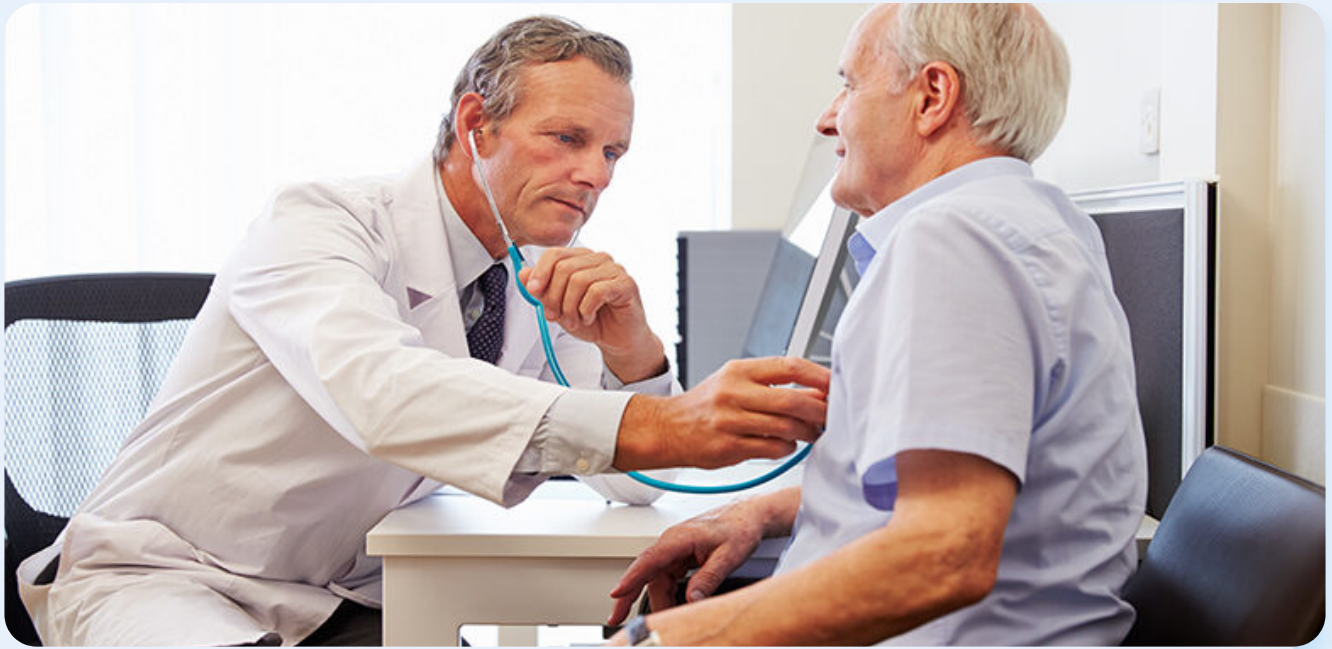


# Jak zmniejszyć ryzyko zaostrzeń u chorych na POChP

dr n. med. Joanna Mazurek

[PODZIEL SIĘ](#)



Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest poważnym problemem zdrowotnym na całym świecie. Obecne dane wskazują, że stanowi ona trzecią co do częstości przyczynę zgonów w populacji. Zwiększone ryzyko zgonu z powodu POChP wynika między innymi z tendencji do zaostrzeń choroby. Zaostrzenia w znacznym stopniu pogarszają przebieg choroby i związaną z nim jakość życia chorych. Często w ich przebiegu dochodzi do rozwoju niewydolności oddechowej, która wymaga specjalistycznego leczenia szpitalnego czasem nawet w oddziale intensywnej terapii.

Dlatego całość postępowania leczniczego w tej chorobie jest ukierunkowana na zmniejszenie ryzyka występowania zaostrzeń. Działanie to polega zarówno na zastosowaniu optymalnej farmakoterapii jak i działaniach pozafarmakologicznych takich jak edukacja, rehabilitacja, wsparcie psychologiczne oraz społeczno-opiekuńcze. Okazuje się, że postępowanie musi być dobrane indywidualnie dla danego chorego.

Aby to zrozumieć należy sięgnąć do obowiązującej definicji choroby, według której POChP określa się jako częstą, przewlekłą, chorobę układu oddechowego o złożonej etiologii, uwarunkowanej wieloma czynnikami zarówno osobniczymi jak i środowiskowymi (przede wszystkim narażeniem na działanie szkodliwych pyłów i gazów), o obrazie klinicznym wynikającym z niecałkowicie odwracalnego

ograniczenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe, ale poddająca się prewencji i leczeniu. Obserwacje kliniczne wskazują też, że przebieg schorzenia u poszczególnych chorych nie jest jednakowy co niesie za sobą potrzebę określenia tzw. fenotypu czyli ogółu dostrzegalnych cech klinicznych (w bezpośrednim badaniu pacjenta lub w badaniach dodatkowych).

Ważna jest szczególnie identyfikacja fenotypów POChP związanych ze zwiększonym ryzykiem zaostrzeń po to, aby zastosować odpowiednie leczenie.

Poniżej przedstawiono krótkie charakterystyki takich fenotypów:

#### POChP z dominującymi objawami przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO).

PZO definiuje przez obecność przewlekłego, produktywnego kaszlu i / lub wykrztuszania plwociny przez ponad 3 miesiące w roku w 2 kolejnych latach. Zapalenie w oskrzelach i nadprodukcja wydzieliny mogą wiązać się z wyższym ryzykiem kolonizacji dróg oddechowych przez drobnoustroje. U tych pacjentów często dochodzi do zakażeń układu oddechowego oraz zaostrzeń.

#### POChP z częstymi zaostrzeniami.

Cechą charakterystyczną dla tego fenotypu jest liczba 2 lub więcej zaostrzeń w ciągu ostatniego roku lub jedno wymagające hospitalizacji. Po drugim zaostrzeniu ryzyko wystąpienia kolejnego rośnie 3-krotnie. Zaostrzenia w znacznym stopniu pogarszają przebieg choroby i jakość życia pacjentów. Wiążą się też często z dramatycznym zmniejszeniem rezerw wentylacyjnych i zwiększonym ryzykiem zgonu. Dlatego niezwykle ważna jest wczesna identyfikacja tego fenotypu z uwagi na potrzebę zapobiegania kolejnym epizodom zaostrzeń. Dlatego poszukuje się specyficznych biomarkerów dla tej grupy, czyli określonych wyników badań, które z dużą dokładnością wskażą osoby z tym typem choroby. Ostatnio odkryto pewne charakterystyczne zaburzenia genowe, które w przyszłości być może pomogą wyodrębnić tych chorych na wczesnym etapie choroby.

#### POChP ze współistniejącą astmą.

Jest to szczególny fenotyp choroby wymagający odmiennego podejścia zarówno w zakresie diagnostyki jak i farmakoterapii. Astma jest jednostką chorobową, z którą zazwyczaj różnicuje się POChP. Ale od dawna wiadomo, że POChP może nakładać się na już istniejącą astmę zwłaszcza ciężką i niekontrolowaną, jeśli ponadto chory palił papierosy lub w przebiegu astmy nastąpiła duża przebudowa w obrębie tkanki płucnej (tzw. remodeling). Astmę uważa się też za czynnik rozwoju POChP. W zależności od badanej populacji szacuje się współwystępowanie obu tych chorób na 5 - 10%.

#### POChP z szybką redukcją wartości parametrów wentylacyjnych (mierzonych

zmniejszaniem się wartości FEV1 – ważny wskaźnik zwężenia oskrzeli w badaniu spirometrycznym).

W badaniach klinicznych zauważono, że jest grupa pacjentów, aktualnych palaczy papierosów, u których roczny spadek wartości FEV1 przekraczał nawet 40 ml/rok. We wcześniejszych badaniach wykazano też, że szybsze tempo spadku FEV1 wiąże się ze zwiększoną chorobowością i umieralnością. Tacy pacjenci trafiali też częściej do szpitala w przebiegu zaostrzeń.

POChP z cechami zapalenia eozynofilowego w drogach oddechowych.

Chorzy ci wymagają zupełnie innego podejścia terapeutycznego. Obecność eozynofili w płwocinie lub we krwi obwodowej wiąże się często ze współistniejącą astmą, ale u części chorych pomimo wyższego odsetka eozynofili nie obserwowano klinicznych cech astmy ani alergii. Zaobserwowano, że ten rodzaj zapalenia dobrze reaguje na leczenie glikokortykosteroidami.

Leczenie stabilnej postaci POChP ma na celu zmniejszenie ryzyka i zapobieganie zaostrzeniom. Wszelkie schematy terapeutyczne mają na celu takie dobranie terapii, aby uniknąć zaostrzeń u pacjentów którzy ich jeszcze nie mieli lub zmniejszyć ryzyko kolejnego zaostrzenia u pozostałych. Równie ważne cele leczenia to poprawa jakości życia i jego wydłużenie. Niewiele interwencji terapeutycznych ma wpływ na ten ostatni punkt. Właściwie tylko zaprzestanie palenia tytoniu zmienia przebieg naturalny choroby, a w okresie przewlekłej niewydolności oddechowej prawidłowo prowadzona domowa tlenoterapia. Wśród metod farmakologicznych mających wpływ na zapobieganie zaostrzeniom POChP wymienia się między innymi: leki mukolityczne (rozrzedzające wydzielinę i ułatwiające jej wykrztuszenie), leki rozszerzające oskrzela, roflumilast, antybiotyki. Sporo dyskusji i kontrowersji rodzi stosowanie wziewnych glikokortykosteroidów (steroid o działaniu przeciwzapalnym). Dysponujemy jednak licznymi dowodami, że terapia lekiem przeciwzapalnym w połączeniu z lekiem bronchodilatacyjnym (rozszerzającym oskrzela) jest skuteczna w pewnych grupach chorych na POChP i zapobiega zaostrzeniom.

Ciekawymi opcjami terapeutycznymi są połączenia dwóch a nawet trzech leków w jednym inhalatorze. Takie połączenie leków w jednym inhalatorze znacznie upraszcza schemat terapii i sprawia, że choremu łatwiej realizować zalecenia lekarskie.

Omawiając problem zapobiegania zaostrzeniom należy wspomnieć jeszcze o dwóch ważnych aspektach, a mianowicie o rehabilitacji i szczepieniach.

Rehabilitacja stanowi istotne uzupełnienie leczenia farmakologicznego. Ograniczenie aktywności fizycznej u chorych na POChP wiąże się z pogorszeniem jakości życia, zwiększeniem ryzyka hospitalizacji.

Należy pamiętać również o szczepieniu pacjentów chorych na POChP. Coroczne szczepienie przeciwko grypie minimalizuje ryzyko ciężkiego zaostrzenia i zgonu z

powodu powikłań oddechowych jakie niesie ze sobą ta infekcja wirusowa. Przeciwno pneumokokom wystarczy jednorazowe podanie szczepionki 13 -walentnej (obecnie nieodstępna jest szczepionka 23 -walentna). Szczepienie to wskazane jest u wszystkich chorych na POChP po 65 roku życia zwłaszcza ze współistniejącymi chorobami układu krążenia oraz u młodszych chorych ze zmianami obturacyjnymi dużego stopnia.

### Warto zapamiętać!

- W przebiegu POChP może dochodzić do rozwoju zaostrzeń, które w istotny sposób pogarszają rokowanie w tej chorobie
- Częste zaostrzenia wpisują się w charakterystykę kliniczną pewnych rodzajów przebiegu POChP – zwanych fenotypami
- Właściwe określenie swoistego fenotypu choroby pomaga dobrać optymalną terapię.
- Indywidualizacja podejścia terapeutycznego pomaga osiągać zamierzone cele leczenia, w tym zmniejszenie ryzyka zaostrzeń.

Piśmiennictwo:

<https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>

Wedzicha JA, et al. Eur Respir J. 2017 Sep 9; 50(3) Epub

Miravittles M, et al. Arch Bronconeumol (Eng. Ed.) 2012, 3: 86-98

Rubio MC, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2017; 12: 2373-83

Han MK, et al. Am J Respir Crit Care Med 2010; 182: 598-604.

Kania A, et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018; 13: 1613-21.

Mirza S, et al. Mayo Clinic Proc. 2017; 92: 1104-12.

Vestbo J, et al. N Engl J Med 2011; 365: 1184-92

Vestbo J, et al. ERJ Open Res 2015; 1: 00011-2015

### PODZIEL SIĘ

Materiał wewnętrzny Chiesi

Ostatnia aktualizacja strony 5 stycznia 2024

