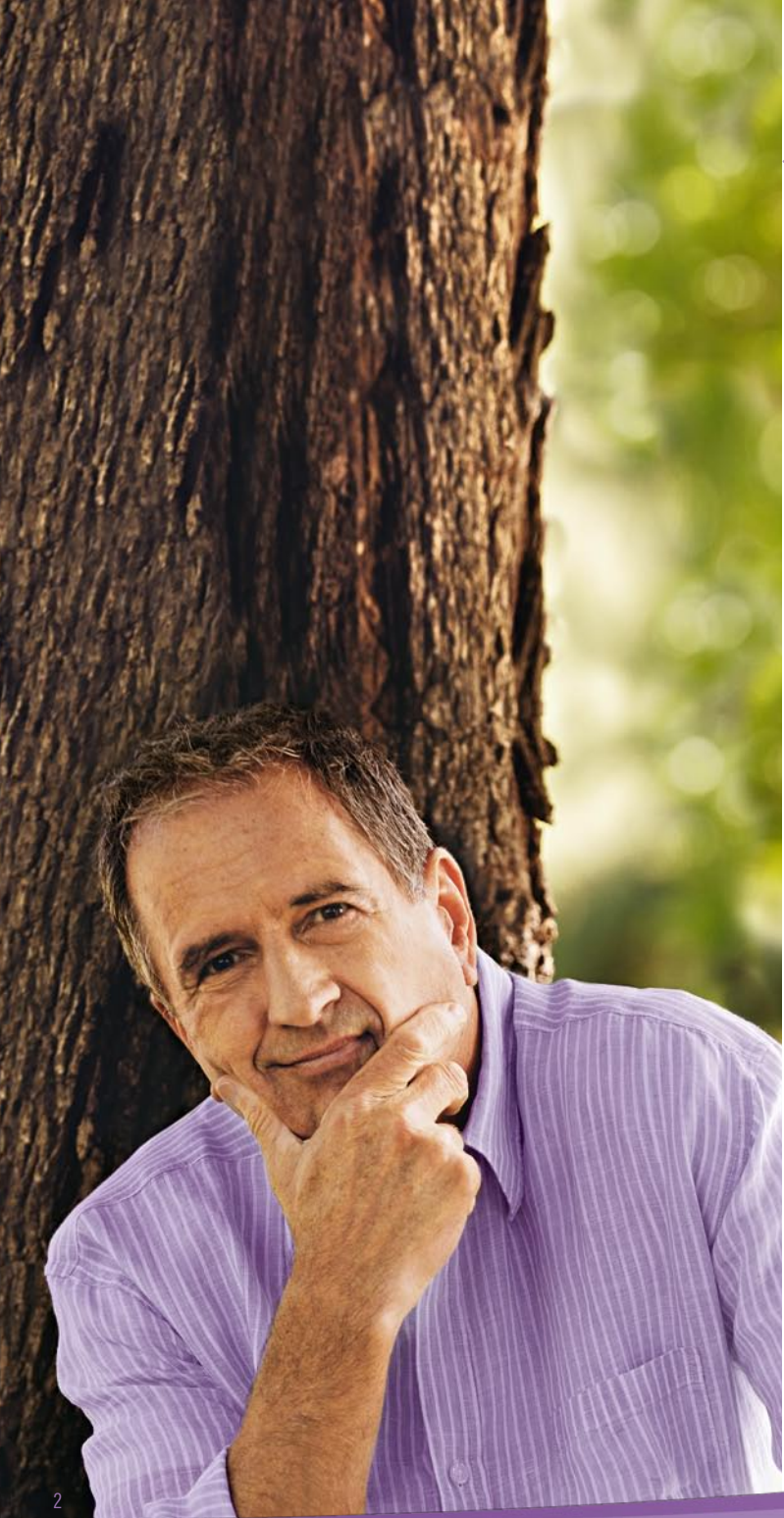


IHR WEG MIT COPD



Tipps und Tricks für ein besseres Leben



VORWORT

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

hat Ihr Arzt bei Ihnen eine COPD festgestellt? Sind Sie nun verunsichert, weil der Husten am Morgen und die Atemnot vielleicht doch nicht ganz so harmlos sind, wie Sie zunächst dachten?

Obwohl COPD vermutlich Ihr lebenslanger Begleiter bleiben wird, wir können Sie beruhigen: Es gibt wirksame und gut verträgliche Medikamente, die bei regelmäßiger Anwendung die Symptome der COPD unter Kontrolle halten und den weiteren Verlauf günstig beeinflussen können. Für Sie bedeutet das mehr Wohlbefinden, eine höhere Leistungsfähigkeit und einfach mehr Freude am Leben.

Was ist nun eigentlich COPD und was kann man dagegen tun? Mit dieser Frage beschäftigt sich diese Broschüre. Sie wird Sie auf Ihrem Weg begleiten und mit wertvollen Hinweisen unterstützen. Allerdings kann auch der beste Leitfaden das ärztliche Gespräch nicht ersetzen. Bitte sprechen Sie deshalb im Zweifel immer mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Viel Erfolg und gute Gesundheit wünscht Ihnen

GlaxoSmithKline

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| 01 Viele Menschen sind von COPD betroffen! | 6 |
| 02 Wie funktioniert unsere Atmung? | 8 |
| 03 Die Bronchien reinigen die Atemluft | 10 |
| 04 Wann müssen wir husten? | 11 |
| 05 Husten und Atemnot als Zeichen einer Entzündung | 12 |
| 06 Diagnose | 14 |
| 07 Therapieziele bei COPD | 15 |
| 08 Die plötzliche Verschlechterung (Exazerbation) | 16 |
| 09 Chronische Bronchitis und Lungenemphysem | 17 |
| 10 Rauchen als Ursache der COPD | 18 |
| 11 Werden Sie Nichtraucher! | 19 |
| 12 Tipps für Nichtraucher | 20 |
| 13 Die 4 Stadien der COPD | 22 |
| 14 Der BODE-Index | 24 |
| 15 Bronchienerweiternde Arzneimittel bei COPD | 26 |

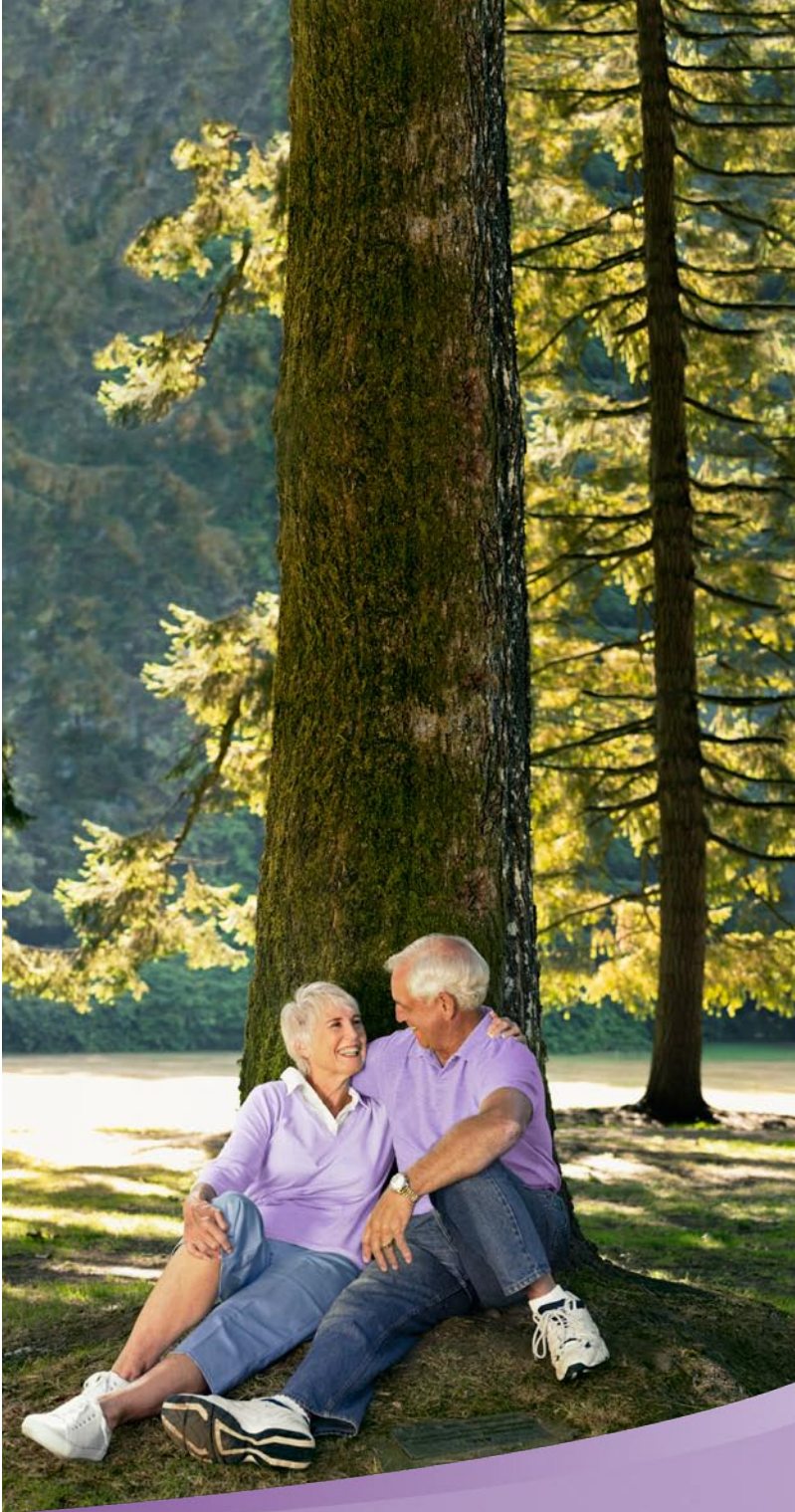
| | | |
|-------------|--|-----------|
| 16 | Entzündungshemmende Medikamente bei COPD | 27 |
| 17 | Inhalatives Kortison in der COPD-Therapie wirkt gezielt auf die Atemwege! | 28 |
| 18 | Kombinationspräparate vereinfachen die Dauertherapie | 29 |
| 19 | Ist Ihre COPD gut eingestellt? | 30 |
| 20 | Tipps | 32 |
| 21 | Was können Sie zusätzlich machen? | 36 |
| 22 | Was tun, wenn ein Infekt im Anmarsch ist? | 37 |
| 23 | Was tun im Notfall? | 38 |
| 24 | Leben mit COPD | 39 |
| 25 | Rehabilitation | 40 |
| 26 | Ihr Arzt ist der beste Ansprechpartner | 41 |
| | Adressen und Links | 42 |
| | Glossar | 43 |

01 | VIELE MENSCHEN SIND VON COPD BETROFFEN!

Eine kürzliche Untersuchung*, die weltweit durchgeführt wurde, beschäftigte sich mit der Frage, wie viele Menschen von COPD betroffen sind. Dazu waren im Raum Salzburg 2.200 Personen, die mindestens 40 Jahre alt waren, zufällig ausgewählt worden. Durch einen Brief und einen Telefonanruf wurden die Personen gebeten, an einem Lungenfunktionstest teilzunehmen und einen Fragebogen auszufüllen. Die Daten von 1.258 Personen konnten ausgewertet werden. Das Ergebnis war beeindruckend: Bei 26,1% dieser Personen bestand eine COPD (alle Schweregrade, d.h. Stadium I bis IV). Viele der Betroffenen wussten zu diesem Zeitpunkt noch nicht, dass sie eine COPD hatten.

Man geht davon aus, dass die Zahl der Patienten mit COPD in den nächsten Jahrzehnten stark steigen wird.

* Schirnhofner L et al., Chest 2007



02 | WIE FUNKTIONIERT UNSERE ATMUNG?

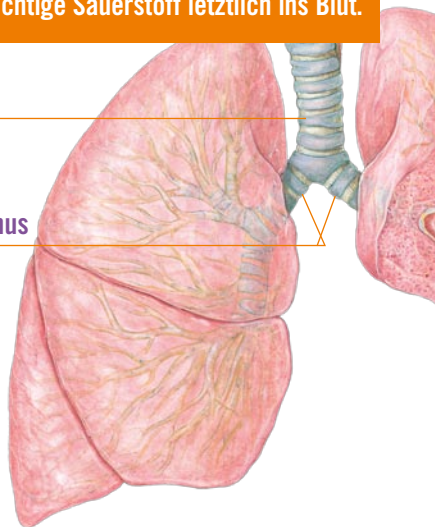
Man kann mehrere Wochen ohne Essen, einige Tage ohne Trinken, aber nur 3 Minuten ohne Sauerstoff überleben! Pro Minute atmet ein Erwachsener ca. 15-mal ein und aus – ca. 0,5 Liter Luft mit jedem Atemzug. Damit werden durchschnittlich ca. 8 Liter Luft pro Minute in Ruhe eingeatmet. Bei großer Anstrengung kann ein junger Mensch bis zu 120 Liter Luft in der Minute atmen – es gibt also bei Bedarf große Reserven.

Wir atmen, um Sauerstoff aufzunehmen und Kohlendioxid abzuatmen. Sauerstoff ist ein Gas, das in der Luft enthalten ist und das für uns lebensnotwendig ist. Jede Zelle und jedes Organ im Körper benötigt ständig Sauerstoff zur Energiegewinnung. Ohne Sauerstoff könnten wir nicht leben.

Die Lunge versorgt den Körper kontinuierlich mit Sauerstoff. Über ein verzweigtes System der Atemwege gelangt der lebenswichtige Sauerstoff letztlich ins Blut.

Luftröhre

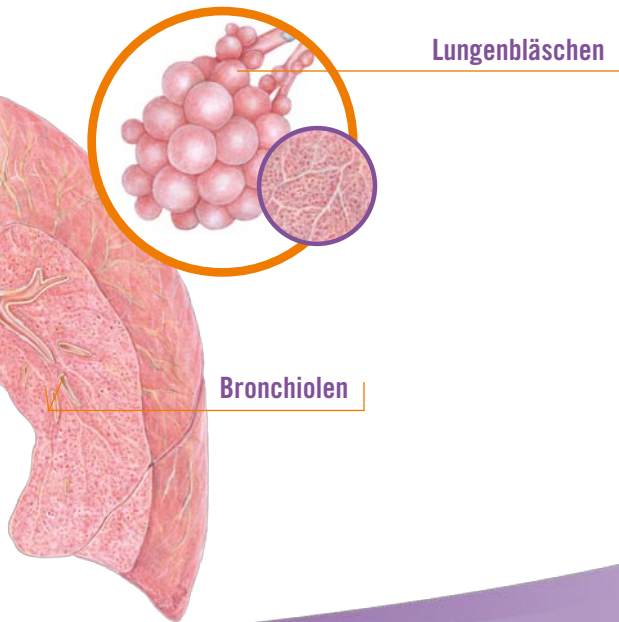
**rechter und
linker Hauptbronchus**



Die Luft strömt durch die Nase in die Luftröhre, von dort gelangt sie in die Bronchien, die sich immer weiter verästelten, bis sie in die sogenannten Bronchiolen übergehen, die wiederum in mehr als 300 Millionen Lungenbläschen (Alveolen) münden.

Der Übergang von Sauerstoff in das Blut findet in den Alveolen statt, denn jede der vielen Alveolen wird von einem feinen Netz aus Blutgefäßen umspinnen, die den Gasaustausch möglich machen:

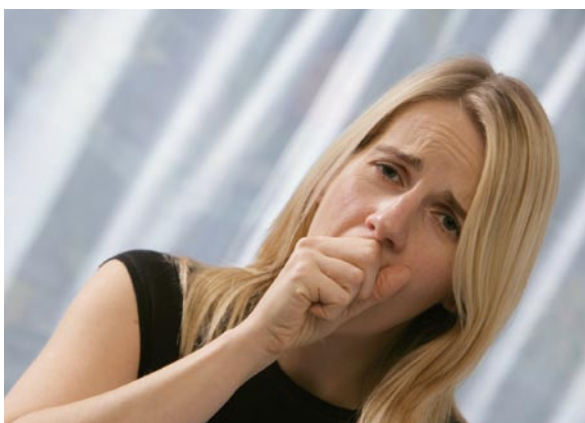
- Sauerstoff tritt in das Blut über
- Kohlendioxid, ein Abbauprodukt aus verschiedenen Stoffwechselprozessen des Körpers, wird in die Ausatemluft abgegeben



03 | DIE BRONCHIEN REINIGEN DIE ATEMLUFT

In der Luft, die wir atmen, befinden sich neben Sauerstoff auch verschiedene andere Stoffe wie z. B. Staub, Rauch, Dämpfe, Gase, Pollen, manchmal auch Bakterien und Viren. Der Organismus möchte verhindern, dass diese Schadstoffe in den Körper gelangen, und hat ein Selbstreinigungssystem entwickelt, an dem die Nase und vor allem die Bronchien maßgeblich beteiligt sind:

Die Nase wärmt die Luft an, reinigt sie grob, befeuchtet sie ein wenig und bereitet sie so für die Bronchien vor. Die Wände der Bronchien sind – vergleichbar mit dem Mund und der Nase – mit einer Schleimhaut ausgekleidet. Die Schleimhaut produziert Schleim, an dem sich die Partikel festsetzen, die nicht bereits in der Nase ausgefiltert wurden. Auf der Schleimhaut befinden sich kleine Flimmerhärchen, mit deren Hilfe der Schleim mit-samt den Partikeln fortlaufend nach oben aus der Lunge heraus befördert wird. Der abtransportierte Schleim wird schließlich verschluckt. Dies geschieht fortlaufend, Husten ist dazu nicht erforderlich.



Schutzreflex

Gelangt versehentlich ein größerer Fremdkörper in die Atemwege, z. B. beim Verschlucken einer Erdnuss, müssen wir husten, um die Bronchien wieder frei zu machen.

Zeichen einer Erkrankung der Atemwege

Auch bei Entzündungen der Bronchien müssen wir husten. Ein Beispiel hierfür wäre ein akuter Infekt der oberen Luftwege (die „Erkältung“), den sicher jeder schon einmal erlebt hat. Zunächst lässt uns die gereizte Bronchienschleimhaut husten, kurz darauf produzieren die Bronchien sehr viel Schleim, der die Flimmerhärchen überfordert und deshalb abgehustet werden muss. Der abgehustete Schleim wird als Auswurf bezeichnet.

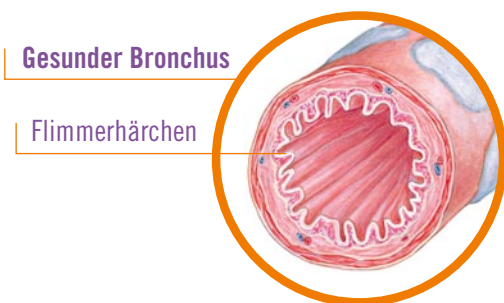
Eine Entzündung der Bronchien kann aber auch unabhängig von einer Erkältung auftreten – zum Beispiel Zigarettenrauch, aber auch andere Auslöser können eine solche Entzündung hervorrufen. Durch die Entzündung wird verstärkt Schleim produziert. Gerade wenn sich über Nacht dann sehr viel Schleim in den Bronchien angesammelt hat, muss der Schleim morgens abgehustet werden – man spricht auch vom „Raucherhusten“.

HUSTEN UND ATEMNOT ALS ZEICHEN 05 | EINER ENTZÜNDUNG

Die Bronchien bestehen aus einer ringförmigen Muskelschicht, die innen mit einer dünnen Schleimhaut (der Mukosa) ausgekleidet ist.

Diese Muskelzellen können den Durchmesser der Bronchien verkleinern oder vergrößern – dies ist zum Beispiel wichtig, wenn durch Husten Fremdkörper aus den Bronchien entfernt werden sollen.

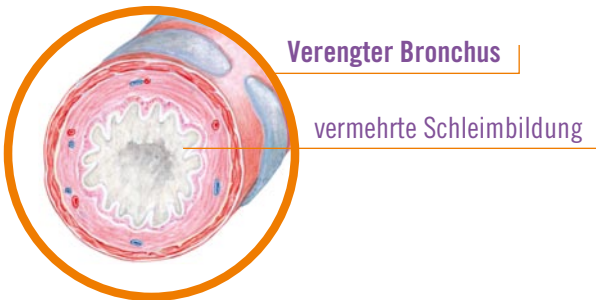
Aufgabe der Mukosa ist es, mit ihren Flimmerhärchen und der Schleimproduktion dafür zu sorgen, dass mit der Luft eingeatmete Schmutzpartikel wieder aus den Bronchien in Richtung Mund heraustransportiert werden.



Durch eine Entzündung verengen sich die Bronchien:

1. Durch die Entzündung produzieren die Bronchien mehr Schleim. Dieser Schleim ist zäh und kann nur durch Husten entfernt werden. Hält die Entzündung über längere Zeit an, entsteht so viel Schleim, dass dieser die Atemwege verstopfen kann.
2. Gleichzeitig lässt die anhaltende Entzündung die Schleimhäute anschwellen – der Platz in den Bronchien wird so noch etwas enger.
3. Schließlich verkrampfen sich die Muskeln der Bronchien und erschweren das Atmen noch zusätzlich.

Die Entzündung ist bereits im frühen Stadium der COPD vorhanden. Die resultierende Verengung der Bronchien erschwert die Atmung. Bleibt die Entzündung bestehen, schreitet die Erkrankung immer weiter fort. Es entsteht Atemnot – anfangs nur bei Anstrengung, später auch in Ruhe.



Genau übersetzt bedeutet COPD :

- C** – Englisch: chronic,
Deutsch: chronisch = lang andauernd
- O** – Englisch: obstructive,
Deutsch: obstruktiv = verengend, verstopfend
- P** – Englisch: pulmonary, Deutsch: Lungen-
- D** – Englisch: disease, Deutsch: Erkrankung

Die Diagnose COPD (chronic obstructive pulmonary disease) beschreibt also eine chronische Erkrankung der Lunge mit einer Verengung der Atemwege. Die COPD ist charakterisiert durch eine Kombination aus Husten, vermehrtem Auswurf und Atemnot.

Ursache der COPD ist eine Entzündung der Atemwege:

- Die Bronchien verengen sich.
- Die Schleimhäute können den Schleim immer schlechter abtransportieren. Die Bronchien versuchen, die Luftwege durch Husten frei zu halten.
- Die erschwerte Atmung führt dazu, dass immer weniger des lebensnotwendigen Sauerstoffs in das Blut gelangt. Das Herz arbeitet stärker, um den Sauerstoffmangel auszugleichen. So können durch COPD auch andere Organe verändert werden.

Da die Entzündung eine entscheidende Rolle spielt, steht neben der Entkrampfung der Bronchialmuskulatur die Hemmung dieser Entzündung im Mittelpunkt der Therapie.



Die Therapie der COPD hat u. a. zwei Ziele:

1. Das Fortschreiten der COPD-Erkrankung vermindern
2. Geringstmögliche Alltagseinschränkung, d. h.
 - wenig Atemnot
 - keine bis seltene Exazerbationen
 - deutlich mehr Lebensqualität

Einerseits werden zum Erreichen der Ziele Arzneimittel eingesetzt, die eine Erweiterung der Bronchien bewirken und die Atemnot lindern.

Wesentliche Ursache der COPD ist die anhaltende Entzündung, so dass ab bestimmten Stadien auch entzündungshemmende Arzneimittel eingesetzt werden sollten. Dabei ist es wichtig, dass diese Arzneimittel regelmäßig und dauerhaft angewendet werden, um die vorhandene Entzündung kontinuierlich zu beeinflussen.

Nach Bedarf werden weitere Arzneimittel eingesetzt. Hat sich zum Beispiel ein bakterieller Atemwegsinfekt entwickelt, wird der Arzt meist ein Antibiotikum verschreiben.

Wichtig: Bitte wenden Sie die Arzneimittel regelmäßig und dauerhaft an, da nur so der Abnahme ihres Lungenvolumens kontinuierlich entgegengewirkt werden kann!

DIE PLÖTZLICHE VERSCHLECHTERUNG

08 | (EXAZERBATION)

Der sich in den Atemwegen ansammelnde Schleim bietet Bakterien einen geeigneten Nährboden, so kann sich leicht ein bakterieller Atemwegsinfekt entwickeln, durch welchen die Atemnot erheblich zunimmt.

Solche plötzlichen Verschlechterungen werden Exazerbationen genannt. Sie sind an einer Zunahme von Atemnot und Husten sowie einer Verfärbung und Zunahme des Auswurfs erkennbar. Eine Exazerbation erfordert sofortiges Handeln und führt nicht selten zur Krankenhauseinweisung.

Häufige Ursache einer solchen Exazerbation ist ein Atemwegsinfekt, aber auch Smog oder andere Ursachen können beteiligt sein. Entsprechend gehören bronchienerweiternde Arzneimittel und ggf. Antibiotika und Kortison-tabletten zur Therapie einer Exazerbation.

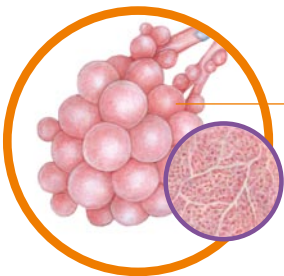
Exazerbationen beschleunigen die Abnahme der Lungenfunktion; umso wichtiger ist eine rechtzeitige Therapie. Leider werden die Folgen einer Exazerbation unterschätzt, und bei nur etwa jeder zweiten Exazerbation wird der Arzt informiert. Denken Sie bitte bei verfärbtem Auswurf, Erkältung, verstärkter Luftnot, Giemen oder Zunahme der Schleimmenge an eine mögliche Exazerbation und bitten Sie Ihren Arzt rechtzeitig um Rat!

CHRONISCHE BRONCHITIS UND LUNGENEMPHYSEM | 09

In Verbindung mit COPD werden regelmäßig auch die Begriffe „chronische Bronchitis“ und „Emphysem“ genannt, so dass diese Begriffe hier kurz erklärt werden sollen:

- Im Gegensatz zu einer akuten Bronchitis (= Erkältungshusten), die meist nach 1 bis 2 Wochen vorüber ist, hält der Husten bei der chronischen Bronchitis in zwei aufeinanderfolgenden Jahren für mindestens 3 Monate an.
- Tritt dabei eine Verengung der Bronchien auf, spricht man von einer „chronisch obstruktiven Bronchitis“. Eine COPD ist letztlich eine solche chronisch obstruktive Bronchitis.

Das Lungenemphysem kann Folge einer COPD sein: Die geschädigte Lunge kann die Luft nicht mehr ausreichend ausatmen und Luft bleibt in der Lunge zurück. Zugleich wird mit dem nächsten Atemzug weitere Luft in die Lunge gezogen, denn der Körper braucht Sauerstoff. Kurz: Es wird mehr Luft ein- als ausgeatmet. Die Lunge überbläht, die Lungenbläschen werden zu großen, schlaffen Blasen, die kaum noch Sauerstoff an das Blut abgeben können, und die Atemfläche nimmt ab. Schließlich kommt es bei der kleinsten Belastung zur Atemnot.

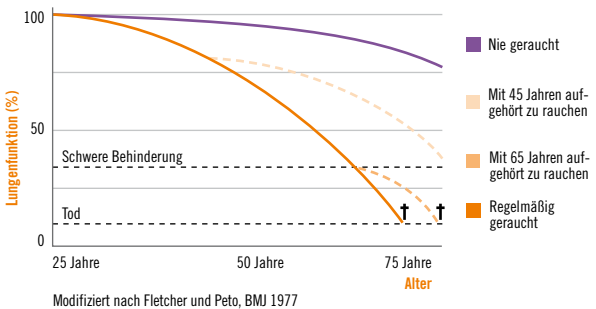


Lungenbläschen

10 | RAUCHEN ALS URSACHE DER COPD

Die COPD kann verschiedene Ursachen haben, mit rund 90 % ist aber das Rauchen die häufigste Ursache – mit weitem Abstand. Rauchen setzt durch eine ständige Reizung der Atemwege eine Entzündungsreaktion in Gang, die als Beginn der COPD gewertet werden muss.

Die COPD führt bei Rauchern viel häufiger zu Invalidität und Tod als Lungenkrebs! Die nachfolgende Abbildung zeigt die Lungenfunktion in Abhängigkeit vom Alter bei Nichtrauchern und bei Menschen, die zu verschiedenen Zeitpunkten mit dem Rauchen aufgehört haben.



Beim gesunden Menschen (obere Linie) lässt die Lungenfunktion im Alter etwas nach – das ist völlig normal. Im Unterschied dazu nimmt die Lungenfunktion bei Rauchern jedoch dramatisch schneller ab – umso mehr, je länger geraucht wurde.

Die Zahlen geben zu denken, aber sie haben auch etwas wirklich Positives:

Es ist nie zu spät, mit dem Rauchen aufzuhören!

Sollten Sie Raucher sein: Hören Sie so früh wie möglich mit dem Rauchen auf! Natürlich ist es schwer – manchmal auch sehr schwer – von dieser Sucht loszukommen. Aber es gibt inzwischen viele geeignete Hilfen und kompetente Unterstützung auf dem Weg zum Nichtraucher.

Fassen Sie den Vorsatz und lassen Sie sich helfen! Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, er kennt viele Möglichkeiten, die Ihren Wunsch unterstützen können. Bei den Krankenkassen erhalten Sie Informationen zum Thema Raucherentwöhnung.

Schluss mit dem Rauchen – das ist die Grundlage der Therapie bei COPD!



12 | TIPPS FÜR NICHTRAUCHER

Toll, dass Sie das Rauchen aufgegeben haben – oder es gar nicht erst begonnen haben!

Auch als Nichtraucher können Sie einiges tun, um Ihre Lunge zu schonen. Am wichtigsten ist es, Schadstoffe zu meiden. Solche Schadstoffe finden sich überall – am Arbeitsplatz und auch zu Hause:

- Scharfe Haushaltsreiniger, Badspray, WC-Reiniger (Chlordämpfe)
- Farben, Lacke, Klebstoffe etc.
- Sprays wie z. B. Haarspray, Raumspray etc.
- Abgase, Staub, offene Kamine
- Schimmelpilze
- Passivrauchen

Infekte sind oftmals Auslöser von Exazerbationen, so dass alles sinnvoll ist, was Infekten vorbeugt oder das Immunsystem stärkt: gesunde Ernährung, Bewegung, an das Wetter angepasste Kleidung.

Ein Muss für Menschen mit COPD ist auch die jährliche Gripeschutzimpfung.

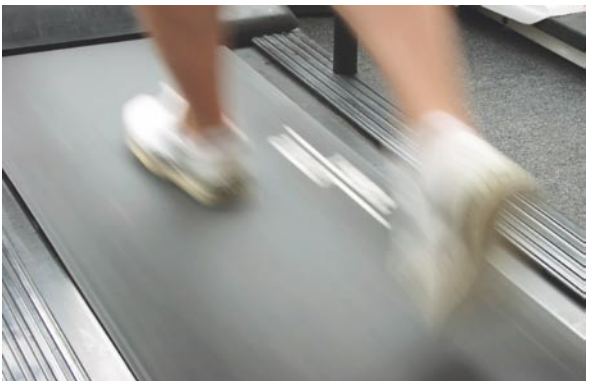


13 | DIE 4 STADIEN DER COPD

Sie kennen es von sich selbst wahrscheinlich am besten: An einem Tag geht es Ihnen besser, an anderen schlechter.

Die Einteilung der Schweregrade richtet sich nach der Lungenfunktion, die durch eine Spirometrie gemessen wird. Dies ist eine vollkommen schmerzfreie Untersuchung, bei der unter anderem untersucht wird, wie viel Luft innerhalb einer Sekunde ausgeatmet werden kann (Einsekundenkapazität, FEV₁). Bei einer Verengung der Bronchien ist dieser Wert deutlich vermindert. Mit zunehmendem Schweregrad kommt es in der Regel zu einer Zunahme der Symptome Husten und Atemnot.

Mit einem 6-Minuten-Gehtest wird die Belastbarkeit gemessen: Sie gehen sechs Minuten lang so schnell wie möglich (in der Ebene) und bestimmen die dabei zurückgelegte Strecke. Eine gesunde Person würde mehr als 500 m zurücklegen.



Leichtgradige COPD (Grad I)

Es besteht ein chronischer (Raucher-)Husten mit Auswurf. Die Einschränkung ist noch relativ gering, so dass sie dem Patienten nicht immer bewusst ist.

Mittelgradige COPD (Grad II)

Die Einschränkung der Lungenfunktion ist bereits weniger als 80 %, aber noch mehr als 50 % des FEV₁-Sollwertes. Der Patient spürt die Einschränkung oft erst bei Anstrengungen. Wer sich nicht anstrengt, merkt möglicherweise noch gar nichts.

Schwere COPD (Grad III)

Die Lungenfunktion ist spürbar eingeschränkt (FEV₁ weniger als die Hälfte des Sollwertes), so dass z. B. bereits beim Treppensteigen das Atmen schwerfällt. Oft wird erst jetzt ein Arzt konsultiert. Zu diesem Zeitpunkt sind jedoch schon viele Lungenbläschen zerstört worden.

Sehr schwere COPD (Grad IV)

Die Lungenfunktion ist sehr stark eingeschränkt (FEV₁ weniger als 30 % des Sollwertes oder weniger als 50 % bei gleichzeitig erniedrigtem Sauerstoffgehalt im Blut). Geringe Belastungen führen bereits zur Atemnot – oft tritt die Atemnot auch schon in Ruhe auf. Es besteht unter Umständen auch eine Herzschädigung (Cor pulmonale) als Zeichen des Spätstadiums der Erkrankung.

14 | DER BODE-INDEX

Der BODE-Index* beschreibt umfassender, wie stark ein Patient durch die COPD beeinträchtigt ist. Je mehr Punkte erreicht werden, desto höher ist die Beeinträchtigung. Beim BODE-Index werden folgende Aspekte berücksichtigt:

Body Mass Index (BMI)

Dieser errechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm (kg) geteilt durch das Quadrat der Größe in Meter (m). Für einen Patienten mit 70 kg und 172 cm errechnet sich der BMI folgendermaßen: $70 / 1,72^2 = 23,66 \text{ kg/m}^2$ – das entspricht 0 Punkten auf der BODE-Skala.

Einsekundenkapazität (FEV₁)

Diese wird im Rahmen der Spirometrie gemessen. Sie misst wie viel Luft nach maximaler Einatmung in 1 Sekunde ausgeatmet werden kann.

Atemnot gemäß MMRC-Skala

- 0 = Atemlosigkeit nur nach schwerer Anstrengung
- 1 = Kurzatmig, wenn ebenerdig in Eile oder beim leichten Bergaufgehen
- 2 = Geht wegen Atemlosigkeit langsamer als Gleichaltrige in der Ebene oder muss bei gewohnter Geschwindigkeit, selbst wenn ebenerdig, zum Luftholen anhalten
- 3 = Muss nach 100 m Gehstrecke zum Luftholen anhalten
- 4 = Aufgrund von Atemlosigkeit unfähig, das Haus zu verlassen, und kurzatmig beim An- und Auskleiden

6-Minuten-Gehtest

Gemessen wird die Strecke in Metern, die in 6 Minuten bei schnellem Gehen zurückgelegt wird.

Punkte auf der BODE-Skala

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------------|------------------------|------------------------|--------------|-------------|
| BMI | > 21 kg/m ² | ≤ 21 kg/m ² | -- | -- |
| FEV ₁ | ≥ 65 % Soll | 50–64 % Soll | 36–49 % Soll | ≤ 35 % Soll |
| Atemnot | 0 oder 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6-Min.-Gehetest | > 350 m | 250–349 m | 150–249 m | ≤ 149 m |

Die errechnete Punktzahl wird entsprechend den Quartilen in vier Bereiche eingeteilt:

0 – 2 Punkte

3 – 4 Punkte

5 – 6 Punkte

7 – 10 Punkte

Die Punktzahl stellt ein Maß für die Beeinträchtigung dar und ermöglicht dem Arzt eine Abschätzung des weiteren Krankheitsverlaufs. Je höher die Punktzahl, desto stärker die Beeinträchtigung.



* Celli et al., NEJM 2004

15 | BRONCHIENERWEITERNDE ARZNEIMITTEL BEI COPD

Bronchienerweiternde Arzneimittel entkrampfen die glatten Muskeln der Atemwege, die Bronchien weiten sich und das Atmen fällt dadurch leichter. Solche Medikamente wirken also auf die akute Atemnot, haben jedoch keinen Einfluss auf die zugrundeliegende Entzündung.

Es gibt einerseits bronchienerweiternde Arzneimittel, deren Wirkung sehr rasch eintritt und die die bei akuten Beschwerden auftretende Atemnot schnell bessern. Dementsprechend sind diese Arzneimittel in der Bedarfsbehandlung von besonderer Bedeutung.

Es gibt aber andererseits auch bronchienerweiternde Arzneimittel, die sehr lang wirken und deshalb vorwiegend Teil der Dauerbehandlung sind. Diese verringern die Atemnot, die tagsüber sowie während der Nacht oder in den frühen Morgenstunden auftritt.

Bronchienerweiternde Medikamente werden meistens inhaliert.



Aufgrund des entzündlichen Geschehens, das eine der Hauptursachen für die Entstehung der COPD darstellt, werden zusätzlich zu den bronchienerweiternden Medikamenten stadiengerecht auch entzündungshemmende Medikamente eingesetzt.

Diese können langfristig die Entzündung der Atemwege bessern und auf diese Weise Symptomen und der Veränderung der Bronchien entgegenwirken. Den größten Stellenwert haben Kortison-Präparate, denn sie regulieren den Entzündungsprozess im Bereich der Atemwege nachhaltig: Die Empfindlichkeit der Atemwege sinkt, die Schleimhäute schwellen weniger stark an und produzieren weniger Schleim. Die Muskulatur des Bronchialsystems neigt weniger dazu, sich zu verkrampfen – die Symptome der COPD lassen nach und Exazerbationen können vermieden werden.

Kortison wird meistens inhaliert, kann manchmal aber auch als Tabletten oder Infusion verabreicht werden.



INHALATIVES KORTISON IN DER COPD-THERAPIE

17 | WIRKT GEZIELT AUF DIE ATEMWEGE!

Aufgrund der entzündungshemmenden Eigenschaften sollte inhalatives Kortison ab einem gewissen Stadium zur Dauertherapie gehören. Trotz der unbestreitbaren Erfolge und der dokumentierten Verträglichkeit der Therapie, löst das Wort Kortison bei manchen Menschen noch immer Unbehagen aus.

Nebenwirkungen der Kortison-Therapie treten vor allem bei einer hohen Dosis von Kortison-Tabletten oder Kortison-Spritzen über einen längeren Zeitraum auf.

Inhalative Kortisone hingegen wirken gezielt auf die Atemwege und nur ein sehr kleiner Teil gelangt in den Körperkreislauf, wovon das Meiste rasch abgebaut wird. Somit ist die lokale Therapie insgesamt gut verträglich.

In der Behandlung der COPD ist inhalatives Kortison aufgrund seiner ausgezeichneten Wirkung und Verträglichkeit nicht mehr wegzudenken.

Zu den wenigen Nebenwirkungen inhalativer Kortisone gehören vor allem Pilzinfektionen im Mund sowie Heiserkeit.

Kortison sollte deshalb vor den Mahlzeiten inhaliert und der Mund nach der Inhalation, sorgfältig ausgespült werden.

Empfehlenswert ist es auch, die Inhalation vor dem Zähneputzen durchzuführen.

KOMBINATIONSPRÄPARATE VEREINFACHEN DIE DAUER THERAPIE | 18

In der Therapie der COPD spielt das Inhalieren von Medikamenten eine zentrale Rolle, denn die Inhalation hat gegenüber Tabletten oder Infusionen entscheidende Vorteile:

- Der Wirkstoff gelangt gezielt in die Atemwege.
- Die Wirkung tritt schneller ein.
- Die Wirkung wird in der Regel mit einer geringeren Dosis erzielt.
- Die Rate der Nebenwirkungen ist geringer.

Für die Inhalation stehen verschiedene Inhalationsgeräte zur Verfügung. Gerade in der Dauertherapie benötigen viele Patienten sowohl ein bronchien-erweiterndes als auch ein entzündungshemmendes Arzneimittel. Für diese Patienten sind Kombinationspräparate entwickelt worden, die sowohl eine bronchien-erweiternde als auch eine entzündungshemmende Substanz enthalten.

Bei einem Kombinationspräparat werden beide Wirkstoffe aus einem Gerät gleichzeitig inhaliert. Kombinationspräparate vereinfachen dem Anwender die Therapie, da weniger unterschiedliche Inhalationsgeräte benötigt werden, und zugleich sind die Wirkstoffdosierungen optimal aufeinander abgestimmt.

19 | IST IHRE COPD GUT EINGESTELLT?

Wie gut Sie die COPD im Griff haben, können Sie daran erkennen, wie häufig Atemnot auftritt und wie fest der Schleim in den Bronchien sitzt.

Es ist empfehlenswert, dass Sie Aufzeichnungen über Ihren Krankheitsverlauf führen, um eigens den Überblick über den Zustand Ihrer COPD zu erhalten:

- Wie oft haben Sie zusätzlich zur Basistherapie ein Bedarfsspray benötigt?
- War der Auswurf verfärbt?
- Haben Sie zusätzlich Antibiotika benötigt?
- Ist eine Exazerbation aufgetreten?
Mussten Sie deshalb ins Krankenhaus?

Nehmen Sie Ihre Aufzeichnungen mit zum Arzt, denn sie helfen Ihrem Arzt beim Anpassen der Therapie.



Bewegung ist für Menschen mit COPD besonders wichtig

Verständlicherweise meiden Patienten mit COPD die Belastung, denn sie haben Angst, dass diese zu Atemnot führt. Genau diese Schonung ist jedoch gefährlich, denn Schonung bedeutet gleichzeitig weniger Bewegung und somit Trainingsmangel.

Ein untrainierter Mensch braucht aber mehr Luft, denn er ist Belastung nicht mehr gewöhnt. So entsteht noch stärkere Atemnot – ein Teufelskreis, der nur durch regelmäßige Bewegung durchbrochen werden kann!

Bewegen Sie sich jeden Tag. Gut geeignet ist Ausdauersport wie zum Beispiel Schwimmen, Wandern, Gymnastik und Radfahren.



Helpen Sie Ihren Bronchien!

Solange sich Schleim in den Bronchien befindet, entsteht immer wieder ein Hustenreiz. Um aber den Schleim abhusten zu können, muss der Schleim locker sein, denn festsitzender Schleim lässt sich nicht abhusten. Was können Sie tun?

- Trinken Sie ausreichend!
- Erschütterungen aus körperlicher Bewegung und das dabei notwendige tiefe Durchatmen lockern den Schleim. Es gibt auch kleine Geräte, die den Schleim in den Bronchien über Schwingungen lösen.
Fragen Sie Ihren Arzt.
- Auch das richtige Husten will gelernt sein. Bei einem Physiotherapeuten lernen Sie die richtige Hustentechnik.
- Bei starker Verschleimung kann es hilfreich sein, wenn der Partner auf den Rücken klopft.
- Gerade im Winter können schleimlösende Medikamente zum besseren Abhusten beitragen.

Urlaub

Urlaub ist die schönste Zeit des Jahres. Wichtig ist, dass Sie Ihren Urlaub rechtzeitig planen und dabei besonders auf das Klima und die Umweltbedingungen am Urlaubsort achten.

Salzhaltige und feuchte Luft am Meer hilft, den Schleim in den Atemwegen zu lösen. Regelmäßige Bewegung an der frischen Luft stärkt die Abwehrkräfte, so dass auch ein Urlaub mit Wandern oder Spaziergängen empfohlen werden kann.

Beachten sollten Sie allerdings den geringeren Sauerstoffgehalt der Luft in größeren Höhen. Sprechen Sie im Zweifelsfall mit Ihrem Arzt, ob der Aufenthalt in der Höhe (auch beim Fliegen!) für Sie geeignet ist.

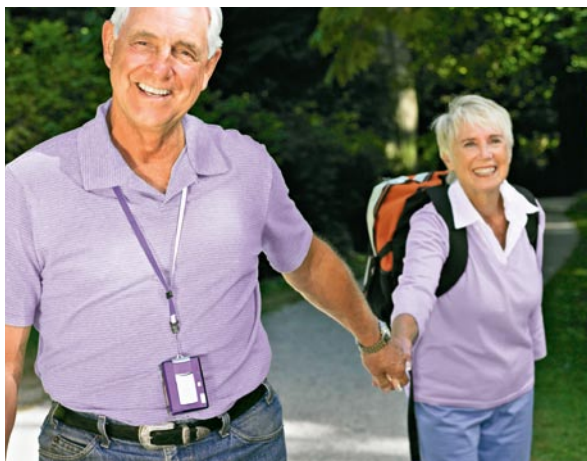
Ein übermäßiger Gebrauch oder eine starke Verschmutzung von Klimaanlageanlagen kann allerdings die positiven Effekte der Klimaveränderung trüben. Auch Gegenden mit starker Staubexposition (Sandstürme, Luftverschmutzung) sind als Urlaubsziel eher ungeeignet.

Schulung und Selbsthilfegruppen

Es gibt eine Vielzahl kleiner Dinge, die das Leben mit COPD vereinfachen. Werden Sie zum Experten Ihrer COPD. Dadurch fühlen Sie sich sicherer und Sie können die Möglichkeiten ausschöpfen, die Ihnen die moderne Medizin bietet.

Fragen Sie Ihren Arzt nach Schulungen, in denen Sie die richtige Atemtechnik, richtiges Husten und das Verhalten im Notfall erlernen können.

Auch Selbsthilfegruppen können Sie stärken, denn dort erhalten Sie aktuelle Informationen, können sich mit anderen Betroffenen besprechen und sich in Ruhe über verschiedene Themen austauschen.



21 | WAS KÖNNEN SIE ZUSÄTZLICH MACHEN?

Auf Arzneimittel kann man bei COPD leider kaum verzichten. Es gibt aber viele Dinge, die Ihnen helfen, Ihre tägliche Lebensqualität zu verbessern und die COPD in den Griff zu bekommen:

- Werden Sie **Nichtraucher** und vermeiden Sie passives Rauchen.
- Ein zu niedriges **Gewicht** ist bei COPD ebenso ungünstig wie ein zu hohes Gewicht. Versuchen Sie, Ihr Gewicht im Normalbereich zu halten.
- Üben Sie die **richtige Atemtechnik**: Eine Reihe von Atemtechniken wie „Kutschersitz“ oder „Lippenbremse“ kann Ihnen helfen, besser Luft zu bekommen. Sie sind leicht zu erlernen, verbessern die Lebensqualität und sind im Notfall eine wichtige Hilfe.
- Auch **richtiges Husten** ist wichtig, denn Hustenanfälle sind ein oftmals quälendes Symptom bei COPD.
- Gönnen Sie sich Entspannung: **Entspannungstechniken** wie Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Yoga oder Qi Gong helfen, das Wohlbefinden zu steigern und so den Umgang mit der COPD zu erleichtern.
- Helfen Sie Ihren Bronchien durch **ausreichendes Trinken**.
- Bleiben Sie in **Bewegung** – regelmäßiger Sport (nach Absprache mit dem Arzt) ist gerade für Patienten mit COPD sehr wichtig!

Infekte können eine Exazerbation auslösen, also eine plötzliche Verschlechterung der Atemfunktion und in weiterer Folge eine Reduktion des Lungenvolumens. Wenn Sie noch mehr husten, der Auswurf sich in Menge oder Farbe verändert (gelb-grüne Verfärbung weist auf einen bakteriellen Infekt hin) und die Atemnot zunimmt, sollten Sie auf jeden Fall umgehend reagieren:

- Halten Sie die Atemwege offen (z.B. durch Nasentropfen).
- Wenden Sie die bronchienerweiternden Medikamente regelmäßig an.
- Verändern Sie die Basismedikation, wie mit dem Arzt besprochen.
- Mobilisieren Sie den Schleim durch:
 - die richtige Hustentechnik
 - viel trinken
 - Schleimlöser und/oder die richtige Atemtechnik.

Am besten, Sie besprechen mit Ihrem Arzt, wie Sie sich in dieser Situation verhalten. Antibiotika sind in der Regel erst erforderlich, wenn sich der Auswurf verfärbt, also eitrig wird.

Wenden Sie sich im Zweifelsfall an Ihren Arzt – besser einmal zu viel als einmal zu wenig! Denken Sie daran, Ihrem Arzt beim nächsten Besuch von dem Infekt zu berichten.

23 | WAS TUN IM NOTFALL?

Wenn Sie gelegentlich Atemnot haben, sollten Sie auf jeden Fall mit Ihrem Arzt einen Notfallplan festlegen. Grundsätzlich gilt:

- **Ruhe bewahren!** Ruhig atmen, keine Hektik – sonst brauchen Sie noch mehr Luft
- **Bedarfsspray (Notfallspray)** anwenden
- **Lippenbremse** einsetzen (nicht bereits nach zwei Atemzügen wieder aufhören!)
- **Bedarfsmedikation** laut Notfallplan anwenden – wie mit dem Arzt besprochen
- Atemerleichternde Körperhaltung einnehmen
- Ausreichend trinken
- Keine Verbesserung?
→ Arzt, ärztlichen Notdienst bzw. Notarzt rufen

Besprechen Sie mit Ihrem Arzt, wie Sie sich im Notfall verhalten sollen, und legen Sie sich einen Notfallplan zurecht. Das gibt Ihnen Sicherheit und es fällt Ihnen leichter, Ruhe zu bewahren und gelassen zu bleiben.



Körper und Seele bilden eine Einheit. Stress und seelische Belastung können sich negativ auf die Erkrankung auswirken.

Es braucht viel Mut zu akzeptieren, dass die COPD Sie Ihr Leben lang begleiten wird. Umso wichtiger ist es, dass Sie lernen, die COPD zu beherrschen, bevor die Krankheit Sie beherrscht.

- Machen Sie aus Ihrer Krankheit kein Geheimnis. Ihr Umfeld sollte auch deshalb Bescheid wissen, um im eventuellen Notfall richtig reagieren zu können.
- Versuchen Sie, Stress abzubauen. Sport und Entspannungstechniken können dabei helfen.
- Organisieren Sie Ihren Tag. Lassen Sie sich nicht unter Zeitdruck setzen und legen Sie öfter mal eine Pause ein.
- Sprechen Sie Konflikte an, statt alles herunterzuschlucken. Sagen Sie auch mal „nein“, wenn Ihnen etwas zu viel wird.
- Freuen Sie sich an schönen Dingen und halten Sie sich nicht unnötig an negativen Sachen fest. Genießen Sie die Dinge, die Sie machen können (Spaziergehen, Natur, Lesen, Musik usw.), und konzentrieren Sie sich nicht nur auf das, was Sie vielleicht nicht mehr machen können.

Vielleicht besprechen Sie die Möglichkeit einer Rehabilitation gemeinsam mit Ihrem Arzt. In Österreich gibt es einige Fachkliniken für Atemwegeserkrankungen. Zwar kann auch eine Rehabilitation keine Heilung bringen, aber bestimmt eine Verbesserung Ihres Gesundheitszustands.

Während der Rehabilitation erfahren Sie eine konsequente und speziell für Sie maßgeschneiderte Therapie in schadstoffarmer Umgebung. Hierzu gehören auch eine Vielzahl weiterer Maßnahmen wie zum Beispiel körperliches Training, Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Atemtechnik sowie das Erlernen von Entspannungstechniken. Sie erfahren Wichtiges über die Krankheit und über die effektive Anwendung der Medikamente.

Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, damit Sie Ihren Alltag in der Familie und im Beruf auch über die Rehabilitation hinaus besser bewältigen können.

Ihr Arzt ist Ihr Partner in der Behandlung der COPD. Scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen. Wenn Sie sich mit den Medikamenten nicht sicher sind oder Behandlungswünsche haben, ist Ihr Arzt der richtige Ansprechpartner. Am besten, Sie schreiben sich bereits zu Hause Fragen auf, damit Sie im Gespräch die wichtigen Fragen nicht vergessen.

Viele Patienten haben Angst vor plötzlichen Atemnotanfällen. Sie sind sich nicht sicher, wie sie sich in dieser Situation verhalten sollen – das verstärkt sowohl Angst als auch Atemnot. Falls Sie schon einmal einen Atemnotanfall hatten, besprechen Sie mit Ihrem Arzt unbedingt einen Notfallplan. So können Sie beim nächsten Mal gelassener und in Ruhe reagieren und die Luftnot rasch behandeln.



ADRESSEN UND LINKS

Die erste Anlaufstelle für Ihre persönlichen Fragen sollte immer Ihr Hausarzt oder Facharzt sein, weil er Sie und Ihren persönlichen Krankheitsverlauf genau kennt. Darüber hinaus gibt es verschiedene Organisationen, bei denen Sie ebenfalls Informationen zum Thema COPD erhalten können:

**Österreichische
Lungenunion
Selbsthilfegruppe
für Atemwegs- und
Lungenerkrankungen**
Obere Augartenstraße 26-28
1020 Wien
Tel./Fax: 01/330 42 86
office@lungenunion.at
www.lungenunion.at

Internetlinks:
www.atemschule.at
www.glaxosmithkline.at

GLOSSAR

| | |
|-------------------------------|---|
| akut | plötzlich auftretend, zeitlich begrenzt |
| Auswurf | Schleim aus den Bronchien, der abgehustet wird |
| Bronchien | Atemwege, Verzweigungen der Luftröhre |
| Bronchiolen | Atemwege, Verzweigungen der Bronchien |
| Bronchitis | Entzündung der Bronchien bzw. der Bronchialschleimhaut |
| chronisch | sich langsam entwickelnd, lang andauernd |
| COPD | Chronic obstructive pulmonary disease – chronisch obstruktive Lungenerkrankung |
| Flimmerhärchen | Bestandteil der Bronchialschleimhaut, dienen der Reinigung der Bronchien indem sie Schleim abtransportieren |
| Inhalation | Einatmen |
| inhalativ | durch Einatmung |
| Obstruktive Bronchitis | Bronchitis mit Atemnot durch Verengung der Bronchien |

**Weitere Informationen
zum Thema COPD und Asthma
finden Sie unter:**

www.atemschule.at

Stempelfeld

Stand der Information Juni 2009 43801053