

4. Stauder, A., Kovács M.: *Pszichés tényezők allergiákban*. Medicus Anonymus, ALLERGO, 2003, 30-32.
5. Bakos N., Nékám K.: *Növényi és állati eredetű táplálékok közötti allergiás keresztreakciók*. Orvosi Hetilap. 2000, 141, 657-661.
6. Arató A.: *A coeliakia genetikája és patogenezise. A körkép mint az autoimmun betegségek modellje*. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2003, VI, 1-6.
7. Nékám K., Szemere P. (szerk.): *Táplálkozási allergiák*. Springer Hungarica, Budapest, 1994.
8. Kósa L., Kovács N.: *Ételallergének*. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2003, VI, 54-63.
9. Kenderessy Sz.A., Bata Zs., Kiss M., Husz S., Dobozy A.: *Leukocytá migrációs teszt alkalmazása az ételallergia kimutatására*. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2001, IV, 119-123.
10. Hidvégi E.: *Étel-allergia: múlt-jelen-jövő*. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2001, IV, 114-118.

Dr. Berta Gyula

Kérdések és válaszok az asztmáról

Tüdőgyógyász vagyok, működésem egyik fő területe évtizedek óta az asztmás betegekkel való foglalkozás. Továbbképző előadásokon és egyéb szakmai összejöveteleken gyakran van alkalmam találkozni és beszélgetni háziorvosokkal. A feltett kérdéseik között számos olyan van, amik csaknem minden találkozásakor terítékre kerülnek, és nekem is sok olyan „vesszőparipám” van, amit mindig szeretek elmondani.

A Hippocrates szerkesztői által nyújtott lehetőség jó alkalom, hogy „virtuális fórumot” tartsak, és válaszoljak sokakat érdeklő kérdésekre, illetve olyan kérdést tegyek fel magamnak, aminek kapcsán elmondhatom a véleményemet az általam fontosnak tartott dologról.

Miért mondják a tüdőgyógyászok, hogy az asztma aluldiagnosztizált?

A legtöbb krónikus betegség természetes lefolyása során számos stádiumon megy át, mire kialakul a jellegzetes, már mindenki számára nyilvánvaló körkép. A korai diagnózisnak a legfőbb feltétele az, hogy ismerjük azokat a *kezdeti tüneteket, amik felhívhatják a figyelmet a betegségre*. Ez azért nem könnyű, mert ezek a *tünetek általában nem specifikusak a betegségre*, könnyen összetéveszthetők banális, gyakran előforduló, múltó betegségek tüneteivel. A köhögés mindennapi tünet, nagyon sok légúti betegség kísérője. **A krónikus, vagy gyakran visszatérő, illetve elhúzódó köhögés** egyik leggyakoribb oka viszont az asztma, különösen akkor, ha a rohamszerű köhögést **jellegetes ingerek váltják ki**: nevetés (hiperventiláció), fizikai terhelés (fu-

tás, lépcsőjárás), füst, por, vagy jellegzetes allergének (pl. pollenek). Ugyanezek az ingerek lehetnek az okozói a **nehézített légzésnek**, amikor a beteg csak annyit érez, „mint ha össze lenne szorítva a mellkasa”, „mintha ülnének a mellkasán”. Még nem „fullad”. Ezekkel a tünetekkel együtt, de ezektől függetlenül is érezhet a beteg **sípólást, vagy hörgést a mellkasában**. Érdekes módon a betegek nagy része ezt nem tartja körosznak. Sokszor számolnak be arról, hogy „megfázáskor” napokig-hetekig van ilyen hang a mellkasukban évek óta, többnyire köhögéssel együtt, de a dohányzásnak, vagy munkahelyi pornak (újabbban az autók vagy helyiségek légkondicionálójának) tulajdonítják, csak arra nem gondolnak, hogy miért csak alkalmanként jelentkezik a tünet, és miért nem váltanak ki ezek a hatások hasonló tünetet családtagjaiknál vagy munkatársaiknál.

Ezekből a tünetekből **már egynek a megléte is alátámaszthatja az asztma korai diagnózisát**, és indikálhatja az asztma ellenes szerekkel való kezelés megkezdését.

Ez általában a legtöbb esetben elmarad. A köhögéses, sípolásos epizódok évekig, mint „meghűlés”, „influenza”, „tüdőgyulladás” szerepelnek, és akut betegségként kezelik őket. Nem áll össze az a kép, hogy ezek a tünetek egy évek óta meglévő betegség fellángolásai, epizódjai, és hogy a tünetek általában az egyes epizódok között is megvannak, csak enyhe, alig érzékelhető, a beteg által jól tolerálható formában. Pedig, ha a betegség már ebben a stádiumában felismerésre kerülne, és megkezdénénk a kezelést, megelőzhetnénk a súlyosabb, a beteg életminőségét, munkaképességét előnytelenül befolyásoló stádium kialakulását.

A betegek többsége sajnos eljut eddig a stádiumig, **mert a betegség aluldiagnosztizált**.

A korai diagnózis azért fontos, mert a betegség minél korábbi szakaszában kezdődik a kezelés, annál könnyebb a beteget tünetmentesen tartani, és megóvni a későbbi progressziótól, az irreverzibilis stádium kialakulásától. **Az asztmát akkor kell elkezdni kezelni, amikor még nem is (a klasszikus értelemben vett) asztma**.

Miért mondják a tüdőgyógyászok, hogy az asztma alulkezelt?

Az alulkezelttség kérdése összefügg az előzőekkel. Az asztma kezelésének korszerű irányelvei azt tanácsolják, hogy **az inhalációs kortikoszteroidokkal történő antiinflammatorikus (preventív) kezelést már akkor meg kell kezdeni, amikor a tünetek** (köhögés és/vagy nehézlégzés és/vagy mellkasi sípolás) **hetente 1-2 alkalommal, és/vagy havonta egy-nél többször éjszaka jelentkeznek**. Általános (nemzetközi) tapasztalat, hogy ez nem történik meg. Elsősorban a helyes diagnózis hiányában, de az asztmások többsége még súlyosabb stádiumban, sokkal gyakrabban fellépő tünetek esetén sem részesül állandó antiinflammatorikus kezelésben, vagy ha orvos tanácsolja is, *azt a betegek nem alkalmazzák folyamatosan, hanem állapotuk javulásakor elhanyagolják*. A betegek is, de sajnos gyakran az orvosok is *megelégszenek a tüneti kezeléssel* (rövid hatású hörgőtágítókkal, rövid- vagy retard hatású theophyllinnel), és a tüneti kezelést szorgalmazzák (gyakrabban, vagy nagyobb dózisban adva) akkor is, amikor az állapot romlik, súlyosabb tünetek lépnek fel.

Az adekvát kezelés elmaradása a szemléleti okok mellett *a kortikoszte-*

Dr. Berta Gyula
Allergon Kft Orvosi Tanácsadó Iroda
7400 Kaposvár, Füredi u. 7.

roid készítményektől való félelem miatt van. A modern inhalációs kortikoszteroidok kis- vagy közepes dózisa elhanyagolható, vagy minimális mértékű szisztémás mellékhatást produkálnak. Ez a mellékhatás lényegesen kevesebb kárt okoz a betegnek, mint a kezelés elmaradásából eredő aktuális és késői károsodás. A **nil nocere** elvét ebben az esetben úgy kell módosítanunk, hogy: **tegyünk valamit, hogy kevesebbet ártsunk, mint használjunk.**

Hol van a helye az asztma alternatív kezelésének?

Egyes alternatív kezelési módok (akupunktúra, kineziológiai módszerek, homeopátia) hosszú múltra tekintenek vissza, és gyakran nem is hatástalanok. Ami miatt a hagyományos orvoslás idegenkedik ezektől a módszerektől (a többnyire rövid életű, divatos, időnként szemfényvesztő próbálkozásoktól, eszközöktől még inkább), az, hogy hiányoznak az orvoslásban általánosan elfogadott kritériumok szerint végzett klinikai vizsgálatok, és emiatt a megfelelő súlyú bizonyítékok. Idegenkedésünk másik oka az, hogy az alternatív módszerek arra készítetik a beteget, hogy ne alkalmazza a korszerű, hatásos gyógykezelést. Az alternatív gyógymódokban gyakran szembeállítják a „természetes” anyagokat a „szintetikus” szerekkel, azt sugallva, hogy a „természetes az egyúttal egészséges, ártalmatlan”. Holott a két fogalom nem szinonimája egymásnak. „Természetes” anyag a pollen is, sőt a méhméreg is, de sok természetesnek hirdetett gyógyító szerrel szemben is látunk enyhébb-súlyosabb allergiás tüneteket. Ezek a szerek ennek ellenére nagyon kedveltek. Mértékadó statisztikák szerint a betegek legalább annyit költenek az alternatív gyógyászat kínálta kezelésekre, szerekre, eszközökre, mint a hivatalos gyógyszerekre. Gyakran a diagnózis (?) és a kezelés külsőségei, a beteggel való hosszabb foglalkozás, és az ő fogalomrendszeréhez közelebb álló magyarázatok azok, amelyek meghódítják a beteget.

Minden asztmás beteg legyen okosabb az orvosánál?

Ezt a szlogent az asztmás betegek oktatását szorgalmazó orvosok találták ki, és terjesztik. Sok igazság van benne. Nyilvánvaló, hogy az „okosabbság” az asztma mindennapi tud-

nivalóira, és tennivalóira vonatkozik. Kifejezi azt a kívánalmat, hogy a betegnek tisztában kell lennie a betegség lényegével, a tünetek jelentésével és a kezelés alapelvein túl, annak mindennapi gyakorlatával is. Meg kell tanulnia azokat a jeleket, amelyek felhívják a figyelmét állapotának rosszabbodására, és arra, hogy ilyenkor mi az ő feladata, tennivalója (az antiinflammatorikus gyógyszer dózisának emelése, esetenként szisztémás kortikoszteroid kezelés elkezdése), mikor kell sürgősségi ellátást igénybe venni. De értékelni kell a jó állapotát is, amikor megpróbálkozhat az antiinflammatorikus kezelés enyhítésével (de nem az elhagyásával). Nagy segítséget jelent a beteg számára a döntéshozatalban, ha van otthoni csúcsáramlás mérője, amivel objektíven meghatározhatja a légzése állapotát. Ennek beszerzése elvileg nem jelenthet nehézséget, mégsem terjedt el egyelőre, még annyira sem, mint az otthoni vérnyomásmérő, vagy vércukor meghatározó készülék, holott azoknál lényegesen olcsóbb.

Okosabbnak kell lenni a betegnek az orvosánál a gyógyszerbelégzőjének használatában (hajtógáz belégző, porbelégző készülékek). Ezeknek használatával az orvosok túlnyomó többsége nincs tisztában, nem tudja megmutatni a betegének, holott a kezelés hatékonysága igen nagymértékben függ a helyes belégzési technikától. A rossz technikával használt belégzőszerrel a betegek csak haszontalanul elpocsékolják a gyógyszerüket.

Az asztma a szénanáthából alakul ki? Igaz, hogy a szénanátha előre jelzi az asztmát?

Igaz is, meg nem is.

Tény, hogy a két betegség együttes előfordulása az asztmások kb. 40%-ánál tapasztalható. Ennek nagyon sok patológiai, kóreltani és anatómiai oka van. Hasonló mediátorok vesznek részt a betegség tüneteinek kialakulásában, és a gyógyításukban is sok hasonló vonás van. Az összefüggést bizonyítja az is, hogy együttes előfordulás esetén a rhinitis rendben tartása javítja az asztma gyógyíthatóságát.

A két betegség együttes fellépésének gyakoriságát azonban mindjárt más megvilágításba helyezi, ha megvizsgáljuk, hogy *mi volt a két betegség kialakulásának sorrendje: melyik volt előbb?* Akkor kiderül, hogy a fent jel-

zett 40%-os előfordulás úgy alakult ki, hogy a betegek nem kis hányadának (kb. 15%-ának) előbb volt asztmája, mint rhinitise, ennél is nagyobb azoknak az aránya, akik úgy emlékeznek, hogy a két betegség egyszerre, de mindenképpen közel azonos időben alakult ki (30-35%), és csak a fennmaradó hányadnál lehet arról beszélni, hogy a rhinitis (évekkel) megelőzte az asztmát. Ez a típusú együttes előfordulás az asztmásoknak kb. 20%-ára tehető. Még elgondolkoztatóbb az a tény, hogy a rhinitisek előfordulási gyakorisága sokszorosa az asztma prevalenciának, különösen a szezonális formában, anélkül, hogy ezek a betegek egyúttal asztmások is lennének.

Tehát: az eséllyel számolni kell, a rhinitis adekvát gyógyítása nagyon fontos, de *nem reális az a vélekedés, hogy ha valaki allergiás rhinitisben szenved, abból feltétlenül asztmás lesz később.*

Szükség van-e a félévenkénti szakorvosi javaslatra?

A kérdés látszólag indokolt: senki sem gondolja, hogy az asztma, de akár az allergiás nátha is „meggyógyul” az évek során, és nem lesz szükség a kezelésre. Miért indokolt akkor félévenként (vagy bizonyos szereknél évenként) megújítani a hatékony asztma-gyógyszerek kedvezményes felírására jogosító szakorvosi javaslatot?

Visszakérdezek: nem segítene-e a kezelőorvosoknak, ha a hipertóniás, vagy diabéteszes betegek állapotát félévenként szakorvos ellenőrizné? Laboratóriumi, illetve nem invazív műszeres vizsgálatokkal. Kimutatná, vagy kizárná a szövődmények fellépését, az állapotromlást. Az asztma ugyanolyan krónikus betegség, mint az említettek, a nem megfelelő kezelés a beteg életminőségét nagyban rontja, későbbi kilátásait kedvezőtlené teszi.

Kétségkívül vannak stabil (magukat stabilnak vélő), a kezelésre jól reagáló, megbízható betegek nem kis számban. Ezeknél a félévenkénti szakorvosi felülvizsgálat feleslegesnek tűnik, bár sokszor meglepetéssel tapasztaljuk, hogy ezek között a betegek között is vannak számosan olyanok, akiknél az objektív mérések egyáltalán nem igazolják a beteg szubjektíve jónak ítélt állapotát.

A kezelésben, a gyógyszerek választékában, a meglévők új, hatásos

kombinálásában elég gyakori (ha nem is félévenkénti) változások vannak. Ezek követése szakorvosi feladat.

Az asztmások „operatív” gondozása a házi orvosok kompetenciája. A „szakgondozás”, amibe beletartozik a beteg állapotának rendszeres felmérése, a terápia konzultatív módosítása, viszont a szakhálózat (tüdőgondozók, szakambulanciák) feladata.

A szakorvosi javaslatban miért nem jelölnek meg adagolási előírást?

Az asztmás beteg állapota gyakran változó. Rosszabbodáskor több antiinflammatorikus szerre van szükség, aminek az adagja csökkenthető akkor, ha a beteg tartósan stabil állapotban van. Ugyancsak nagymértékben változó a tüneti szer adásának gyakorisága: ha jól egyensúlyban van a

beteg az antiinflammatorikus szerrel, akkor egyáltalán nincs szükség tüneti szerre. Máskor, napjában többször is elő kell venni a hörgőtágítóját. *A szakorvosi javaslatban megjelölt adagolási gyakoriság, illetve dózis korlátozná a beteget és orvosát abban, hogy ezeket a szereket az aktuális állapotnak megfelelően alkalmazzák.*

Milyen hibák fordulnak elő az antiasztmatikumok felírásában?

A leggyakoribb hiba, hogy a felíró orvos *nem írja rá a receptre a szer egy adagban levő hatóanyagának mennyiségét.* Az inhalációs kortikoszteroidok többféle kiszerezésben vannak forgalomban, az egy kijutó adagban levő hatóanyag mennyiség 2-3 különböző dózist tartalmazhat attól függően, hogy melyiket használja a beteg. Hatóanyag tartalomban a különbség a

legkisebb és legnagyobb mennyiség között négy-ötszörös lehet. Ha az orvos csak a gyógyszer nevét írja rá a receptre, a gyógyszerész a legkisebb hatóanyag tartalmú szert adja ki. A beteg alulkezelt lesz. Számos „rejtélyes” exacerbációval találkozunk a szakorvos, aminek hátterében az áll, hogy a fentiek miatt a beteg negyedannyi hatóanyagot szívott be, mint amivel korábban egyensúlyban volt.

Az antiasztmatikumok többféle formában vannak forgalomban (túlnyomásos adagoló aeroszol, porbelégző, inhalációs oldat, esetleg tableta). A gyártók elég nagy aktivitást fejtenek ki az újabb, és jobb hatásfokú inhalációs eszközök létrehozásában, ezeknek a fantázianevét nehéz követni, mégis elsőrendű követelmény, hogy *mindig kerüljön rá a receptre a megfelelő eszköz, illetve gyógyszerforma feltüntetése.*