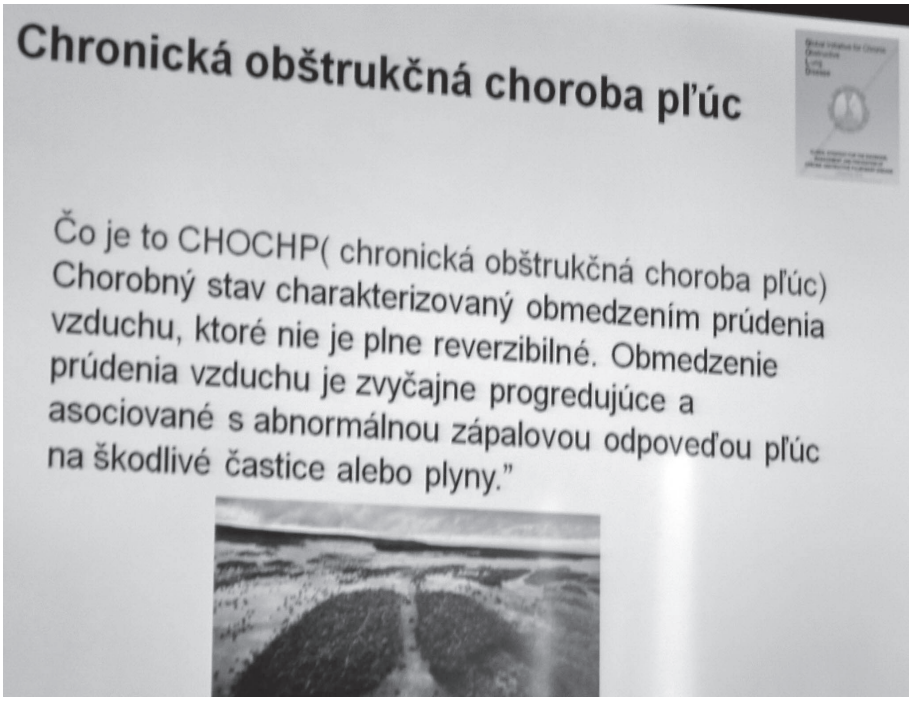
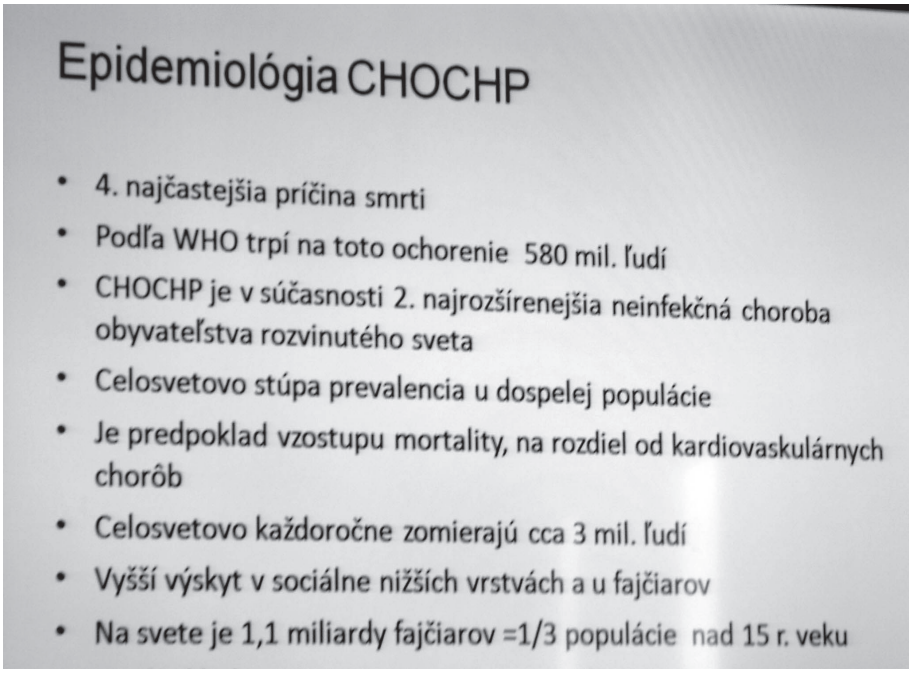
HUMANITA Plus 3/2016

Chronická obštrukčná choroba pľúc je nevyliečiteľná, ale liečiteľná

Väčšina pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc (CHOCHP) však včas sama nezistí, že má túto nevyliečiteľnú chorobu a neprichádza k lekárovi včas. A na CHOCHP sa zomiera čoraz viac.

Doc.MUDr. M. Hájková CSc., MPH





Lekári priznávajú: „Sami sme bezmocní… máme poznatky, existuje liečba, ale aj tak naši pacienti na chronickú obštrukčnú chorobu pľúc (CHOCHP) zomierajú. Prečo na túto chorobu zomiera čoraz viac pacientov, keď majú možnosť dostupnej a účinnej liečby a lekári majú dosť poznatkov na to, aby toto ochorenie udržali pod kontrolou? Aká je príčina ich bezmocnosti a prečo je práve obdobie jari pre

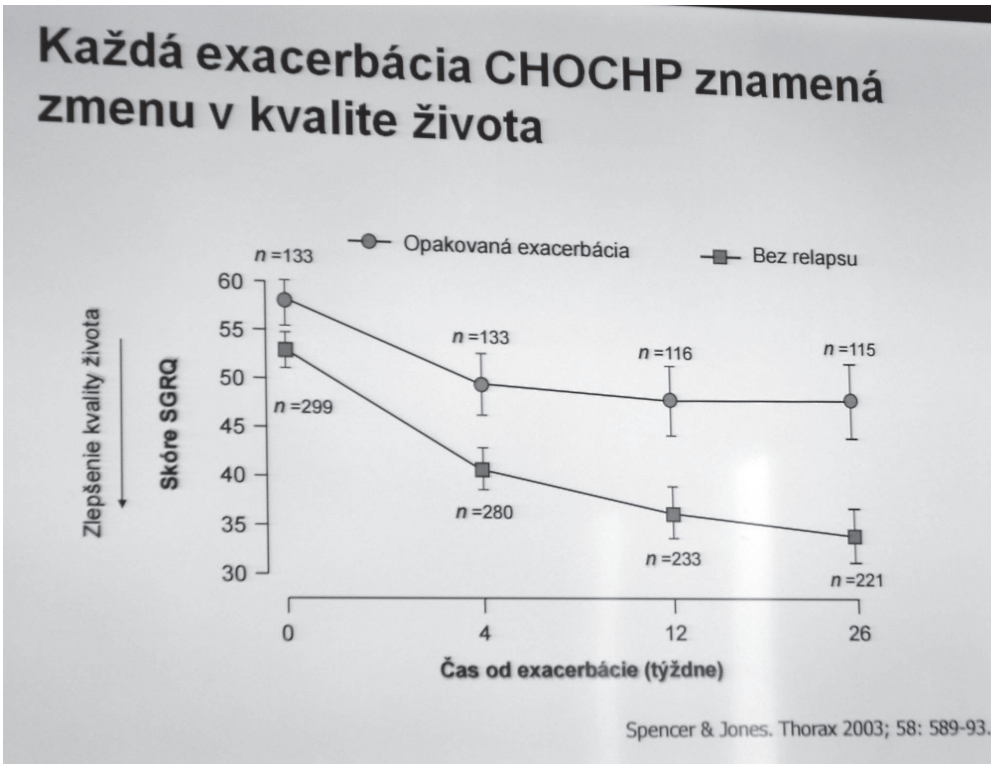
pacientov s CHOCHP rizikovým obdobím a ako sa dá rozpoznať CHOCHP od bežnej dýchavičnosti a kašľa a kedy treba trvať na vyšetrení pacienta pneumológom? Na všetky tieto otázky lekári dokážu presne odpovedať.

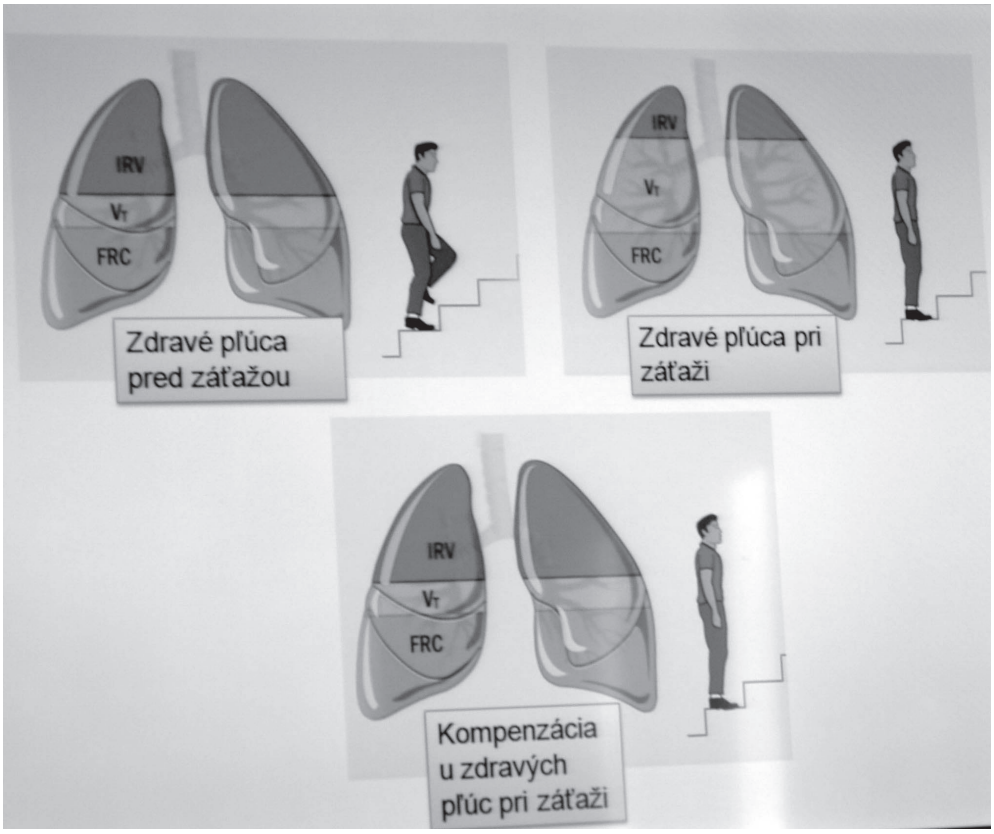
Aj všeobecný lekár dokáže rozpoznať príznaky tohto ochorenia, ale až odborný lekár - pneumológ potom určí aká liečba pri CHPCHP má nasledovať. Pacientom, ak treba, počas ich liečby pomáha praktický, ako aj odborný lekár - pneumológ, ale aj psychológ, ktorý vie aký má CHOCHP vplyv na život človeka, aj aké sú pocity a vnútorné prežívanie pacientov s touto chorobou.

Príčiny vzniku CHOCHP sú: fajčenie, dlhodobé vdychovanie exhalátov, prašné prostredie, vplyv produktov chemického priemyslu, pobyt v znečistenom prostredí a deficit antitripsínu, ako uviedla **Doc. MUDr. Marta Hájková, CSc., MPH**, hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva SR pre pneumológiu a ftizeológiu. Upozornila aj na symptómy CHOCHP: plytké dýchanie, sipot a pískanie v hrudníku, kašeľ (tvorba spúta), dušnosť pri námahe (dýchavica pri chôdzi hore schodmi), pokles hmotnosti modro-fialové sfarbenie - cyanóza koncových častí tela, aj mimopľúcne prejavy (kardiologické, enokrinologické, svalové, kostrové) a ako dodala, prítomnosť ochorenia na CHOHP potvrdzuje aj zhoršenie dýchavice, zvýraznenie kašľa s vylučovaním hlienu, opakované zhoršenie alebo nové vzplanutie kašľa. Každé nové vzplanutie (exacerbácie) CHOCHP je však ako nový kliniec do rakvi a vyžaduje si odborné liečenie.

Príčiny exacerbácie

Až 80 percent exacerbácií CHOCHP má infekčný pôvod (až polovicu z toho spôsobujú bakteriál-

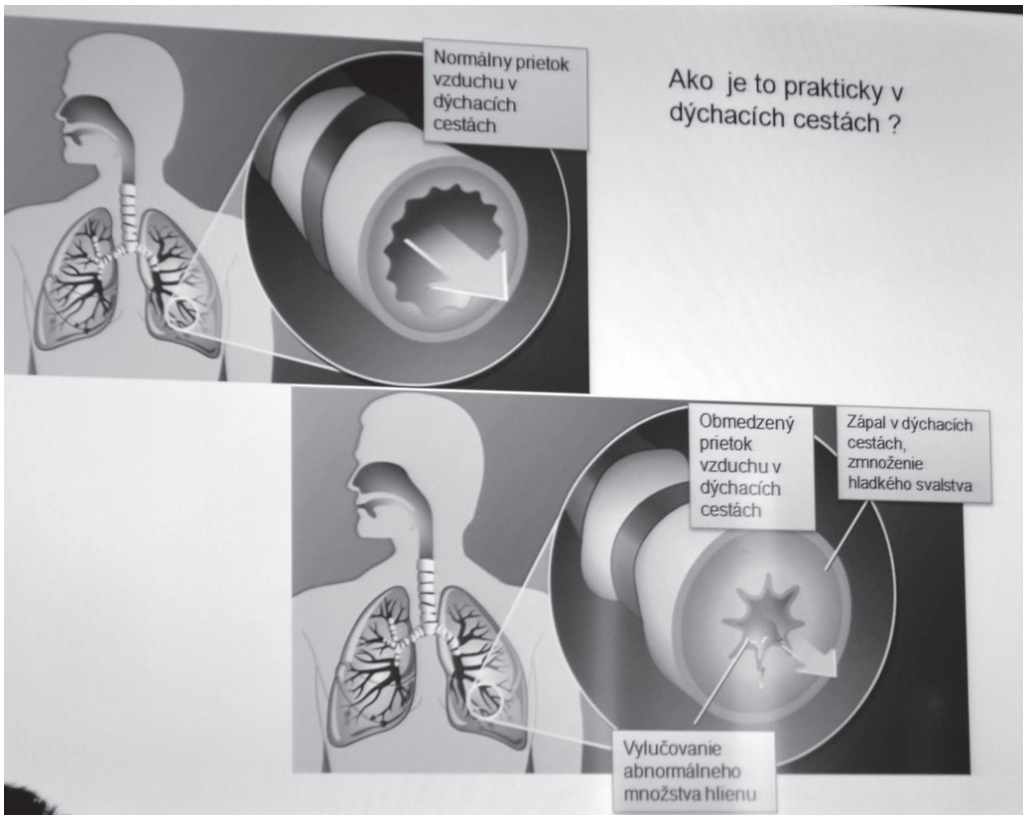


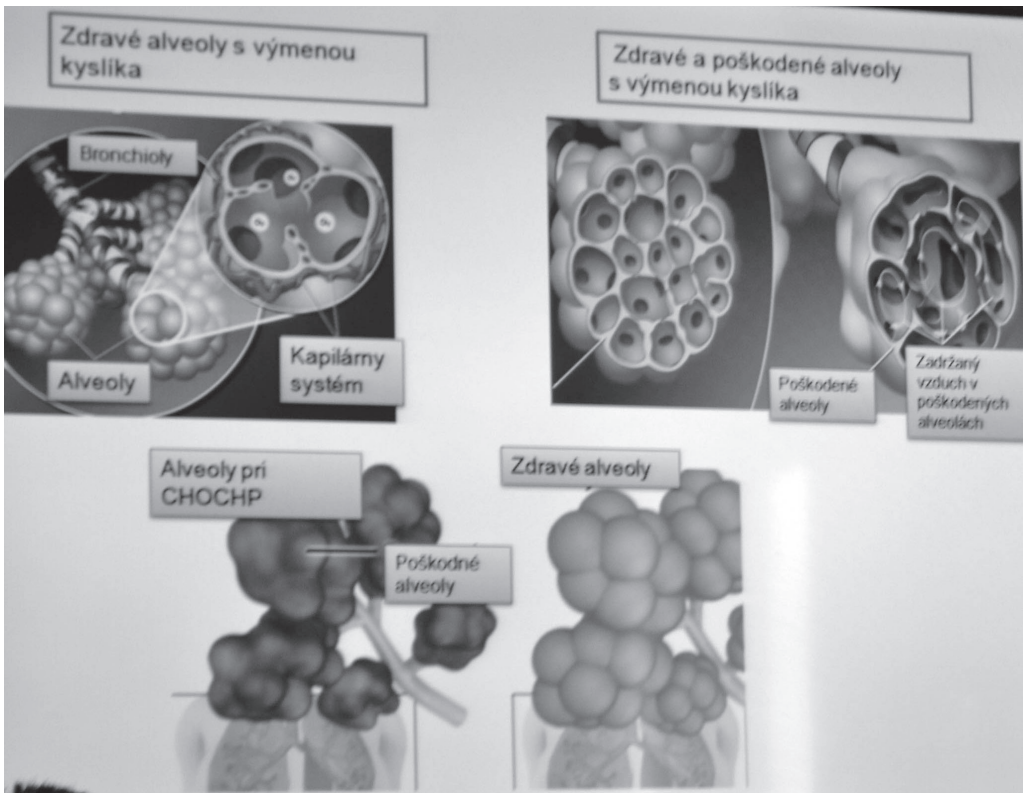


ne patogény, 5 až 10 percent spôsobujú atypické baktérie, na 30 percent sú na vine vírusy) ale 20 percent akútnych exacerbácií nemá infekčný pôvod a spôsobujú ich pneumónie, srdcové zlyhanie, embólia, PNO, aspirácia, chybná liečba alebo metabolická porucha, inhalovanie dráždivých látok, nesprávne podanie liekov a kyslíka.

Následky exacerbácií

V dôsledku exacerbácie vzniká chronické ochorenie spojené s poklesom pľúcnych funkcií a zvýraznením príznakov ochorenia CHOCHP. Akútne exacerbácie sú pri tomto ochorení typické a vyskytujú sa 2-3-krát do roka. Ich frekvencia záleží od závažnosti ochorenia, ktoré si vyžaduje hospitalizáciu, má dosah na zhoršenie kvality života pacienta, spôsobuje ďalší pokles pľúcnych funkcií a tiež zvyšuje úmrtnosť.





CHOCHP je celosvetovo štvrtou najčastejšou príčinou smrti a jedinou hlavnou príčinou smrti, ktorá má stúpajúci trend. Klinickú diagnózu CHOCHP je potrebné zvážiť u každého pacienta, ktorý má dýchavicu, chronický kašeľ alebo produkciu hlienov alebo bol exponovaný rizikovým faktorom ochorenia. Včasná diagnostika a terapia ochorenia môže zabrániť komplikáciám, uľaviť od príznakov, znížiť počet exacerbácií a pozitívne ovplyvniť priebeh ochorenia, uviedla na záver svojej prednášky Doc. MUDr. M. Hájková, CSc., MPH.

Dozvedieť sa viac o tomto ochorení a jeho liečbe možno na nasledujúcich stránkach tejto prílohy.

POHĽAD PRAKTICKÉHO LEKÁRA NA CHRONICKÚ OBŠTRUKČNÚ CHOROBU PĽÚC

ZADÝCHAVANIE NEMUSÍ BYŤ LEN SIGNÁLOM SLABEJ KONDÍCE, ALE CHORÝCH PĽÚC

Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) je časté a stále nedostatočne diagnostikované chronické ochorenie, ktoré sa v priebehu rokov postupne zhoršuje. Vyvíja sa v priebehu života často skryto, a preto sa u mnohých pacientov rozpozná až v pokročilom štádiu. Pritom je to ochorenie, ktorému možno predísť a ktoré možno liečiť, nie je však možné vyliečiť ho úplne, liečba však dokáže zmierniť až odstrániť príznaky ochorenia, znížiť frekvenciu a závažnosť vzplanutí choroby, zlepšiť celkový zdravotný stav a zvýšiť toleranciu fyzickej záťaže, čím zároveň zvyšuje kvalitu života pacienta. Neliečenie CHOCHP však skracuje život a postupne zhoršuje aj jeho kvalitu.

MUDr. Jana Bendová, praktická lekárka pre dospelých

Výskyt CHOCHP

CHOCHP patrí v súčasnosti medzi hlavné príčiny chorobnosti a úmrtnosti na svete. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie, trpí CHOCHP na celom svete asi 600 miliónov ľudí a približne 3 milióny ich každoročne na túto chorobu zomiera, čo je rovnaký počet, ako pri ochorení HIV/AIDS (WHO). Alarmujúci je však vývojový trend – prudko narastá chorobnosť a úmrtnosť, najmä „vďaka“ fajčeniu. Fajčenie je hlavný, ale nie jediný rizikový faktor vzniku CHOCHP. Pri vyfajčení jedného balíčka cigariet denne sa rizikové zaťaženie dosahuje v priemere v 35. roku veku človeka, na čo by sa malo zamerať aktívne vyhľadávanie úvodných štádií tejto choroby.

Včasná diagnostika a včasná liečba zlepšujú prognózu pri mnohých ochoreniach a tak je to aj pri CHOCHP. Za „zlatý štandard“ sa v diagnostike CHOCHP považuje funkčné vyšetrenie pľúc - **spirometria.**

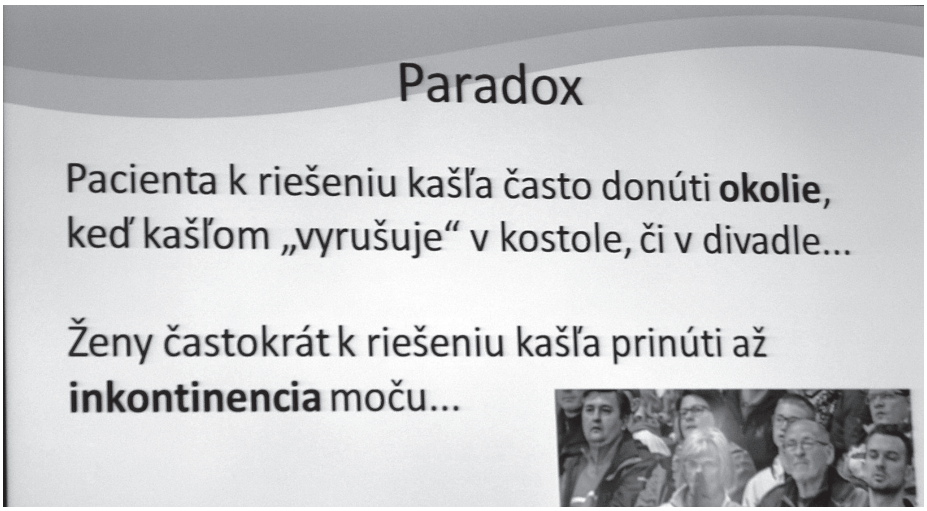
Dnes už asi každý pozná hodnotu svojho krvného tlaku, málokto však pozná hodnoty svojich pľúcnych funkcií. Hlavnou príčinou je zrejme to, že odmerať tlak je oveľa rýchlejšie a jednoduchšie, než odmerať pľúcne funkcie. Potrebný je prístroj – spirometer, ako aj viac času na meranie a vyhodnotenie výsledkov vyšetrenia. Navyše, pri spirometrii musí pacient aktívne spolupracovať, na rozdiel od merania krvného tlaku, kde sa len pasívne zúčastňuje merania.

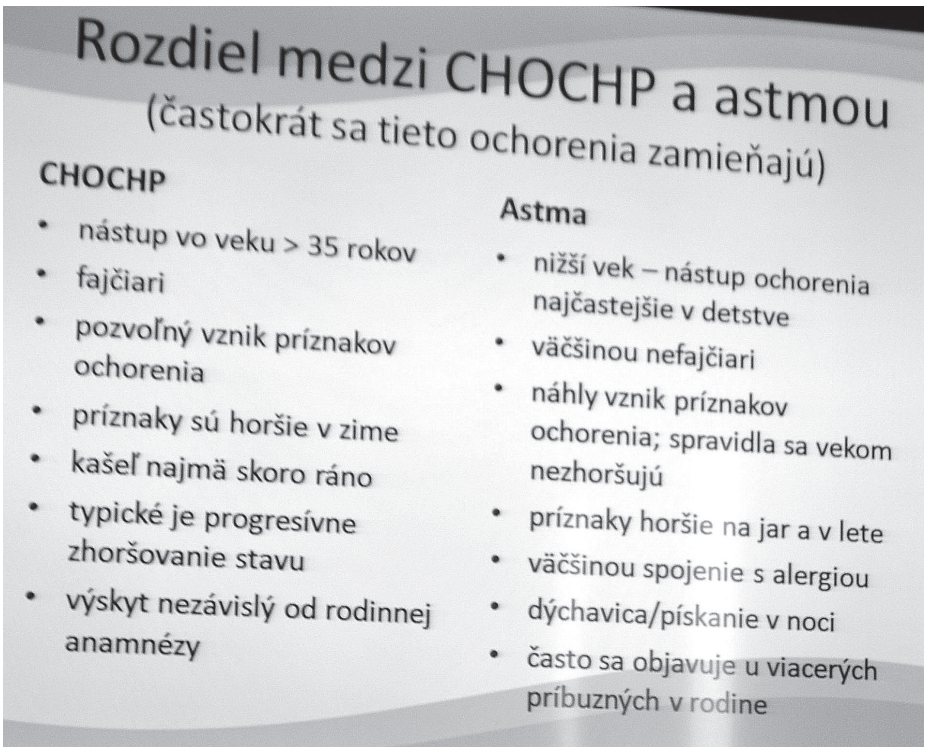
Výskyt CHOCHP prudko stúpa a prudko stúpajú aj jej **ekonomické dôsledky** - priame i nepriame náklady sú spojené s CHOCHP. Zvýšený výskyt CHOCHP súvisí aj so starnutím obyvateľstva. CHOCHP je predovšetkým ochorením vyššieho veku, pretože v priebehu života narastá záťaž pľúc inhalačnými škodlivinami, ktoré sú v ovzduší takmer všade. Tento trend bude pokračovať ďalej, keďže stúpa očakávaná dĺžka života nielen obyvateľov Slovenska, ale aj obyvateľstva celej Európy a v mnohých ďalších krajinách sveta.

Presné čísla o výskyte CHOCHP na Slovensku nie sú k dispozícii. Odhadový výskyt je **2,6-2,7 percenta** (pre porovnanie v Českej republike je to okolo 8 per-

cent). Odhaduje sa však, že až **75 percent** Európanov, ktorí majú CHOCHP, nevedia o tom, že touto chorobu trpia.

CHOCHP je častejšia u mužov ako u žien. Prakticky na celom svete (Slovensko nevynímajúc) však alarmujúco **stúpa počet fajčiacich dievčat a žien**, a tak sa zvyšuje aj výskyt CHOCHP tiež u nich. U žien sa, navyše, pozoruje aj vyššia náchylnosť na vznik tohto ochorenia. V tejto súvislosti je nutné spomenúť aj takzvanú „predpojatosť pohlavím“, teda, že lekár u muža so zdĺhavými prieduškovými ťažkosťami predpokladá skôr CHOCHP, ale u ženy s tými istými ťažkosťami lekári často predpokladajú skôr prieduškovú astmu. Je to preto, že CHOCHP bola desaťročia doménou mužov, keďže v minulosti fajčili väčšinou muži.





K hlavným príznakom CHOCHP patria:

1. Dýchavica, ktorá sa v priebehu času zhoršuje. Typické je, že sa zhoršuje pri námahe - stačí napríklad, rýchlejšia chôdza alebo pár schodov. Tieto ťažkosti pacienti obvykle pripisujú veku, nadváhe alebo nedostatočnej fyzickej kondícii.

2. Kašeľ. Môže byť spočiatku len občasný, suchý alebo s vykašliavaním hlienu, nezriedka lepkavého. Mnohí fajčiari tento kašeľ považujú za „bežný“ alebo „normálny“ fajčiarsky kašeľ a nepripisujú mu význam.

3. Nešpecifickými príznakmi ochorenia sú tlak na hrudníku, pískanie, u časti pacientov je prítomná zvýšená frekvencia zápalov dýchacích ciest, zvlášť v zimných mesiacoch. Opakujúce sa zápaly priedušiek vedú najmä v pokročilejších štádiách, k výraznému zhoršovaniu ochorenia sprevádzaného s postupne sa prehlbujúcim obmedzením fyzických aktivít pre celkovú telesnú slabosť. Väčšina pacientov s CHOCHP si nie je vedomá svojho stavu, a to vedie k významnému oneskoreniu v diagnostike, ako aj v postupe v liečbe.

Národné smernice pre CHOCHP z roku 2011 doporučujú nasledujúci algoritmus:

Dýchavica je najčastejším príznakom CHOCHP. Problémom je, že dýchavica je **subjektívny pocit nedostatku vzduchu**, sťaženého prehlbujúceho sa dýchania, alebo pocit skráteného dychu s nemožnosťou dostatočne zhlboka dýchať. Mnoho fajčiarov však tento pocit považuje za normálny, necítia potrebu z tohto dôvodu vyhľadať lekára. Na hodnotenie stupňa dýchavice boli preto vypracované viaceré škály s rôznymi kritériami.

Medzi najpoužívanejšie patrí dotazník mMMRC (Modifikovaná škála rady medicínskeho výskumu). Tento dotazník môže použiť pacient sám.

Klasifikácia dýchavice podľa mMRC

Prosím, označte riadok, ktorý vystihuje Váš zdravotný stav. (Iba jeden riadok.)

0. Mám dýchavicu len pri náročnom cvičení.

❒

1. Mám dýchavicu, keď sa ponáhľam alebo idem do mierneho kopca.

❒

2. Chodím po rovine pre dýchavicu pomalšie než väčšina mojich rovesníkov alebo musím zastať, keď idem po rovine vlastným tempom.

❒

3. Zastavujem pre dýchavicu po prejdení asi 100 metrov po rovine alebo po niekoľkých minútach.

❒

4. Som príliš dýchavičný, aby som mohol opustiť dom, alebo som dýchavičný pri obliekaní / vyzliekaní.

❒

dostupné online: **http://www.spfs.sk/guidelines** (CHOCHP, Národné smernice pre prevenciu a terapiu, SPFS 2011)

Z praktických dôvodov nie je možné, aby spirometriu pravidelne podstúpil každý fajčiar nad 35 rokov a dostupné vedecké štúdie tento prístup (skríning) ani nepodporujú. Ako najefektívnejší prístup sa javí vykonávanie spirometrie u starších fajčiarov s minimálne jedným respiračným príznakom.

Rola praktického lekára

Praktickí lekári chápu pacienta ako celok s ohľadom na jeho osobnosť, rodinné súvislosti, berú do úvahy všetky jeho ochorenia i jeho kvalitu života.

Všeobecný lekár poskytuje komplexnú a kontinuálnu zdravotnú starostlivosť, o svojich pacientov sa stará prakticky roky, nezriedka aj desaťročia. Počas tohto obdobia získa dôkladnú znalosť ich rodinnej anamnézy (stará sa o celé rodiny), osobnej, pracovnej aj sociálnej anamnézy, vrátane fajčiarskej anamnézy a pracovnej expozície rizikám. Všetky tieto informácie predisponujú všeobecného lekára zohrávať v diagnostike ochorení kľúčovú úlohu a CHOCHP nie je výnimkou. Ak má, napríklad, všeobecný lekár pacienta, ktorý je poľnohospodárky robotník, fajčí, niekoľkokrát ročne prichádza do ambulancie s bronchitídou - diagnóza CHOCHP je takmer istá i bez kompletného funkčného vyšetrenia.

Hoci má všeobecný lekár dôkladnú znalosť anamnézy pacienta, ako aj prehľad o jeho chorobnosti na akútne respiračné ochorenia, chýba mu podstatný nástroj na overenie svojho podozrenia – prístroj na meranie obštrukcie v dýchacích cestách – spirometer alebo aspoň jednoduchý výdychomer.

Pacienti s doteraz nezistenou CHOCHP sa v podstatnej miere môžu vyskytovať v ambulanciách všeobecných lekárov pre dospelých, ktorí často z neinformovanosti liečia iba akútne vzplanutia choroby (veľmi sa podobajúce na zápal priedušiek), bez odhalenia a liečby pomaly sa zhoršujúcej CHOCHP. Nediagnostikovaní pacienti potom nie sú adekvátne manažovaní, neodhalené prípady nie sú hlásené. Následne nie je dostatočne kvalitný prehľad o ich počte a závažnosti.

Nie každý kašeľ prejde

Pacienti zvyčajne neprichádzajú do ambulancií praktických lekárov s kašľom hneď či ide o suchý alebo vlhký kašeľ s vykašliavaním hlienu. Prídu k svojmu lekárovi až keď mu kvapky a sirupy nezaberajú a kašeľ neustupuje. Súčasná prax je taká, že pri podozrení na CHOCHP na základe zdĺhavého kašľa, častých bronchitíd a vyšetrenia pacienta fonendoskopom, všeobecný lekár odošle pacienta na ďalšiu diagnostiku do pneumologickej ambulancie. Pneumológ vykonaná spirometrické vyšetrenie, na základe ktorého sa diagnóza CHOCHP potvrdí alebo vyvráti.

Možnosti diagnostiky CHOCHP v ambulancii všeobecného lekára

Všeobecný lekár pre dospelých (VLD) na Slovensku má v starostlivosti priemerne 1 800 dospelých pacientov, z toho sú približne dve tretiny vo veku nad 40 rokov, asi 40 percent z nich sú fajčiari. Ak je výskyt v populácii vo veku nad 40 rokov 5,2 – 5,4 percent, znamená to, že každý VLD má vo svojej ambulancii približne 50-70 pacientov s CHOCHP. Koľko z nich je však diagnostikovaných?

O CHOCHP uvažujeme u všetkých fajčiarov a bývalých fajčiarov vo veku nad 35 rokov, u mužov aj žien. V ambulancii zisťujeme počet rokov fajčenia a počet vyfajčených cigariet za deň. Najdôležitejšia v diagnostike je však spirometria. Orientačné spirometrické vyšetrenie je časovo aj prístrojovo nenáročné, a teda ľahko vykonateľné v ambulancii. Bežne ho však slovenskí všeobecní lekári nevykonávajú. Prečo?

Bariéry sú na oboch stranách:

1. na strane pacienta:

Pacienti nemajú spirometrické vyšetrenie v obľube. Ak sa u pacienta realizuje spirometria po prvýkrát, vyžaduje to detailné poučenie o priebehu vyšetrenia. Nutná je spolupráca pacienta. Spirometrie sa pacient totiž nezúčastňuje pasívne, ako je to, napríklad, pri meraní krvného tlaku a pulzu, ale musí aktívne spolupracovať podľa inštrukcií lekára.

2. na strane lekára:

Všeobecným lekárom výkon spirometrie zdravotné poisťovne neuhrádzajú, čo je základný problém. Pri vysokom počte návštev pacientov v ambulancii denne (50-70 pacientov) ani nie je možné spirometriu vykonať, pretože si vyžaduje asi 10-15 minút času navyše. Všeobecní lekári nie sú teda ani motivovaní mať v ambulanciách aspoň orientačný prístroj na meranie pľúcnych funkcií.

Pneumológ zvyčajne diagnostikuje už pokročilejšie štádiá CHOCHP, pretože k nemu na vyšetrenie prichádzajú pacienti s už výraznejšími ťažkosťami. Roky fajčiaci človek, ktorého neobťažuje jeho kašeľ a nemá ešte výraznejšiu dýchavicu, pľúcneho lekára sám od seba nevyhľadá. A práve tu môže praktický lekár zohrať kľúčovú úlohu, keď na CHOCHP myslí a na pľúcne vyšetrenie podšle pacienta aj s menej rozvinutými príznakmi ochorenia.

MUDr. Jana Bendová,
praktický lekár pre dospelých

SLOVO PACIENTA

Ako sa asi cíti človek trpiaci na chronickú obštrukčnú chorobiu pľúc (CHOCHP) , ktorý plytko dýcha a často si nemôže ani dobre vydýchnuť? Zdravý človek si to ťažko predstaví, ale, ak si na nos dá štipec a skúsi s ním chvíľu bežať, zistí aké to asi je, keď sa ťažko dýcha. Pacientom s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc totiž robí problémy telesný pohyb. Stačí, ak takýto pacient vykoná jednu menšiu fyzickú prácu, napríklad, preoblečie návliečky periny a je unavený a vyčerpaný. Pacientom s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc aj taká jednoduchá práca robí problémy, pretože sa pri nej zadýcha. Môžu to potvrdiť aj samotní pacienti s chromickou obštrukčnou chorbou pľúc.

„Ono sa to nezdá, ale je to námaha“, prezrádza pán Jozef.. Lieči sa na túto chorobu už vyše dvadsať rokov. Na otázku: Aké mal prvé príznaky tohto ochorenia, odpovedal:

„Nemohol som dobre dýchať skoro stále. V noci som zle spával, často som sa zobúdzal“. Lekári mu napokon diagnostikovali chornickú obštrukčnú chorobu pľúc. Dnes sa Jozef, ktorý pochádza z Prievidze, lieči moderným spôsobom. Je nastavený na najmodernejšiu dostupnú liečbu. „Potrebné lieky mám k dispozícii. Keby tu tie nové lieky, ktoré mám teraz možnosť užívať, neboli, už by som tu určite nebol“, konštatoval a o svojej liečbe nám aj čo-to sám porozprával:

„Od malička som mal astmu“. Na našu otázku, či v dospelosti aj fajčil, povedal: „Nikdy som nefajčil, ale prostredie, kde som žil, bolo prašné. Chronickú obštrukčnú chorobu pľúc mu zistili, keď mal asi 30 rokov. „Vtedy som už bol invalid, lebo počas celej mladosti som mal ťažkú astmu. Vďaka liečbe ma už astma netrápi, ale, popri nej sa mi postupne „vyvinula“ obštrukčná choroba pľúc. „Zatiaľ všetko, aj svoje ochorenie zvládam, ale s pomocou liekov. Na niektoré si musím aj priplatiť a nie vždy ich v lekárni dostať, ale dá sa ich zohnať v priebehu týždňa. Pomáha mi aj rodina, dobrí kamaráti, ktorí sú mi tiež oporou. Doma mi pomáha manželka, na ňu sa môžem spoľahnúť. Deti mám už veľké, ale keď treba, pomôžu mi tiež. “Ako ďalej uviedol, zatiaľ nemusí mať doma pri sebe ani prenosný ani statický kyslíkový prístroj. „Iba keď som na liečení alebo v nemocnici, vtedy inhalujem kyslík“, dodal.

Pacient Jozef

Chodiť hore schodmi však nevládze. Venuje sa ale, napriek zdravotným ťažkostiam, aj svojim koníčkom a záľubám. „Trochu fotografujem“, prezradil a pokračoval: „Domáce práce, ako je, napríklad, aj preoblieknie posteľnej bielizne, to by som nezvládol. Pri práci sa hneď spotím a zadýcham. K lekárovi na kontrolu chodím pravidelne, každý mesiac“.

Pacient Bohuš

Ďalší pacient, ktorý má chronickú obštrukčnú chorobu pľúc, pán Bohuš, s ktorým sme tiež mali možnosť porozprávať sa a ktorý podstúpil lekárske vyšetrenie na pľúcnom oddelení v nemocnici, užíva lieky už asi už 4 - 5 rokov. „Ani ja som v noci nemohol dobre dýchať. Budil som sa a často som sa musel na posteli aj posadiť a zostať sedieť aj do rána, aby som sa vydýchal alebo som musel aj vstať a prejsť sa. Ako prezradil, odvtedy, ako začal užívať lieky, spáva pokojne. Ale dokedy bude tieto lieky užívať, sám nevie. „Bez liekov to vôbec nejde“, ako nám prezradil.

POHĽAD PSYCHOLÓGA NA PĽÚCNE OCHORENIE (CHOCHP)

CHOCHP je chronické ochorenie so zlou prognózou a ako u všetkých závažných ochorení, aj tu zohráva svoju úlohu psychika, psychologické faktory. To, v akom štádiu ochorenia sa pacient dozvie svoju skutočnú „diagnózu“, je dôležité nielen z medicínskeho hľadiska, ale aj z psychologického hľadiska. Počiatočné štádiá vyrovnávania sa s ochorením ako je: šok, popretie a nahnevanosť, sú často zdrojom aktuálnej alebo aj neskoršej nespolupráce so zdravotníkmi. Kladú nároky nielen na pacienta, ale aj na zdravotníkov.

PhDr. Pavla Nôtová, PhD, klinická psychologička

Veľmi často sa vyskytuje pri tomto ochorení úzkosť, ktorá má viacero zdrojov. Samotným zdrojom masívnej úzkosti pacienta sú symptómy ochorenia, nejasná perspektíva, ohrozenie života (často sa spája CHOCHP s pojmom „smrteľné“ ochorenie) a očakávaním možných zdravotných komplikácií. Pacienti pociťujú úzkosť aj z výsledkov vyšetrení, obávajú sa vedľajších účinkov liekov („desí“ ich fakt, že lieky budú musieť brať do konca života).

Pri CHOCHP je špecifické aj to, že na jar sa symptomatológia výrazne zhoršuje (čo je zdrojom tzv. anticipačnej úzkosti), taktiež obava z nesprávnej manipulácie s inhalátorom patrí pri tomto ochorení k špecifickým zdrojom úzkosti. Samozrejme, intenzita úzkosti sa odvíja od predisponovanej osobnosti pacienta, výraznejšia je u pacientov, ktorí sú primárne úzkostní a u pacientov trpiacich úzkostnou alebo panickou poruchou či aj u pacientov, ktorí reagujú na stres hyperventilačným syndrómom. Nemožno podceniť ani taký zdroj úzkosti, ako sú samotné medicínske informácie (ich množstvo, ich menšia zrozumiteľnosť a podobne), taktiež aj komunikačné „šumy“ vznikajúce zákonite pri komunikácii zdravotník – pacient - zdravotník.

Ďalším psychologickým faktorom, ktorý sa často vyskytuje pri ChOCHP, je depresívna nálada (ako reakcia na strach z ohrozenia a možnej straty) a aj **depresia** (ako vážne psychické ochorenie, ktoré s CHOCHP súvisí aj z fyziologického hľadiska). Pri depresívnej nálade môže byť efektívna, okrem odbornej pomoci, aj psychoterapia, ale aj laická pomoc (podpora rodiny, priateľov). Pri depresii (psychickej poruche), je však potrebná odborná pomoc (formou farmakoterapie a psychoterapie). Depresia sa u pacientov s CHOCHP vyskytuje v rozpätí 10 až 42 percent a výrazne zhoršuje kvalitu života týchto pacientov. Pacienti často z dôvodu depresie nepokračujú v liečbe CHOCHP, častejšie sú hospitalizovaní a čo je veľmi dôležité, depresia výrazne zhoršuje spoluprácu pacienta a lekára.

Tak, ako pri iných závažných ochoreniach, aj pri CHOCHP musíme rátať so skupinou pacientov, tzv. nespolupracujúcich. Pri tomto ochorení sa udáva výskyt v 20 až 50 percent, ktorí nespolupracujú, čo je závažný a alarmujúci fakt. Nespolupráca pacientov s CHOCHP s lekárom (nonadherencia a nonkompliancia) má následok zhoršovanie kvality života pacientov, zhoršenie kontroly symptómov, zvýšenie počtu relapsov - opätovných návratov chorobného stavu aj po prechodnom zlepšení. Úmrtnosť (mortalita) nespolupracujúcich pacientov s CHOCHP je vyššia až 2 až 3-krát a výrazne je zhoršená pritom aj efektivita celkovej liečby (až 15 percent pacientov preruší liečbu po 6 mesiacoch). Na neposlednom mieste treba upozorniť na zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť (až o 30 až 40 percent).

Jednou z možností ako zmenšiť počet nespolupracujúcich pacientov s CHOCHP, je aj ich edukácia. **Edukácia** (podávanie informácií pacientovi) má byť veľmi individuálna (odvíjať by sa mala od charakteristík osobnosti pacienta, od jeho vzdelania a intelektu). Mala by byť na mieru šitá, postupná a najmä citlivá. Tieto požiadavky na edukáciu (alebo, jemnejšie povedané, podmienky) sú však pri možnostiach našich zdravotníckych zariadení ťažko splniteľné (málo času lekára a priestoru na pacienta, rezervy v komunikácii). Samostatnú „kapitolu“ tvoria edkukačné príručky, ktorých síce je k dispozícii dostatok, ale často nerešpektujú horeuvedené pravidlá. Často k nim absentuje podrobné „dovysvetľovanie“ a nie je priestor na pacientove otázky, čím sa efektivita takejto edukácie výrazne redukuje.

Z psychologického pohľadu pri CHOCHP zohráva významnú úlohu depresia a úzkosť, rezervy v spolupráci, efektivita edukácie a predovšetkým pacientove spôsoby vyrovnávania sa s ochorením.

PhDr. Pavla Nôtová, PhD., klinický psychológ

AKO POMÔCŤ PACIENTOM S CHRONICKOU OBŠTRUKČNOU CHOROBOU PĽÚC

Chronická obštrukčná choroba pľúc máva u mnohých pacientov fatálne následky. Poškodenie pľúc, ktoré choroba spôsobí, je nezvratné, preto podmienkou úspešnej liečby je včasná, správna diagnostika a zároveň spolupráca pacienta s lekárom. Dodržiavanie liečby uľahčujú dnes najmodernejšie lieky, ktoré sa ľahšie užívajú, majú jednoduchšie dávkovanie, sú účinnejšie a majú menej nežiaducich účinkov.

Pri Chronickej obštrukčnej chorobe pľúc (CHOCHP postupne dochádza k čoraz väčšiemu obmedzeniu prietoku vzduchu v dýchacích cestách a k zápalovej reakcii, ktorá postupne ničí tkanivo pľúc. Najčastejšie postihuje fajčiarov nad 40 rokov veku. Zmeny na pľúcach a hustý hlien v dýchacích cestách, zamedzujú kyslíku dostať sa do pľúcnych váčkov - alveol, v ktorých prebieha výmena kyslíka s kysličníkom uhličitým.

MUDr. Miroslav Žáčik, pneumológ

Ako CHOCHP postupuje, človek začne pociťovať problémy – najprv kašeľ, s pomocou ktorého sa dýchacie cesty snažia zbaviť hlienu, neskôr prichádzajú problémy s dýchaním, najmä pri námahe. Závažnou komplikáciou CHOCHP sú exacerbácie – akútne prepuknutie alebo zhoršenie príznakov ochorenia, ktoré si často vyžaduje hospitalizáciu, až záchrannú liečbu. Pri každej exacerbácii dochádza k nezvratnému poškodeniu pľúcneho tkaniva a k celkovému zhoršeniu zdravotného stavu, čo zhoršuje aj celkové vyhliadky pri ďalšom liečení pacienta.

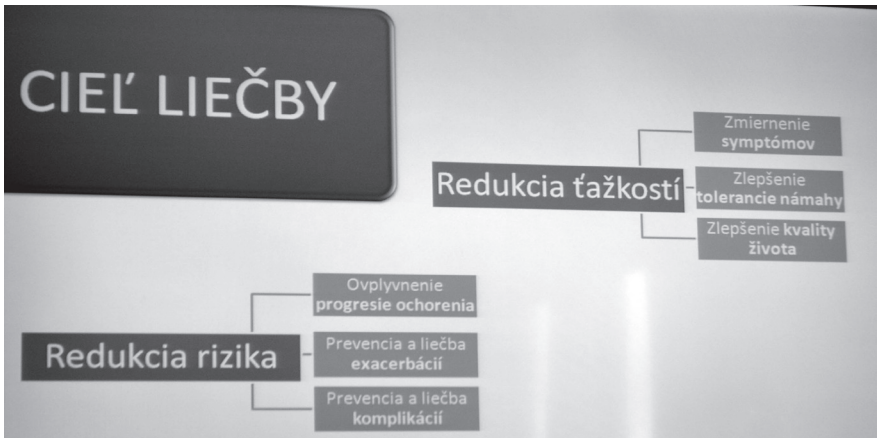
Cieľom liečby je vždy zmierniť príznaky choroby, zlepšiť kvalitu života, zlepšiť toleranciu námahy, ovplyvniť priebeh ochorenia, predchádzať vzniku exacerbácií či iných komplikácií a vďaka tomu, aj znížiť predčasnú úmrtnosť pacientov na CHOCHP.

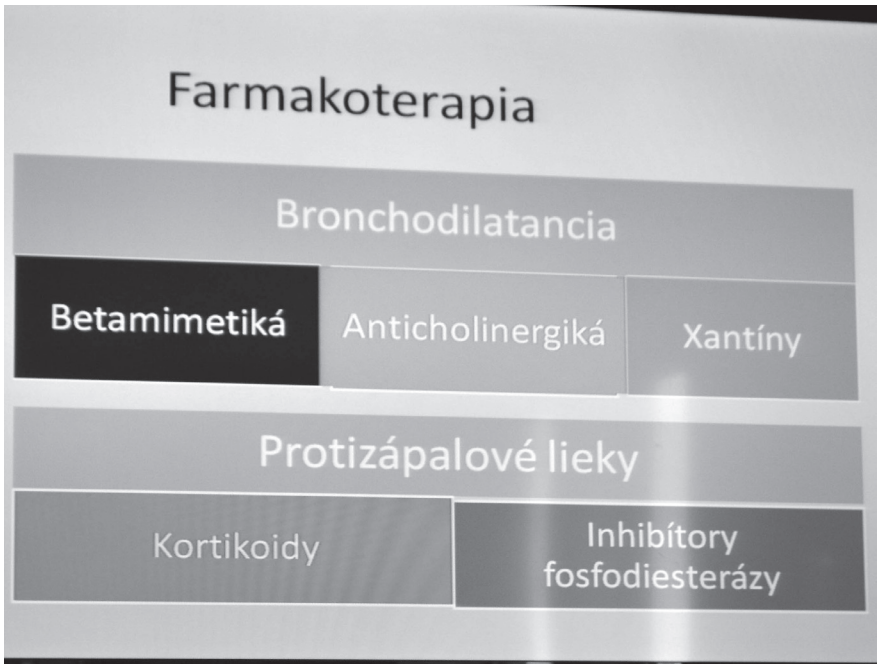
„Na začiatku liečby si predovšetkým treba stanoviť cieľ ako pomôcť pacientovi. U pacientov s CHOCHP najprv treba zredukovať jeho ťažkosti, ktoré výrazne ovplyvňujú kvalitu jeho života, čiže, zmierniť hlavné sympómy, ako je kašeľ a sťažené dýchanie, aby sa pacient nezadýchaval i pri najmenších prácach. Pri vyšších štádiách ochorenia je totiž pre pacienta problém už aj ranné umývanie, ktoré patrí k dennej hygiene. Aby sa zlepšila kvalita života pacienta, potrebujeme preto najprv znížiť riziko zhoršenia ochorenia a znížiť tak aj riziko úmrtia“, hovorí pneumológ, **MUDr. Miroslav Žáčik**, ktorý poukázal pri tomto ochorení aj na nutnosť nefajčiť, keďže mnohí pacienti s týmto ochorením sú alebo boli fajčiari.

„Na to, aby sme toto ochorenie minimálne pozastavili, používame farmakoterapiu. Keďže je to ochorenie, ktoré má zhoršujúci (progredujúci) charakter, najprv potrebujeme pozastaviť ťažkosti, ktoré vznikajú a zväčšujú sa s vývojom ochorenia a ak sa dá, zlepšiť zdravotný stav pacienta“, zdôraznil doktor M. Žáčik. Často treba liečiť aj exacerbácie pacienta. Ak sa táto choroba u pacienta len začala, však treba predísť vzniku exacerbácií, ktoré môžu výrazne poškodiť pacienta a znížiť kvalitu jeho života. Je to ochorenie, ktoré sa vyskytuje väčšinou vo vyššom veku, čiže, starší pacienti s CHOCHP majú veľa pridružených ochorení a aj samotné ochorenie CHOCHP môže spôsobovať ďalšie komplikácie, najmä kardiovaskulárne.

Liečbu možno rozložiť na dve základné zložky: farmakologickú a nefarmakologickú.

„Pri nefarmakologickej využívame iné metódy liečby. Veľa pacientov s CHOCHP sú fajčiri. Ale nie je úlohou lekárov, ale spoločnosti, aby sa obmedzilo fajčenie, aby sa znížil nikotínizmus. Pri nefarmakologickej liečbe je potrebná zmena a úprava životného štýlu pacienta tak, aby dokázal zvyšovať svoju toleranciu námahy cvičením, aby sa na zlešpenie jeho





zdravotného stavu využívala aj dychová rehabilitácia. Ak pacientovi v neskorších štádiách ochorenia liečba nezaberá alebo ak nespolupracuje pacient alebo ho neskoro diagnostikujeme, používame na zlepšenie jeho zdravotného stavu domácu dlhodobú oxigenoterapiu (čiže pacientovi dodávame kyslík, ktorý vdychuje pomocou prístroja). Môžu sa používať aj chirurgické metódy, ktoré sa však dnes používajú už menej". Dominantnou je však farmakologická liečba CHOCHP, zdôraznil MUDr. M.Žáčik.

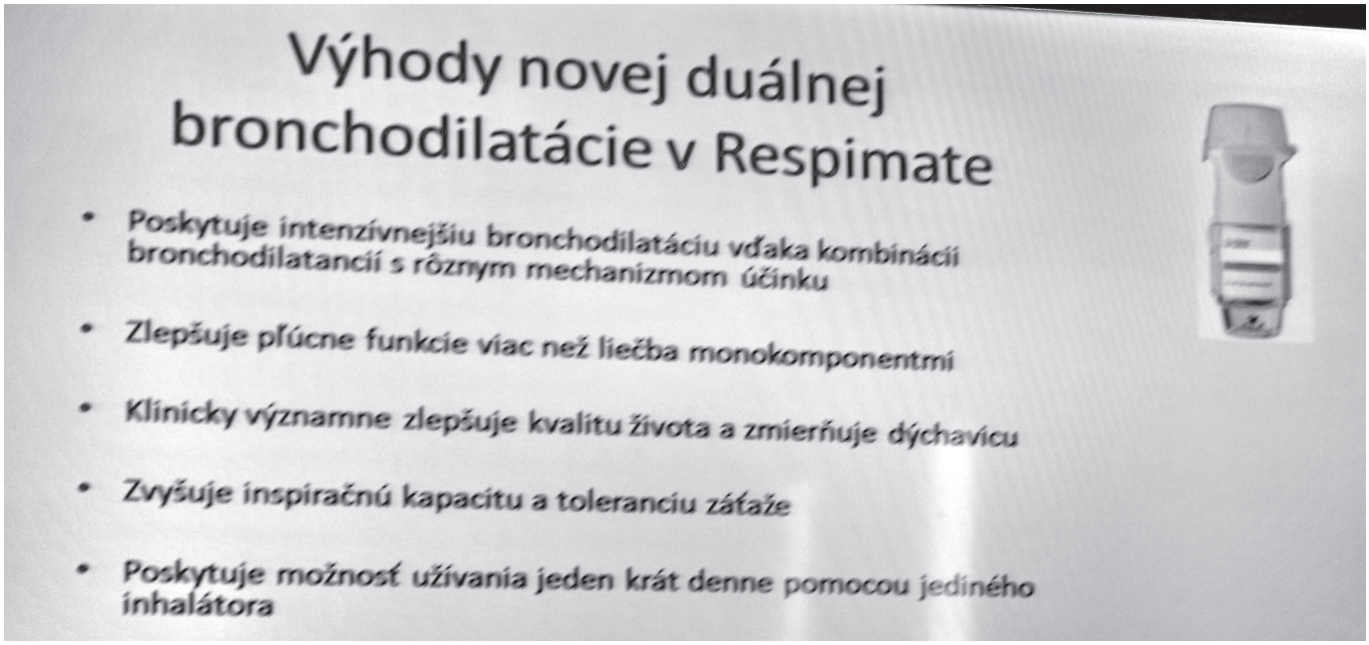
Pricípy liečby CHOCHP

Liečba je pravidelná a dlhodobá a je stanovená podľa štádia ochorenia. Liečebný režim je špecifický pre každého pacienta. Je nutná pravidelná kontrola techniky inhalácie a ak sa vyskytujú u pacienta aj pridružené ochorenia, lieči sa nielen CHOCHP, ale aj na pridružené ochorenia, ktoré má.

„Vo farmakoterapii CHOCHP používame dve základné skupiny liekov: lieky, ktoré rozšíria pacientovi priedušky a ktoré umožnia pacientovi ľahšie dýchať a zároveň umožnia aj to, aby sa hlieny, ktoré sa pri niektorom podtype tohto ochorenia vytvárajú v tele pacienta, lepšie, ľahšie vykašliavali von, aby sa cítil aj subjektívne lepšie. Na liečbu CHOCHP slúžia najmä bronchodilatanciá. Medzi bronchodilatanciá patria dve podskupiny liekov, ktoré majú odlišný mechanizmus pôsobenia – anticholinergiká a beta2-sympatikomimetiká. V súčasnosti sa pri najmodernejšej liečbe CHOCHP tieto dve podskupiny bronchodilatancií s dlhodobým účinkom kombinujú v jednom preparáte. Klinické štúdie potvrdzujú, že kombinovanie bronchodilatancií s rôznym mechanizmom účinku prináša pacientom lepšie výsledky v liečbe ochorenia", priblížil MUDr. M. Žáčik a pokračoval: „U ďalších podtypov CHCHP sa pri liečbe používajú protizápalové lieky, a to najmä kortikoidy a inhibítory fosfodiesterázy 4. Protizápalové lieky užívajú hlavne tí pacienti, u ktorých dochádza k častým exacerbáciám, pretože CHCHP je tzv. heterogénne ochorenie, čiže má viacero podtypov. U niektorých pacientov býva veľmi veľa exacerbácií a u týchto pacientov práve dochádza častejšie aj k úmrtiu a skracuje sa ich život".

Ako sa vyvíjali lieky proti CHOCHP.

Prvé molekuly liekov proti CHOCHP boli vyvinuté v roku 1969 a pacienti ich mohli užívať 4-krát až 6-krát denne. Pokrok vo vývine novších liekov proti CHOCHP nastal v roku 1990, kedy boli k dispozíci pacientom lieky, ktoré sa podávali každých 12 hodín a k týmto liekom sa pridali inhalačné



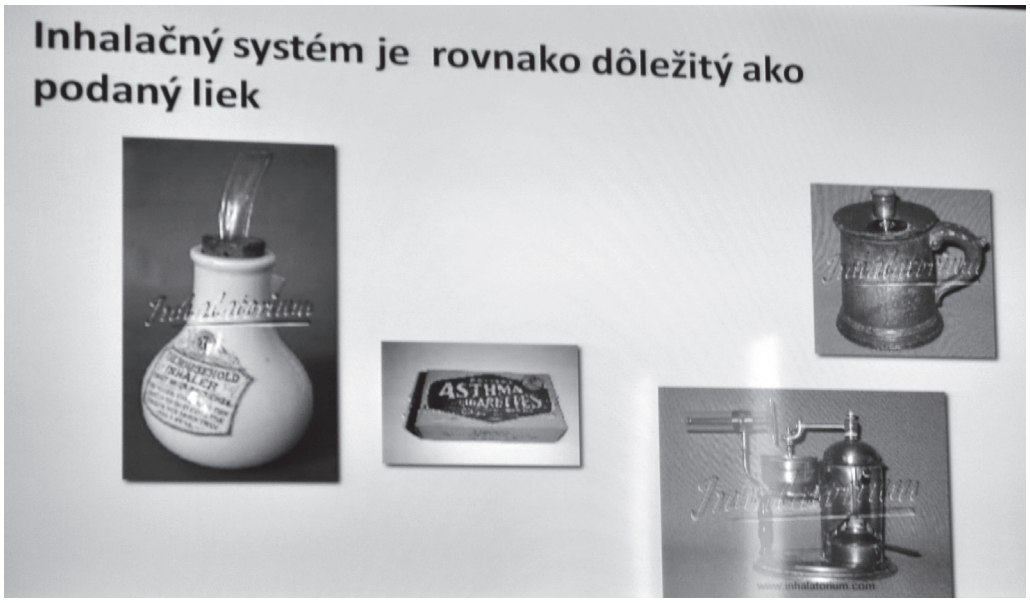
kortikoidy. V roku 2003 sa začal využívať ďalší novovyvinutý liek, ktorý účinkuje 24 hodín. V roku 2009 boli vyvinuté ďalšie, ešte modernejšie lieky z inej liekovej skupiny. Vývoj smeroval k tomu, aby sa liek podával menej často a zároveň aby novovyvinuté lieky boli oveľa kvalitnejšie. Takéto lieky v súčasnosti lepšie účinkujú na prevenciu exacerbácií a tiež viac zmierňujú ťažkosti pacienta. Postupne však vývoj aj ďalej napredoval. V roku 2013 prichádzajú na trh bronchodilatanciá a v roku 2015 sa začala používať duálna bronchodilatačná liečba, pri ktorej sa priedušky lepšie uvoľňujú. Pri spirometrických meraniach užívateľov duálnej bronchodilatačnej liečby sa preukázalo, že sa oveľa viac zlepšili prietokové paramete , oproti predchádzajúcej liečbe, kedy sa lieky podávali každý jednotlivo.Duálnou liečbou sa zvýšila kvalita života pacientov, zmiernila sa im dýchavica a samozrejme, ich výhodou je, že pacietovi stačí dať si jedndu dávku lieku za celý deň.

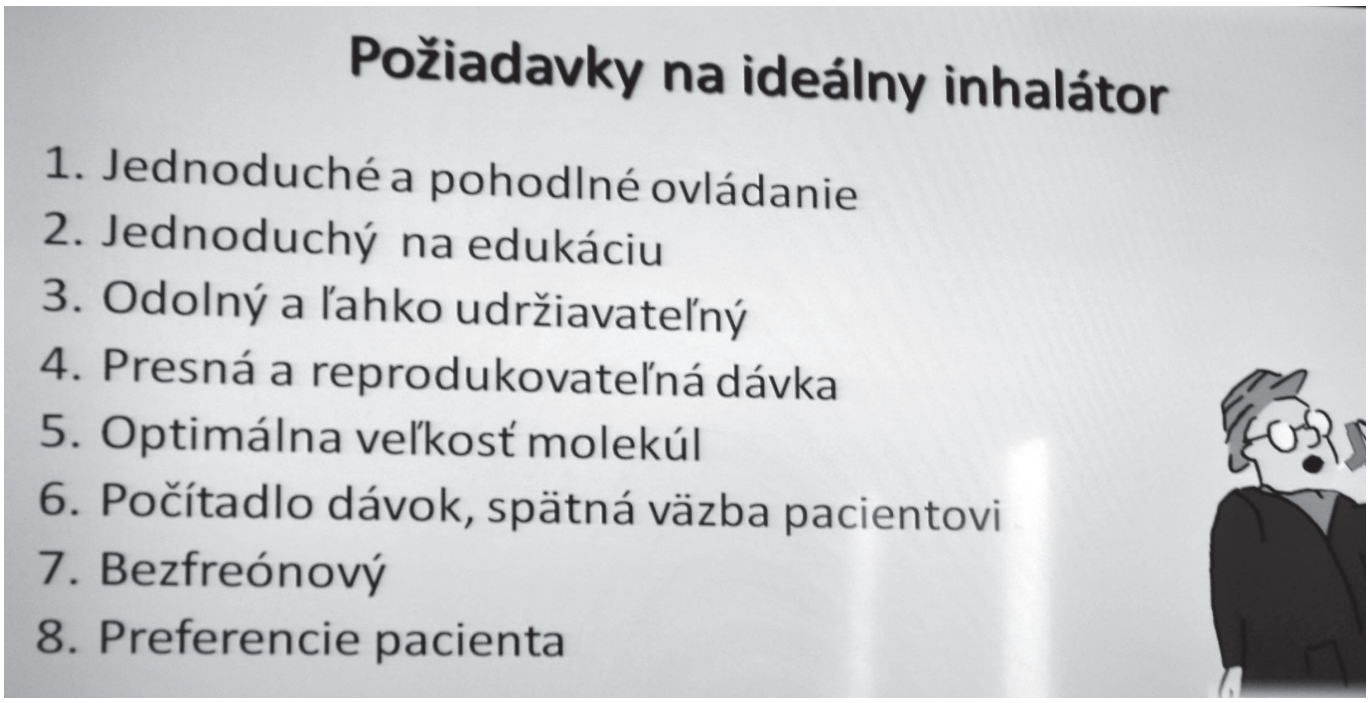
Ale, ako ďalej uviedol MUDr. M. Žáčik, adherencia k liečbe na respiračné ochorenia si žiada aj akceptovanie choroby a liečebného procesu pacientom, dobré znalosti o liečbe a dôveru k nej a aj komplexnosť terapeutického režimu treba dodržiavať. Vtedy lieky dokážu spomaliť postup ochorenia, stabilizovať ho a spomaliť pokles pľúcnych funkcií.

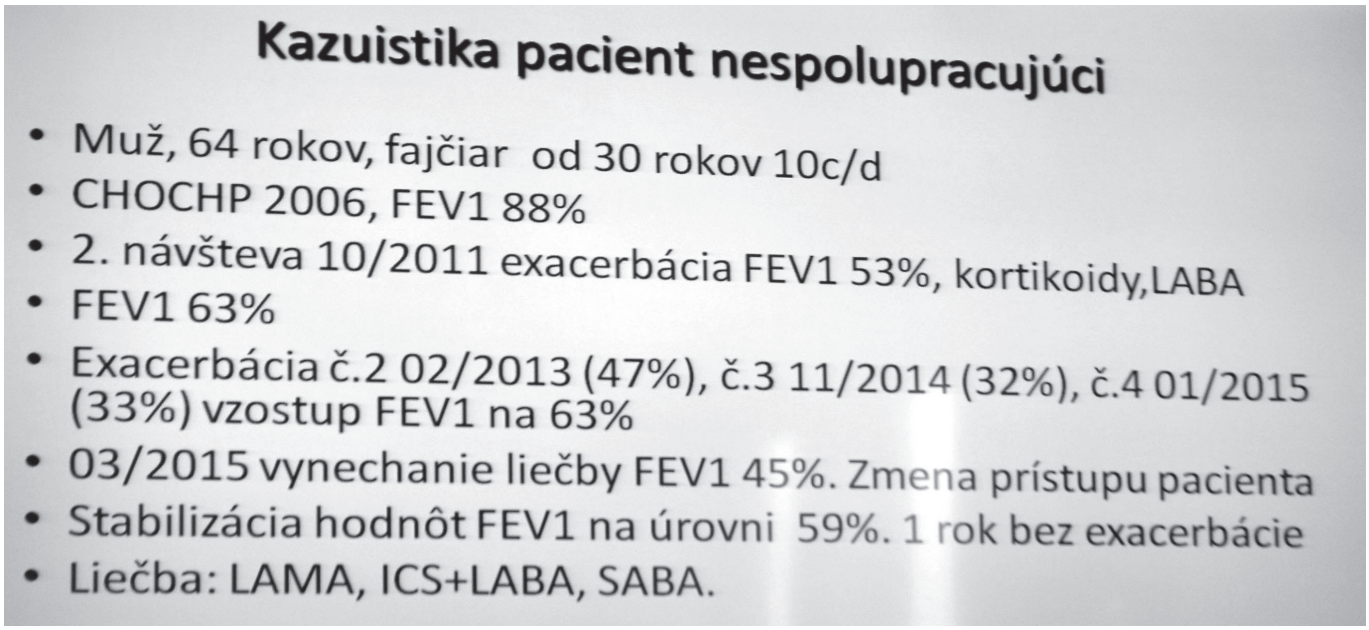
Preto nestačí lieky užívať len pri zhoršení zdravotného stavu, ale práve naopak, pravidelnou liečbou možno exacerbáciám predchádzať, a tak zlepšiť prognózu doby prežitia a predĺžiť život.

Pri liečbe CHOCHP, súvisiacej s inhaláciou, je veľmi dôležitá aj správnosť podania lieku. A aký by mal byť ideálny inhalátor, aké výhody moderný inhalátor poskytuje pacientovi, ukazujú nasledujúce 2 obrázky z prednášky MUDr. M. Žáčika.

Ako MUDr. M.Žáčik ďalej zdôraznil, moderný inhalátor musí mať pre pacienta jednoduché, priam intiutívne ovládanie. Musíme však pred jeho používaním pacienta správne edukovať a túto edukáciu aj opakovať. Moderrný inhalátor musí byť ľahko udžiavateľný a odolný, aby ho pacient mohol bez problémov nosiť aj v taške so sebou, ale musí zároveň umožňovať pacientovi i presnú dávku každého jedného vstreku lieku, musí mať optimálnu veľkosť molekúl, pretože ak by boli tieto molekuly veľmi malé, pacient by ich vydýchol a ak by boli príliš veľké, zostali by pacientovi na mäkkom







podnebí ústnej dutiny, čiže molekuly lieku v inhalátore musia mať optimálnu veľkosť. Ideálny inhakátor má aj počítadlo dávok, takže, pacient nemusí odhadovať, či má v inhalátore na dne ešte niečo z lieku a samozrejme, moderný inhalátor musí byť aj ekologický, čiže neškodný pre životné prostredie. Dnes už je pacientovi k dispozícii viacero typov inhalátorov – niektorí pacienti uprednostňujú, keď inhalujú aerosolové a iní zasa preferujú inhalovanie lieku v práškovej forme. Najnovšie inhalátory sú nielen jednoduché, ale aj veľmi sofistikovane urobené, tak, že stačí, ak pacient pootočí dávkovač inhalátora a zľhka vdýchne len jednu dávku lieku. Okrem správneho, ideálneho inhalátora treba, aby pacient dlhodobo spolupracoval s lekárom pri svojej liečbe. Spolupráca pri liečbe pacienta je veľmi dôležitá, upozornil MUDr. M. Žáčik.

A aký veľký rozdiel je medzi pacientom, ktorý riadne spolupracuje s lekárom a k liečbe pristupuje zodpovedne a iným, starším pacientom, ktorý fajčí a ktorý s lekárom prestal spolupracovať, na to poukazuje obrázok s názvom: Kazuistika nespolupracujúci pacient.

„Nespolupráca pacientov s lekárom je veľký problém pri všetkých chronických ochoreniach, napríklad, aj u pacientov s hypertenziou. Miera spolupráce pacienta s CHOCHP sa pohybuje od 10 do 40 percent“, dodal napokon doktor M. Žáčik. Ak pacient vyberie len polovicu z liekov, ktoré by mal brať, už to sa v súčasnosti považuje za veľký úspech.

Na to, aby sa tento stav zlepšil treba, aby samotný pacient akceptoval svoje ochorenie, prijal ho a vedel, že sa musí liečiť a dodržiavať režim liečby. Je úlohou lekárov, aby zvolili takú liečbu, ktorá je komplexná.

Dôležité je však vedieť aj to, že CHOCHP je ochorenie, ktorému sa dá predchádzať. Ale v súčasnosti býva často poddiagnostikované.

„Nie je to vina pneumológov, my chceme diagnostiku robiť, rozvíjame spoluprácu s praktickými lekármi, aj s internistami, ale treba, aby aj pacienti vedeli viac o tomto ochorení a aby tí, ktorí toto ochorenie už majú a nie sú ešte diagnostikovaní, aby išli k lekárovi na odborné vyšetrenie“, pripomenul doktor M. Žáčik.

Základnou liečbou pri všetkých typoch a podtypoch CHOCHP je bronchodilatačná liečba. Nie je jednoduché liečiť ochorenie CHOCHP, ale súčasný režim užívania lieku 1-krát denne, pomáha výrazne nielen zlepšiť život pacienta, ale viac ho motivuje zotrvať pri liečbe v spolupráci lekárom. „Ale len samotní lekári to nemôžu dosiahnuť “,zdôraznil na záver doktor M. Žáčik.

Redakcia Humanity ďakuje za poskytnutie cenných informácií o ochorení a liečbe Chronickej obštručnej choroby pľúc Doc. MUDr. Marte Hájkovej, CSc., MPH, hlavnej odborníčke MZ SR pre pneumológiu a ftizeológiu, MUDr. Jane Bendovej, praktickej lekárke pre dospelých, pneumológovi, MUDr. Miroslavovi Žáčikovi a PhDr. Pavle Nôtovej, PHD., klinickej psychologičke.

Prílohu pripravila: PhDr. Margita Škrabálková

HUMANITA Plus

HUMANITA Plus – špecializovaná príloha pre zdravotne postihnutých a znevýhodnených ľudí. Vychádza ako súčasť časopisu dobrovoľníckeho sektora Slovenskej republiky. Časopis HUMANITA vydáva Slovenská humanitná rada s podporou grantu MPSVaR SR. Registrácia pod č. MK SR 710/92, ISSN 1336-2208. Distribútor a expedícia: Mediaprint-Kappa, Pressegrosso, a. s., Bratislava. Objednávky prijíma redakcia. Nevyžiadané rukopisy a fotografie nevraciame. Uverejnené príspevky nehonorujeme. Šéfredaktorka PhDr. Margita Škrabálková. Adresa redakcie: Budyšínska 1, 831 03 Bratislava 3, telefón: 02-50200500 a 02-50200511, e-mail: tlacove. shr@changenet. sk, web: www. shr. sk. Grafická úprava: gr8design, s. r. o., Pezinok, snímky: Margita Škrabálková a archív. Tlač: ULTRAPRINT, s.r.o., Príloha Humanita Plus vychádza 5-krát v roku. Náklad 3500 kusov. Bratislava © SHR