

## UVODNE BESEDE

Bolnik s kronično boleznijo je za družbo in medicino pogosto problem in le redkokdaj izziv. Zato so pota in načini reševanja problema ponavadi zapleteni, pogosto delni ali enostranski in le redkokdaj, če sploh, uspešni.

Celoto postopkov in obravnave kroničnega bolnika pri vključevanju v običajno življenje ponavadi označujemo z rehabilitacijo. Predvsem za bolnika s kronično boleznijo pljuč je izraz morda nekoliko zavajajoč, saj z nobenim izmed znanih postopkov ni mogoče vzpostaviti integritete ali funkcije pljuč pred boleznijo.

Z izrazom pulmonalna rehabilitacija skušamo poimenovati vsa prizadevanja, ki bolniku omogočijo neodvisno, produktivno in zadovoljno življenje in preprečujejo nadaljnje poslabševanje bolezni do tiste največje možne mere, ki jo dopušča razvojna stopnja bolezni (1, 2).

To pomeni, da posledice zmanjšane zmogljivosti pljuč omejimo na najmanjšo možno mero in omogočimo bolniku, da doseže optimalno stopnjo funkcije in aktivnosti, ki jo še dopušča bolezen. Potem ko je opustil kajenje in dobiva optimalno terapijo, ga je potrebno vključiti v multidisciplinarne programe, ki obsegajo pouk bolnika in svojcev o bolezni in načinih zdravljenja, respiratorno fizioterapijo, trening in ustrezen počitek (tudi z asistenco aparatur) dihalnih mišic, trening hoje in druge oblike pridobivanja kondicije ter trajno zdravljenje s kisikom. Večina teh postopkov se prične, ko je bolnik še v bolnišnici, nadaljevala pa naj bi se čim bližje bolnikovem stalnem bivalnem okolju. Le nekatere postopke moramo v vsakem primeru opravljati v za to usposobljenih zavodih (bolnišnica, zdravilišče, zdravstveni dom).

Medtem ko koristnost večine naštetih ukrepov še raziskujejo (3, 4), je za trajno zdravljenje s kisikom že dokazano, da bistveno vpliva na kvaliteto in dolžino preživetja bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) in pljučno hipertenzijo ali kroničnim pljučnim srcem (5, 6).

Dajanje kisika v ustrezni koncentraciji več kot 15 ur dnevno bistveno podaljša življenje bolnikom s KOPB in ga napravi bolj znosnega zaradi manjše dispnoe ali celo aktivnega, če opravlja bolnik fizično nenaporno delo. Napredek tehnologije omogoča, da lahko bolnik dobiva kisik doma v svojem okolju (koncentratorji za kisik, tekoči kisik v jeklenkah) ali ga celo nosi s seboj v avtu ali na delovnem mestu.

V Sloveniji smo s tem načinom zdravljenja pričeli pred 20 leti. V začetku je bilo to zdravljenje omejeno na bolnike v bolnišnicah. Izkušnje so pokazale, da je tako zdravljenje dokaj drago, saj bolnikov ni bilo mogoče odpustiti v domače okolje, kjer kisika niso mogli dobivati. Spočetka smo le pri posameznih bolnikih uspeli urediti zdravljenje s kisikom iz jeklenk, kar pa je običajno predstavljalo tehnični problem zaradi predpisov. Šele s koncentratorji za kisik je odpadla tehnična ovira, možnosti zdravljenja pa je bolj na široko odprla tudi zakonodaja, ki je koncentrator uvrstila med invalidske pripomočke. Zagotovo je k taki odločitvi pripomogla ekonomska ocena takega načina zdravljenja. Zdravljenje s kisikom na domu stane namreč le tretjino cene zdravljenja istega bolnika po starem v hospitalu. Danes na

ta način zdravimo 250 bolnikov, število pa narašča. To je tudi razumljivo, saj podatki kažejo, da bi jih moralo biti v to zdravljenje vključenih 500–600.

Z naraščanjem števila bolnikov, zdravljenih s kisikom na domu, z vključevanjem še drugih metod zdravljenja in rehabilitacije in z naraščanjem števila respiratornih invalidov postaja vse bolj očitno, da je potrebno razmišljati o posebni organizaciji ali vsaj organizirani koordinaciji posameznih postopkov pulmonalne rehabilitacije. Interes bolnika in njegove družine in drugih zainteresiranih laikov bo v bodoče predstavljalo društvo pljučnih bolnikov. Stroka bo lahko z nasvetom in posameznimi ukrepi pomagala društvu. Vsekakor pa bo v prihodnje zaradi multidisciplinarnosti postopkov pri rehabilitaciji in zelo različnih profilov strokovnjakov in inštitucij, ki bodo pri tem sodelovali, potrebno razmisliti o usklajevalnem in usmerjevalnem telesu ali komisiji.

### *Literatura*

1. Pulmonary rehabilitation in COPD with recommendations for its use. C. F. Donner, P. Howard eds. Eur Respir Rev 1991; 6: 463.
2. Decramer M. Pulmonary rehabilitation: art or science? Eur Respir J 1992; 5: 155–6.
3. Sutton PP. Review: chest physiotherapy: time for reappraisal. Br J Dis Chest 1988; 82: 127–37.
4. Levine S, Weiser D, Gillen J. Evaluation of a ventilatory muscle endurance training program in the rehabilitation of patients with COPD. Am Rev Resp Dis 1986; 133: 400–4.
5. NOTT Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease. Ann Intern Med 1980; 93: 391–8.
6. MRC Working Party. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Lancet 1981; i: 681–6.

Prof. dr. sc. Jurij Šorli, dr. med.  
direktor Univerzitetnega inštituta  
za pljučne bolezni in tuberkulozo,  
Golnik