

# Nefarmakološki ukrepi pri zdravljenju astme in KOPB

Mitja Košnik

## 1 Uvod

Kadar govorimo o zdravljenju, imamo ponavadi pred očmi zdravila. Pozabljamo pa, da sodi med terapevtske ukrepe tudi prekinitve stika s poslabševalnimi dejavniki bolezni. Obstajajo tudi terapevtski ukrepi, ki kot "zdravilo" ne uporabljajo kemijskih snovi, temveč fizikalne metode, na primer izboljševanje telesne vzdržljivosti in metode fizikalne medicine.

## 2 Astma

Astmo obdržimo v stabilnem stanju tako, da umirimo astmatsko vnetje v bronhih (1,2). Če je astma predvsem posledica alergije, moramo čim bolj omejiti izpostavljenost alergenu. Astma se poslabša, kadar v pljuča pridejo škodljive snovi. To so lahko alergeni, dražljivci (cigaretarni dim, smog), nekatera zdravila, okužba z virusi. Zato je eden od terapevtskih ukrepov, da se bolnik izogne stiku s poslabševalci. Pri kadilcih so zdravila zoper astmo veliko slabše učinkovita (3). Čeprav bolnikom z astmo svetujemo športno udejstvovanje pa so ugotovili, da hokej (zelo hladen zrak in izpušni plini vozila za brušenje ledu) ter plavanje v bazenih (klor) slabšata stabilnost bolezni.

Simptome astme lahko sproži telesna aktivnost ali hladen zrak. Torej je (v obdobju, ko je bolezen nestabilna) treba svetovati bolniku, da prilagodi telesno aktivnost bolezni (seveda je cilj zdravljenja astme, da bolezen ne ovira telesne zmogljivosti). Kadar so težave predvsem ponoči, je treba pomisliti, ali morda želodčna kislina zateka v požiralnik (gastroezogagealni refluks). V tem primeru pridejo v poštev higiensko dietetski ukrepi za zmanjšanje nočnega zatekanja kisline

## 3 KOPB

Pri KOPB so zdravila zelo malo učinkovita. Nefarmakološki ukrepi so pri zdravljenju te bolezni pomembnejši od farmakoloških (4). Opustitev kajenja in trajno zdravljenje s kisikom sta edina ukrepa, s katerima podaljšamo življenje bolnikom s KOPB. Z zdravili tega ne moremo doseči.

### 3.1 Opustitev kajenja

Bolezen nastane in napreduje predvsem zaradi izpostavljenosti cigaretrenemu dimu. Pri bolnikih s KOPB, ki še kadijo cigarete, je treba to razvado intenzivno odpravljati (5).

Obstajajo šole za odvajanje od kajenja. Včasih je potrebna pomoč socialnega delavca ali psihoterapevta. Pri odvajanju od kajenja so na voljo zdravila. Pri odvajanju od kajenja so na voljo zdravila, ki blažijo

abstinenčni sindrom zaradi odtegnitve nikotina. Nikotinski nadomestki in bupropion približno podvojita verjetnost, da bo kadilec prenehal kaditi. Ker je kajenje telesna zasvojenost z nikotinom, je to razvado zelo težko odpraviti. Le 8% kadilcev uspe abstimirati dlje kot 1 leto in le 5% 8 let. (6).

Prenehanje kajenja zaustavi napredovanje KOPB, že nastale škode pa se ne da odpraviti. Opustitev kajenja je smiselna v kateremkoli obdobju KOPB ali katerikoli starosti bolnika s KOPB.

### 3.2 Trajno zdravljenje s kisikom na domu (TZKD)

Bolnikov s kroničnim dihalnim popuščanjem predpišemo trajno preje-manje kisika. S TZKD razbremenimo srce in odložimo čas do srčnega popuščanja (7-9).

Pri odobritvi **vira kisika** je potrebno imeti v misli mobilnost bolnika. Težki koncentratorji, ki bolnika priklenejo na življenje v stanovanju počasi postajajo zastareli in jih bodo v prihodnosti nadomestili lahki in prenosni, za sedaj je glavna ovira teža baterije, ki aparat poganja.

### 3.3 Pljučna rehabilitacija

Bolnik z napredovalo KOPB je zaradi dispneje vse bolj neaktiven. Zaradi strahu pred gibanjem telesno propada, dispneja se slabša, zato tak krog vodi v vedno hujše propadanje in vse slabšo kakovost življenja. Vsestranska pljučna rehabilitacija običajno obsega telovadbo, izobraževanje, zdravljenje s prehrano, psihosocialno/vedenjsko posredovanje in ocenjevanje rezultatov (10). Pljučna rehabilitacija zahteva sodelovanje in dostopnost različnih zdravstvenih vej, ki jih usposobljena ekipa vključi v vsestranski, povezan program, oblikovan za vsakega posameznega bolnika. Poudarek je na fizikalnem in socialnem delu in na avtonomiji. Rehabilitacijsko ekipo vodi pnevmolog, vanj pa se vključujejo medicinska sestra, psiholog, nutricionist, usposobljen fizioterapevt in po potrebi tudi drugi. Lahko se izvaja med hospitalizacijo, ali pa v času, ko je bolnik doma. Bolnik se mora čim bolj vključiti v vsakdanje življenje. Izogibati se je potrebno socialni izolaciji, saj ta lahko bolnikovo stanje poslabša-depresija.

Na osnovi dosedanjih izkušenj se priporoča, da se pljučno rehabilitacijo vključi v obravnavo vseh bolnikov s simptomatsko KOPB. Predpogoj za vključitev bolnika v proces rehabilitacije je urejena medikamentozna terapija. Kontraindikacij je malo.

**Čiščenje dihalnih poti:** Če je produkcija sekreta večja od 30 ml dnevno, je potrebno bolniku pomagati s položajno drenažo in fizioter-

apijo prsnega koša, ki zajema perkusijo in vibracijo (ročna ali s pripomočki). V pomoč sta dva pripomočka: valvula za ustvarjanje pozitivnega tlaka v izdihu (PEP valvula) in flutter. Flutter preko nihanja jeklene kroglice sproži oscilacijo zraka v dihalnih poteh in zavibrira njihove stene.

**Nadzor nad dihanjem:** Namen vadbe dihanja je pomagati bolniku, da se nauči nadzorovati hitrost in globino dihanja, da izboljša uporabo trebušne prepone, zmanjša količino ujetega zraka ter izboljša gibljivost prsnega koša. Dihanje se upočasni. S tem zmanjša občutek dispneje. Retrening dihanja vključuje: **dihanje z ustnično priporo** (bolnik vdihava počasi skozi nos, vdih zadrži, tako da ustvari inspiratorni plato tlaka, in počasi izdihne skozi priprte ustnice) in **časovno nadzorovano dihanje** (bolnik izdihuje počasneje, s čimer izboljša praznjenje pljuč).

**Telesna vadba** je priporočljiva kot eden načinov izboljšanja telesne in duševne kondicije. Povezuje se jih z vsakodnevnimi dejavnostmi, kot so: hoja po ravnem in po stopnicah, vaje na sobnem kolesu in vaje za roke, tako da bolnik poveča sposobnost in vzdržljivost za telesne dejavnosti.

**S prehrabnimi ukrepi** želimo popraviti oziroma vzdrževati telesno kompozicijo v čim bolj optimalnem območju. Cilji so povečevanje čiste mišične mase, telesne teže ali pa zmanjševanje maščobnega tkiva. To dosegamo s pomočjo optimalizacije kaloričnega vnosa in dodatkov v prehrani (antioksidanti, rudnine in vitamini).

**Zdravstvena vzgoja** je zelo raznolika in obsežna. Bolnika je potrebno naučiti živeti s kronično boleznijo.

### 3.4 Cepljenje proti gripi in pnevmokoku

Pomembno mesto v preprečevanju poslabšanj zaseda **cepljenje** proti gripi, medtem ko se cepljenje proti pnevmokoku še ni izkazalo za pomembno.

## 4 Literatura

1. Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, Šifrer F, Bajrovič N, Drnovšek-Kaljanac M, Šorli J. Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo odraslega bolnika z astmo. *Zdrav Vestn* 2002; 71: 563-569.
2. <http://www.ginasthma.com/>
3. Tomlinson JEM, McMahon AD, Chaudhuri R, Thompson JM, Wood SF and Thomson N C. Efficacy of low and high dose inhaled corticosteroid in smokers versus non-smokers with mild asthma *Thorax* 2005;60;282-287
4. Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, Šifrer F, Eržen D, Kern I, Marčun R, Osolnik K, Tomič V, Eržen R, Šorli J ml, Šorli J. Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo bolnika s KOPB. *Zdrav Vestn*, 2002; 71: 697-702.
5. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff, and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 28: 3244-54.
6. Yudkin P, Hey K, Roberts S, Welch S, Murphy M, Walton R. Abstinence from smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch, *BMJ* 2003;327:28-29.
7. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. *Ann Intern Med* 1980; 93: 391-8.
8. Report of the Medical Research Council Working Party. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet* 1981; 1: 681-6.
9. Tarpy SP, Celli BR. Long-term oxygen therapy. *N Engl J Med* 1995; 333: 710-14.
10. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR). Promoting health & Preventing disease. Guidelines for pulmonary rehabilitation programs. 2<sup>nd</sup> ed. *Human Kinetics* 1998: 65-69, 175-231.
11. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1994; 331: 778-84.
12. Williams JH Jr., Moser KM. Pneumococcal vaccine and patients with chronic lung disease. *Ann Intern Med* 1986; 104: 106-9.