

Uloga liječnika obiteljske medicine u dijagnosticiranju i liječenju alergijskih bolesti dišnog sustava

The Role of Family Medicine Physicians in the Diagnosis and Treatment of Allergic Diseases of the Respiratory Tract

Biserka Bergman Marković

Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

10000 Zagreb, Rockefellerova 4

Ordinacija opće med., prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković, prim., spec. opće med.

10000 Zagreb, Albaharijeva 4

Sažetak Alergijske bolesti dišnih putova sve su učestalije, broj oboljelih sve je veći pa zato čine značajan dio rada liječnika obiteljske medicine (LOM-a). LOM ima vrlo važno mjesto u prepoznavanju i pravodobnom dijagnosticiranju ovih bolesti, kreiranju dijagnostičkog postupka i redovitoj kontroli. U zbrinjavanju ovih bolesti osobito je važna suradnja LOM-a i bolesnika te trajna edukacija i poticanje u mjerama samokontrole. Danas su ciljevi u liječenju alergijskih bolesti dišnih putova postavljeni vrlo visoko. S obzirom na vrlo dobre farmakoterapijske mogućnosti želi se postići pun i kvalitetan život bez simptoma bolesti. U većine bolesnika to je i ostvariv cilj. Pri tome je nezaobilazan pun angažman LOM-a.

Gljučne riječi: alergijske bolesti dišnih putova, alergijski rinitis, astma, obiteljska medicina

Summary As the incidence of allergic diseases of the respiratory tract is on increase, the number of patients suffering from these diseases is also increasing and they represent a significant portion of patients treated by family medicine physicians. These physicians play a very important role in timely recognition and diagnosis of allergic diseases, establishment of diagnostic procedures and regular control. Cooperation with patients, continuous education and promotion of self-control measures are particularly important in the treatment of allergic diseases. Nowadays, the goals in the treatment of allergic diseases of the respiratory tract have been set very high. Thanks to very good pharmacotherapeutic options, the goal to achieve a high-quality and symptom-free life is achievable in the majority of patients, and the role of family medicine physicians is indispensable in this process.

Key words: allergic diseases of the respiratory tract, allergic rhinitis, asthma, family medicine

Akutne respiratorne bolesti najčešći su razlog dolaska bolesnika u ordinaciju liječnika obiteljske medicine (LOM) (1). Osobito su česte akutne bolesti gornjih dišnih putova (nos, sinusi, ždrijelo i tonzile). Iako su naoko dijagnostički jednostavne, ove bolesti mogu zbog sličnosti simptoma biti uzrokom diferencijalnodijagnostičkih dvojba. S obzirom na različit terapijski pristup važno je odrediti prirodu bolesti, razlučiti alergijske od infektivnih, a među akutnim respiratornim infekcijama (ARI) razlikovati virusne od bakterijskih. Pri tome valja imati na umu da se inicijalno alergijska bolest može komplicirati bakterijskom (alergijski rinitis – bakterijski sinusitis) kao što se inicijalno infektivna bolest može komplicirati alergijskom (respiratorna viroza – alergijska astma). Iz navedenoga je očito da inicijalna dijagnoza treba biti što točnija, a dijagnostički postupak što kra-

ći. Pravodobna i točna dijagnoza preduvjet je racionalnoga terapijskog odabira i prevencije nepotrebnih komplikacija i neracionalne farmakoterapije. Patofiziologija, klinička obilježja i liječenje ovih bolesti iscrpno su obrađeni u drugim poglavljima ovog MEDICUSA. U ovom se tekstu analiziraju uloge LOM-a u postupku dijagnosticiranja, liječenja i nadzora alergijskih bolesti dišnog sustava.

Alergijske bolesti dišnog sustava

Danas se gornji i donji dišni putovi nastoje promatrati kao jedinstvena funkcionalna cjelina, a alergijski rinitis (AR) i astma kao sastavnice alergijskog sindroma dišnih putova. U podlozi ovih bolesti isti je patofiziološki mehanizam koji

se s obzirom na funkcionalne razlike gornjih i donjih dišnih putova manifestira različitim simptomima. Bolesti se često javljaju udruženo iako simptomi AR-a obično prethode astmi. U bolesnika s AR-om koji nemaju manifestnu astmu često se može dokazati prisutnost bronhalne hiperreaktivnosti (BHR) pa se smatra da je AR čimbenik rizika od nastanka astme. Obrnuto, učestalost astme trostruko je veća u osoba s AR-om (2, 3). U gotovo polovine ovih bolesnika prisutne su alergijske manifestacije na spojnici oka pa se govori o alergijskom rinokonjunktivitisu. O AR-u, astmi i alergijskim manifestacijama paranazalnih sinusa govori se detaljno u drugim poglavljima ovog MEDICUSA.

Alergijski rinitis

AR je upalna bolest sluznice nosa uzrokovana alergenima iz okoliša. Bolest se manifestira kihanjem, svrbežom nosa, pojačanom sekrecijom sluzi, katkada i neprohodnošću nosa i konjunktivalnim simptomima. U slučaju senzibilizacije na alergene peluda bolest će imati tipične sezonske manifestacije, dok alergija na grinje, plijesni ili životinjske alergene obično uzrokuje cjelogodišnje (perenijalne) smetnje. One su izraženije zimi zbog intenzivnijeg i prolongiranog kontakta s navedenim alergenima. Tipične simptome obično nije teško prepoznati, no oni su često maskirani lijekovima ili pomoćnim ljekovitim sredstvima za kojima bolesnik posegne i prije prvog kontakta s LOM-om. U dijagnostici alergijskih bolesti dišnog sustava osobito je važna anamneza. Ciljanim pitanjima valja saznati vrijeme i način nastanka tegoba, utvrditi pokretače simptoma, njihov intenzitet i eventualni učinak ranije protualergijske terapije. LOM treba poznavati peludni kalendar podneblja u kojem radi. Tipična podjela na tri sezone cvjetanja, stabla u rano proljeće, trave u rano ljeto te korovi u kasno ljeto i jesen vrijedi samo za kontinentalnu Hrvatsku. Ostali krajevi imaju značajno drukčiju situaciju, i glede vrste alergena i početka sezone i njezina trajanja. Poznavanje ovih podataka olakšat će otkrivanje odgovornog alergena. Pažljiva anamneza i jednostavna procjena alergijskog statusa (kožni ubodni test) bit će dostatna dijagnostička procedura i temelj racionalnoga terapijskog odabira u većine bolesnika. Uz spomenuto alergološko testiranje može se indicirati citološki pregled obriska nosne sluznice, određivanje broja eozinofila u perifernoj krvi, određivanje razine IgE-protektijela, prednja i stražnja rinomanometrija, akustička rinometrija, spirometrija, određivanje ekspiratorne koncentracije NO (FeNO), razina eozinofilnoga kationskog proteina (ECP) itd.

Nadalje, educirani će LOM na temelju ovih podataka i znanja o cjelogodišnjim alergijama moći kompetentno savjetovati bolesnika o mjerama izbjegavanja kontakta s okolišnim alergenima. S obzirom na "popularnost" alergijskih bolesti, LOM može očekivati brojna i vrlo precizna pitanja glede uporabe protualergijskih filtara, specijalnih usisivača prašine, antiakaricidnih pjena, sintetičke posteljine ili navlaka za posteljinu, komplementarnih i alternativnih lijekova itd. Partnerski odnos s bolesnikom kojemu se teži bit će moguć samo ako LOM zna odgovore na ova pitanja. Nadalje u vrijeme globalnog turizma LOM može očekivati pi-

tanja glede mogućih alergijskih tegoba u nekome drugom kraju uključujući egzotične destinacije.

S obzirom na to da je klinička slika AR-a vrlo slična slici virusnog rinitisa, valja znati podatke o osobnoj i obiteljskoj atopijskoj anamnezi bolesnika. Ponavljanje sličnih sezonskih rinitičnih tegoba u isto doba tijekom nekoliko uzastopnih godina jasno sugerira alergijsku prirodu bolesti. Puno je teže razlučiti zimske tegobe uzrokovane preosjetljivošću na grinje kućne prašine od virusne infekcije u sezoni epidemijske pojavnosti ovih bolesti. Problem je još veći u djece vrtičke i školske dobi.

Fizikalni pregled i rinoskopija mogu dati važne dodatne informacije osobito u slučaju bakterijske infekcije, a pomaže i pri procjeni zahvaćenosti donjih dišnih putova. AR u kojeg su neprohodnost nosa i anosmija vodeći simptomi, posebice udruženi sa simptomima donjih dišnih putova, često spada u domenu specijalističke skrbi. Tada, kao i u slučaju neadekvatnoga terapijskog odgovora mogu biti indicirane različite dodatne dijagnostičke procedure.

Pri terapijskom odabiru valja podsjetiti na naputke aktualnih smjernica ARIA (od engl. *Allergic rhinitis and its impact on asthma*) (4-6). Terapija AR-a komentirana je u odgovarajućem poglavlju ovog MEDICUSA. Zadatak je LOM-a adekvatna klasifikacija i primjena odgovarajuće terapije. Pri tome treba istaknuti da se i suviše često zazire od intranazalnih kortikosteroida (INKS) koji su često prvi terapijski odabir. Pri odabiru antihistaminika treba voditi računa o potencijalnome sedacijskom učinku, osobito u bolesnika specifične profesije te u učenika i studenata (5-7). Nedovoljno se pažnje posvećuje mjerama kontrole okoliša i simptomatskim preparatima (vlaženje i protekcija nosne sluznice). Istodobno se često neopravdano propisuju antibiotici i rinologici (4, 5).

Astma

Astma je barem u nekom stupnju intenziteta česta pratilja AR-a (6). Tijek bolesti izrazito je varijabilan, što znači da se periodi potpunog zdravlja izmjenjuju s periodima različita stupnja aktivnosti bolesti, sve do teških, katkada i pogibelnih pogoršanja. To znači da se LOM najčešće, osim u situacijama očito aktivne bolesti, susreće sa znatnim dijagnostičkim problemom. Tada se oslanja samo na pažljivo prikupljene anamnestičke podatke koji ga usmjeravaju k daljnjim dijagnostičkim procedurama. Ti su podaci u mnogome slični onima u AR-u, dok su neki tipični za astmu. To uključuje pitanja glede čujnog disanja (piskanja), osjećaja težine i pritiska u prsima, podražajnog kašlja, osobito u ranim jutarnjim satima. Vrlo je vrijedan podatak o tegobama u fizičkom naporu, pri sportskim aktivnostima, tjele vježbi, aktivnostima na hladnom zraku i sl. LOM treba saznati intenzitet tegoba, njihovu učestalost i brzinu nastanka. U pravilu se simptomi razvijaju postupno tijekom nekoliko dana, no u malog broja bolesnika njihova progresija može biti ekstremno brza te bolesnika dovesti u stanje životne ugroze tijekom nekoliko sati. LOM mora znati podatke o preosjetljivosti na lijekove, u ovom slučaju posebice na nesteroidne protuupalne lijekove (aspirinska astma,

nosna polipoza) kako ne bi neprimjerenom preskripcijom ili čak injekcijom nekog od ovih preparata uzrokovao teški napadaj astme.

U dijagnostici LOM se može koristiti i prihvaćenim upitnicima. WONCA (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians) objavila je 2008. god. jednostavan upitnik (6) koji LOM-u olakšava dijagnozu astme u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (tablica 1).

Tablica 1. Upitnik za odrasle i djecu o simptomima. Privedeno prema: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 2008.

Pitanje	Odgovor
Jeste li imali "piskanje" ili "fućkanje" u prsima tijekom zadnjih 12 mjeseci?	DA NE
Jeste li se noću probudili zbog napadaja nedostatka zraka tijekom zadnjih 12 mjeseci?	DA NE
Jeste li se noću probudili zbog napadaja kašlja tijekom zadnjih 12 mjeseci?	DA NE
Jeste li se probudili s osjećajem stezanja u prsima tijekom zadnjih 12 mjeseci?	DA NE
Jeste li imali napadaj zaduhe nakon intenzivnog rada u bilo koje doba?	DA NE
Jeste li imali napadaj zaduhe tijekom dana kada ste se odmarali?	DA NE
Ako je vaš odgovor pozitivan na bilo koje pitanje, pojavljuju li se vaši simptomi rjeđe kada ne radite ili kada ste na odmoru, vikendom?	DA NE

Fizikalni je pregled ograničeno koristan jer se bolesnik najčešće svojem liječniku javlja u stanju bez simptoma, dok u vrijeme tegoba obično traži hitnu pomoć u nadležnim hitnim službama. Postupci hitnog zbrinjavanja navedeni su u drugom poglavlju ovog MEDICUSA. Uz ove postupke LOM treba biti kompetentan u još dvije situacije: usmjeriti dijagnostički postupak u bolesnika u kojeg se sumnja na astmu te učinkovito kontrolirati bolesnika u kojeg je astma već dijagnosticirana.

Inicijalni dijagnostički postupak, spirometrija s bronhodilatacijskim testom trebala bi biti u nadležnosti LOM-a, kao i mjesečno praćenje vršnog protoka (PEFR, od engl. *Peak expiratory flow rate*) u bolesnika u kojih je spirometrija bila uredna, a bronhodilatacijski test negativan. Ako uz ove testove, anamnezu i alergološko testiranje dijagnoza nije sigurna, bolesnika treba uputiti pulmologu radi dodatne obrade i diferencijalnodijagnostičke evaluacije (vidi poglavlje o diferencijalnoj dijagnozi astme u ovom MEDICUSU).

Nadzor dijagnosticiranog bolesnika podrazumijeva redovite kontrole, korekcije terapije i trajnu edukaciju bolesnika o mjerama samokontrole i ranog prepoznavanja pogoršanja bolesti. Terapiju i njezino modificiranje valja provoditi sukladno smjernicama (7-9). Postavke smjernica Globalne inicijative za astmu (GINA) navedene su u tablici 2.

Tablica 2. Stupnjevito liječenje astme prema stupnju kontrole bolesti (privedeno prema smjernicama GINA, revizija 2009. god.). Bijelom bojom istaknut je prvi terapijski odabir. Legenda: SABA – simpatomimetici kratkog djelovanja, LABA – simpatomimetici dugog djelovanja, ICS – inhalacijski kortikosteroidi, OCS – peroralni kortikosteroidi, LTRA – antagonisti leukotrijenskih receptora

Korak 1	Korak 2	Korak 3	Korak 4	Korak 5
Edukacija i mjere kontrole okoliša				
SABA prema potrebi				
Odabir temeljne terapije	Odaberi jedan	Odaberi jedan	Dodaj jedan ili više	Dodaj jedan ili oba
	Niske doze ICS-a	Niske doze ICS-a + LABA	Srednje ili visoke doze ICS-a + LABA	OCS (najniže doze)
	LTRA	Srednje ili visoke doze ICS-a	LTRA	Anti IgE
		Niske doze ICS-a + LTRA	Dugodjelujući SR teofilin	
		Niske doze ICS-a + teofilin produženog djelovanja		SABA

Liječenje astme usmjereno je postizanju potpune kontrole astme. To znači pun i kvalitetan život bez simptoma bolesti. LOM u liječenju astme treba težiti ostvarenju ovih visoko postavljenih ciljeva. Oni se u velikog broja bolesnika mogu dosegnuti. Karakteristike djelomične i potpune kontrole navedene su u tablici 3. Vrednujući stupanj kontrole svojeg bolesnika u odnosu prema stavkama navedenim u

Tablica 3. Opis kliničkih karakteristika astme te procjena stupnja kontrole astme – prema anamnestičkim podatcima i mjerenju plućne funkcije (smjernice GINA revizija 2009.)

Karakteristika astme	Kontrolirana	Djelomično kontrolirana	Nekontrolirana
Dnevni simptomi	nema (ili $\leq 2x$ /tjedan)	$> 2x$ /tjedan	≥ 3 pokazatelja djelomično kontrolirane astme u bilo kojem tjednu
Ograničenje aktivnosti	nema	bilo kakvo	
Noćni simptomi	nema	bilo kakvi	
Potreba za simptomatskim lijekom	nema (ili $\leq 2x$ /tjedan)	$> 2x$ /tjedan	
Plućna funkcija (PEF ili FEV ₁)	normalna	$< 80\%$ očekivanih vrijednosti	1 u bilo kojem tjednu
Egzacerbacije	nema	≥ 1 /godinu	

tablici, LOM može kompetentno modificirati propisanu terapiju. To znači da će u slučaju tromjesečne potpune kontrole pokušati reducirati terapiju u skladu s preporukama smjernica. U procjeni kontrole možemo se, uz anamnestičke podatke, koristiti i jednostavnim ACT-om (od engl. *Asthma control test*).

Jednako je važno održati postignutu kontrolu astme. U tom cilju bolesnika valja educirati u ranom prepoznavanju pogoršanja i mjerama izbjegavanja kontakta s pokretačima. LOM se i u toj situaciji može poslužiti pisanim materijalom, tj. uporabom pisanog protuastmatskog plana koji bolesniku sugerira potrebne radnje u slučaju pogoršanja utvrđenog na temelju subjektivnih simptoma i mjerenja PEFR-a.

Glede uporabe lijekova za astmu nekoliko osnovnih postulatata mora znati svaki LOM. To se odnosi na činjenicu da se liječenje uvijek provodi inhalacijskim lijekovima, da se salbutamol (Ventolin®, PLIVA) propisuje samo po potrebi, nikako u fiksnoj dnevnoj dozi, te najvažnije: da se simpatomimetici dugog djelovanja (LABA, od engl.: *long-acting beta agonists*) smiju propisivati samo u kombinaciji s inhalacijskim kortikosteroidima (ICS). To se odnosi na salmeterol i formoterol. Da bi se izbjeglo slučajno uzimanje samih LABA, preporučuje se u slučaju indikacije za njihovo propisivanje (tablica 2) rabiti samo fiksne kombinacije (salmeterol + flutikazon, formoterol + budezonid, formoterol + beklometazon dipropionat) (8, 9).

Plan zbrinjavanja bolesnika s alergijskim bolestima dišnog sustava

Plan zbrinjavanja bolesnika s alergijskim bolestima dišnog sustava uključuje razvijanje partnerstva između LOM-a i bolesnika te trajnu edukaciju bolesnika. Smatra se da samokontrola i samozbrinjavanje imaju u ovoj skupini bolesti posebno važnu ulogu. Vrlo je važno odrediti ritam kontrolnih pregleda. Smatra se da je radi poticanja suradljivosti u liječenju važno da periodi između kontrola ne budu duži od 3 mjeseca. Ne smije se zaboraviti da znatan broj bolesnika s astmom i AR-om treba uzimati lijekove i kada nemaju simptome. Poticanje redovite terapije vrlo je važno, no LOM ne smije zaboraviti na važnost održavanja kontrole bolesti najnižom mogućom dozom lijeka, katkada i bez

nje. U bolesnika s blažim oblicima bolesti terapiju je često moguće reducirati, a katkad, osobito ljeti, i izostaviti.

Edukacija bolesnika nezaobilazan je dio svake konzultacije. Njome se povećava suradljivost bolesnika za dugotrajno uzimanje lijekova, upoznaje bolesnik s vrstom lijekova za liječenje i/ili kontrolu bolesti (posebice je važno objasniti razliku između protuupalnih lijekova i bronhodilatatora), načinom njihove primjene i nuspojavama. Proces edukacije mora biti dvosmjernan, bolesniku treba omogućiti postavljanje pitanja te mogućnost da izrazi svoj strah i zabrinutost koji redovito prate kronične bolesti, osobito ako su teže stupnja. Izbor inhalacijskih lijekova za astmu posljednjih je desetak godina značajno povećan, pretežito u postojećim skupinama lijekova. Radi toga je na tržištu prisutan niz različitih naprava za aplikaciju lijeka. Skupno ih dijelimo na raspršivače fiksni doza (MPI, od engl.: *Metered dose inhaler*), popularne inhalere ili "pumpice" te raspršivače suhog praha (DPI, od engl.: *Dry powder inhaler*). To su zaštićene naprave Turbuhaler®, Discus®, Novolizer®. Većina ih zahtijeva poznavanje pravilne tehnike uporabe. Uz ljekarnika, LOM je često u prilici pokazati bolesniku ispravan način uporabe pojedine naprave. Pravilna uporaba preduvjet je adekvatne dopreme lijeka u pluća. Preporučuje se redovito kontrolirati način uzimanja lijeka. Čest je slučaj da bolesnik i nakon višegodišnje uporabe nekog lijeka ne zna tehniku njegove pravilne primjene. Loša tehnika uzimanja lijeka rezultira slabim terapijskim učinkom, nezadovoljstvom bolesnika, nepovjerenjem i lošom suradljivošću.

Treba istaknuti da znatan dio aktivnosti raspravljenih u ovom tekstu u zemljama s razvijenim zdravstvenim sustavom obavljaju educirane medicinske sestre (engl. *Respiratory nurses*). S obzirom na opseg ovih aktivnosti te rastući broj bolesnika (uz bolesnike s respiratornim alergijskim bolestima tu su i bolesnici s KOPB-om), očita je potreba za sličnim profilom i u našoj zemlji. Na taj bi način LOM svoje radno vrijeme mogao znatno učinkovitije posvetiti adekvatnim dijagnostičkim procedurama i pažljivu nadzoru ovih bolesnika.

U zaključku valja reći da LOM ima važnu ulogu u dijagnosticiranju i dugotrajnom zbrinjavanju alergijskih bolesti dišnog sustava. Osobito je važno da ta uloga bude aktivna, i u kreiranju dijagnostičkog plana i u odabiru primjerene terapije i trajnom nadzoru uspjeha liječenja usmjerenog k postizanju dugotrajne učinkovite kontrole bolesti.

Literatura

1. Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis 2009. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2010.
2. GUERRA S, SHERRILL DL, MARTINEZ FD, BARBEE RA. Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2002;109:419-25.
3. BOURDIN A, GRAS D, VACHIER I. Upper airway: Allergic rhinitis and asthma: united disease through epithelial cells. *Thorax* 2009; 64:999-1004.
4. Allergic rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) 2008 Update. *Allergy* 2008; 63 (suppl. 86): 7-91. Allergic rhinitis and its impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126:466-76.
5. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update. *Allergy* 2008; Supl. 86:8-160.
6. Van der MOLEN T, ØSTREM A, STALLBERG B, STUBBE ØSTERGAARD M, SING RB. International primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: management of Asthma. *Prim Care Resp J* 2006;15:35-47.
7. BOUSQUET J, Van CAUWENBERGE P, KHALTAEV N. and the Workshop Expert Panel. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). *Allergy* 2001;57:841-55.
8. TUDORIĆ N, VRBICA Ž, PAVIČIĆ F, KOROLIJA-MARINIĆ D, FIJAČKO V, FISTRIĆ T i sur. Smjernice Hrvatskog pulmološkog društva za dijagnosticiranje i liječenje astme u odraslih. *Liječn Vjesn* 2007;129:315-21.
9. Global Strategy for Asthma management and prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2007, updated 2009. [www.ginaasthma.org accessed 07 July 15 2010].

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković, dr. med.
 Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta
 Sveučilišta u Zagrebu
 10000 Zagreb, Rockefellerova 4
 e-mail: biserkabergmanmarkovic@yahoo.com

Primljeno/Received:

17. 10. 2011.
 October 17, 2011

Prihvaćeno/Accepted:

28. 11. 2011.
 November 28, 2011