

Aus dem Inhalt

► Beatmungsmedizin/schlafbezogene Atmungsstörungen

Schlafapnoe-Syndrom und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	Seite 15
Dynamik des Lungemikrobioms bei Beatmung auf Intensivstation.....	Seite 27
Wirkung von CPAP auf Blutdruck bei Frauen.....	Seite 31
OSA und Lebensqualität beim Ehlers-Danlos-Syndrom.....	Seite 31
Atemflussprofil bei obstruktiver Schlafapnoe.....	Seite 32

► COPD

Geringeres COPD-Exazerbationsrisiko, bessere FEV ₁	Seite 3
Review: Patientenfehler bei der Inhalationstherapie.....	Seite 4
Exazerbationshäufigkeit bei Patienten mit COPD.....	Seite 4
Doxycyclin bei ambulant behandelten akuten COPD-Exazerbationen.....	Seite 4
Faktoren, die bei COPD-Patienten die körperliche Aktivität erhöhen.....	Seite 12
Nutzen eines Handventilators bei chronischer Dyspnoe.....	Seite 16
Verschiedene Versionen des Sit-to-Stand-Tests bei COPD.....	Seite 18
Zusammenhang zwischen Feinstaubexposition und COPD.....	Seite 27
Abnahme der Lungenfunktion bei COPD.....	Seite 30

► Pneumo-Onkologie

NSCLC-Patienten mit EGFR-Mutationen und multiplen Hirnmetastasen.....	Seite 9
Krebstherapie mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren.....	Seite 20
PD-1-Inhibitoren versus PD-L1-Inhibitoren beim NSCLC.....	Seite 24
Behandlung von nicht kleinzelligem Lungenkarzinom mit EGFR-TKI.....	Seite 26
Diagnostisches Vorgehen bei Entdecken pulmonaler Rundherde.....	Seite 28

► Asthma

Allergische Sensibilisierung und objektive Schlafparameter bei Asthma.....	Seite 6
Mycoplasma-pneumoniae-Infektionen bei Asthma im Kindesalter.....	Seite 8
Charakterisierung eines schweren Asthmas mit Sensibilität gegenüber Pilzen.....	Seite 8
Zusammenhang zwischen Stillen/Lungenfunktion, Asthma im Schulalter.....	Seite 9
Antibiotika in ersten Lebensjahren und späteres Asthma.....	Seite 12
Globale Asthma-Mortalität.....	Seite 18
Bronchiale Thermoplastie im realen Setting.....	Seite 21
Asthmatherapie mit Montelukast.....	Seite 26
Benralizumab bei leichtem bis moderatem persistierendem Asthma.....	Seite 28

► Infektionen

Klinische Merkmale von Pertussis bei Kindern und Erwachsenen.....	Seite 6
RSV-bedingte Mortalität unter Kleinkindern weltweit.....	Seite 6
Respiratory-Syncytial-Virus bei Kleinkindern und Babys.....	Seite 10
Behandlung akuter Infektionen der unteren Atemwege.....	Seite 12
Behandlung latenter Tuberkulose-Infektionen.....	Seite 15
Verfahren zur Sputumgewinnung für die Tuberkulose-Diagnose.....	Seite 20
Klinische Merkmale der Akuten Eosinophilen Pneumonie.....	Seite 22
Langzeitwirkung einer BCG-Impfung auf den Tuberkulin-Hauttest.....	Seite 32

► Verschiedenes

Twittern für die Pneumologie.....	Seite 3
Pränataler Stress und reduzierte Lungenfunktion bei Kindern.....	Seite 8
Eosinophilie und Hyperreagibilität bei Kindern mit Atemwegssymptomen.....	Seite 9
Risikofaktoren für chronischen Husten in der Allgemeinbevölkerung.....	Seite 10
Verkürzte Lebenserwartung bei Alpha-1-Antitrypsin-Mangel.....	Seite 22

► Forschung, Hochschule & Verbände.....

Seite 37

► ERS 2017: Forschung und Preise.....

Seite 53

► ERS 2017: Industrie.....

Seite 60

► Industrie.....

Seite 64

► Termine.....

Seite 71

Editorial

„Ohne Sauerstoff falle ich um.“

Patienten mit Luftnot äußern nicht selten den Wunsch nach einer Sauerstofftherapie. Wird bei Entlassung aus der stationären Behandlung noch schnell eine häusliche Sauerstoffversorgung organisiert, so ist es in der Praxis schwierig, bei in stabilem Zustand guter Oxygenierung die Sauerstofflangzeittherapie wieder zu beenden. „Ohne Sauerstoff falle ich um“, lautete jüngst die Begründung von Patientenseite, bei einem Sauerstoffpartialdruck von über 100 mmHg weiterhin ununterbrochen eine Nasensonde zur Sauerstoffinsufflation tragen zu wollen. Dahinter steckt das weitverbreitete Missverständnis, dass Dyspnoe durch die Wahrnehmung einer Hypoxämie verursacht werde. Generell wird der wahrgenommenen Luftqualität große Bedeutung beigemessen. Dabei steckt diese Wahrnehmung voller Irrtümer, denen nicht nur Patienten, sondern auch manche Mediziner unterliegen.

Pneumologen wissen, dass ein Sauerstoffmangel in der Regel nicht spürbar ist, und dass weder der Sauerstoffpartialdruck noch die Sauerstoffsättigung mit dem Luftnotempfinden korrelieren. Die Auslastung der Atempumpe, insbesondere die durch verschiedene Mechanismen erhöhte Atemarbeit ist das, was Menschen spüren, wenn sie über Dyspnoe klagen. Erfahrungsgemäß ist es allerdings bedeutend aufwendiger, jemandem etwas auszureden, also den Zusammenhang zwischen Sauerstoff und Luftnot zu verneinen, als diese Fehlwahrnehmung einfach zu bestätigen. Es ist ja auch nicht einfach: Zur Rehabilitation schicken wir unsere Patienten an die See oder in die Berge und lassen uns anschließend berichten, dass das Klima so gut getan habe. Dabei wissen wir, dass der Standort der Einrichtung nicht das Entscheidende ist. Dennoch werden wir immer wieder aufgefordert, Begründungen für einen bestimmten Ort der Rehabilitation zu formulieren.

Oft wird die Feinstaubbelastung in den Großstädten für die Atembeschwerden verantwortlich gemacht: An der See sei die Luft viel sauberer – dabei findet sich dort mit der Meeresbrandung einer der Hauptquellen für Feinstaub. Die Politik unterstützt diese Sichtweise durch Umweltplaketten und die Diskussion um ein Dieselfahrverbot: In Innenstädten gelten für Partikel mit einem

Herausgeber:
Justus de Zeeuw

aerodynamischen Durchmesser bis 10 Mikrometer Feinstaubkonzentrationen über 50 µg pro Kubikmeter als Grenze für den sogenannten Smogalarm. Dass Tabakrauch in Innenräumen Konzentrationen von bis zu 600 µg/m³ erreicht, wird dabei ignoriert – im Auto darf in Anwesenheit von Kindern geraucht werden, die FDP stellt die Rauchfreiheit in der Gastronomie offen infrage.

Ist die Luft in einem „schlecht gelüfteten“ Besprechungsraum stickig, so soll durch Lüften der vermeintlich verbrauchte Sauerstoff wieder aufgefüllt werden. Dass es die volatilen organischen Komponenten, insbesondere von Menschen abgesonderte Schwefelverbindungen sind, die die Konzentrationsfähigkeit in vollbesetzten Räumen beeinflussen, weiß oft nur der Fachmann. Das Denkmodell existiert auch umgekehrt: Sind die Fenster geöffnet, wird ein wahrnehmbarer kühler Luftstrom als kalter Luftzug bezeichnet, der ursächlich für Erkältungen und Muskelverspannungen sein soll.

Regelhaft berichten Patienten im Sommer, dass die trockene Hitze ihnen gut tue oder zu schaffen mache. Im Winter ist es umgekehrt: Die feuchte Witterung sei besonders schlimm oder besonders gut. Die Frage, ob unterschiedliche Witterungen als Ursache wechselnd ausgeprägter Atemwegsbeschwerden anzusehen sind, ist schwierig zu klären. Zudem erwächst aus dem Irrtum,

Fortsetzung auf Seite 3