakodnevno primjenjivati kako bi zaštita nosne sluznice od kontakta s alergenom bila primjerena.

Kada dođe do pojave simptoma poput začepjenja ili curenja nosa, tada je već kasno. Treba istaknuti da za okidanje astmatičnog napada nije zaslužan isključivo alergen, već tome pridonose i zagađeni zrak te mehaničke iritacije bolesne nosne sluznice, na koje će ona reagirati upalom.

Ljudi jako vole upotrebljavati dekongestive, na koje se vrlo često razvije navikavanje, a simptomatski učinak je kratkotrajan.

MEDIX: Je li incidencija astme u porastu?

DR. ROŽMAN: Da, tako kažu sva epidemiološka praćenja. Sve više osoba dolazi na alergološko testiranje i sve je više onih s pozitivnim *prick test* na inhalacijske alergene. Vodeći alergen našeg podneblja je grinja iz kućne prašine.

U posljednjih je desetak godina sve više prisutna ambrozija, ali ne treba zaboraviti ni lijesku, koja je vrlo jaki alergen iako kratko polinira, od kraja veljače i prvi tjedan ožujka. U samo dva tjedna može alergičarima stvoriti vrlo teške smetnje. Zbog toga je važno na vrijeme početi profilaksu. Nakon lijeske, tijekom ožujka i dijelom travnja cvate breza, zatim trave u svibnju i lipnju, pa korovi u srpnju, kolovozu i rujnu. Osim intranazalnih sprejeva koji su profilaktički, ali i terapijski lijekovi, često pacijenti sami odluče uzimati antihistaminik.

MEDIX: Postoje li nove generacije antihistaminika učinkovitije od postojećih?

DR. ROŽMAN: Postoje vrlo učinkoviti antihistaminici, ali svi imaju slične nuspojave poput pospanosti i glavobolje, što može remetiti obavljanje svakodnevnih obveza. Važno je

da bolesnik pronađe antihistaminik koji mu najviše odgovara i koji će htjeti uzimati. Događa se i da nakon nekoliko godina sezonskog uzimanja lijek kod pojedinog bolesnika više nije jednako učinkovit, što govori u prilog zasićenosti H1 receptora. Tada ga treba zamijeniti antileukotrijskim preparatom koji ima vrlo dobru učinkovitost na nazalne simptome kao i na liječenje upale u bronhalnoj sluznici. Na tržištu se nedavno pojavio novi antihistaminik (bilastin) s manje nuspojava, međutim nemamo još dovoljno iskustva pa će trebati neko vrijeme za provjeru učinkovitosti i nuspojava.

MEDIX: Postoje li promjene u pojavljivanju alergija?

DR. ROŽMAN: Kod atopijske sklonosti u obitelji alergije se obično javljaju u dječjoj dobi. Prvi oblik alergije kod male djece je neurodermatitis, kasnije se razvije alergijski rinitis i/ili astma. Ima međutim osoba kod kojih se alergija pojavi u 30., 40. ili čak 60. godini života. Tome svakako pridonose česte infekcije i zagađeni okoliš: istraživanja su pokazala da je veća incidencija alergijskih bolesti u gradu. Lebdeće čestice u zraku koje su u većoj mjeri odgovorne za stupanj zagađenja su naime nosači peludi i čine je agresivnijom u kontaktu s vanjskim sluznicama nosa i očiju.

Smatra se da su djeca roditelja koji su opsesivni u čišćenju kuće i držanju sterilnih uvjeta čak više izložena alergijskim reakcijama jer na vrijeme ne razviju otpornost.

MEDIX: Što biste htjeli savjetovati kolegama koji se u svom radu susreću s tim bolestima?

DR. ROŽMAN: Dođite do dijagnoze ispravno i bez žurbe. Ponekad mi se dogodi da ne mogu osobi sa sigurnošću reći ima li astmu iako je 70% parametara za postavljanje te



S postavljanjem dijagnoze astme ne treba žuriti, ističe dr. Rožman. Nakon detaljne obrade i propisane terapije bolesnika treba pratiti u razdobljima od tri do četiri tjedna, kako bi se procijenio učinak lijeka i posredno dobila potvrda dijagnoze

dijagnoze pozitivno. Koji puta pokazatelji mogu prevariti.

Naravno da se okvirni dijagnostički postupak mora napraviti, te u slučaju sumnje na astmu pacijenta valja pratiti uz propisanu terapiju. Vrlo je važno da inicijalno praćenje bude u kraćim intervalima, 3-4 tjedna, kako bi se ustanovio učinak preporučenog lijeka, što može posredno potvrditi dijagnozu. Ako je bolesnik stabilan, s vremenom se terapija može početi smanjivati. Koji put se međutim dogodi da odgovor na terapiju bude loš, upravo zbog pogrešne dijagnoze. Astmu u pušača se vrlo lako može proglasiti KOPB-om.

Nažalost, često vidamo manjak pretraga u dijagnostičkom postupku, uz postavljanje dijagnoze isključivo na temelju nalaza spirometrije. To nije dovoljno, posebno ne kod djece. Kasno uvođenje terapije kod djece je, s druge strane, još veća pogreška.

MEDIX: Kako na vrijeme posumnjati na alergijsku bolest kod djece?

DR. ROŽMAN: Kod djece treba razmišljati o astmi u slučaju suhog nadražajnog kašlja tijekom respira-

tornog infekta naročito uzrokovano virusima. Često ih se pokušava sanirati antibiotikom i antitusikom. Takvi ponovljeni infekti uzrokuju oštećenje mukocilijarnog aparata, što sluznicu čini sve osjetljivijom na vanjske podražaje, a u konačnici je rezultat kronična upala.

Često se misli da pedijatri preporučuju u upotrebi inhalacijskih kortikosteroida u prolongiranom respiratornom infektu, međutim time se smanjuje bronhalna preosjetljivost i odgađa kronična upala.

Trenutačno se raspravlja o nepotpuno reverzibilnoj opstrukciji kod djece roditelja pušača, što bi mogao biti zapravo početak KOPB-a. Upala sluznice kod takve djece je rezultat oksidativnog stresa iz duhanjskog dima kojemu su svakodnevno izložena.

Učestali respiratorni infekti tijekom godine koji su popraćeni wheezingom i suhim nadražajnim kašljem zahtijevaju detaljnu pulmološko-alergološku obradu i po potrebi imunološke testove, što je moguće učiniti već u dojenačkoj dobi u Dječjoj bolnici Srebrnjak.