Stopnie zaawansowania POChP. Czy POChP można wyleczyć?

dr n. med. Katarzyna Guziejko

PODZIEL SIĘ

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) charakteryzuje się występowaniem uczucia duszności w wyniku nieodwracalnego ograniczenia, czyli zmniejszenia przepływu powietrza w oskrzelach i uszkodzenia pęcherzyków płucnych, w których dochodzi do wymiany tlenu i dwutlenku węgla między powietrzem a krwią. Choroba najczęściej związana jest z paleniem papierosów, choć może także wystąpić u osób, które nigdy nie paliły, ale wdychały dym papierosowy wytwarzany przez innych palaczy (tzw. palenie bierne) lub w związku z wykonywanym zawodem przebywały przed długi czas w pomieszczeniach zawierających różne związki chemiczne, pyły lub opary. Ważnym, choć niedocenionym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby jest wdychanie dymu powstałego ze spalania biomasy (np. drewno, słoma itp.). Wpływ na rozwój POChP mogą mieć również inne, indywidualne czynniki, które wystąpiły w okresie rozwoju płodowego płuc lub wczesnego dzieciństwa. Ponadto przewlekłe schorzenia współistniejące, zwłaszcza kardiologiczne, istotnie wpływają na nasilenie objawów oraz stan zdrowia pacjentów z POChP.

Uważa się, że na POChP choruje około 5-15% osób powyżej 40 roku życia. Oznacza to, że w grupie 100 osób, od 5 do 15 z nich może chorować na POChP. Częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet oraz stanowi jedną z najważniejszych przyczyn zgonów na całym świecie.

Reakcją obronną płuc na długotrwale wdychane szkodliwe czynniki jest zapalnie oskrzeli. Jego skutkiem jest nadmierna produkcja śluzu w oskrzelach, utrudnione oczyszczanie dróg oddechowych podczas kaszlu, następnie trwałe ograniczenie przepływu powietrza przez oskrzela oraz wtórne uszkodzenie płuc. Zniszczone pęcherzyki płucne nie są w stanie zapewnić odpowiedniego transportu tlenu do organizmu człowieka. Zmiany zachodzące w płucach mają charakter nieodwracalny, w związku z tym raz zdiagnozowana przewlekła obturacyjna choroba płuc będzie towarzyszyć pacjentowi do końca życia i wymagać bezterminowego, systematycznego leczenia.

Głównymi objawami POChP jest postępująca duszność, nasilająca się podczas aktywności fizycznej oraz kaszel z odkrztuszaniem plwociny. Szybkie męczenie się lub skrócenie oddechu podczas wysiłku (np. marszu, wchodzenia po schodach), a nawet codziennych obowiązków oraz uczucie ciasnoty w klatce piersiowej, także powinny budzić podejrzenie POChP. Nieraz pacjenci mylnie utożsamiają te objawy z pogorszeniem kondycji fizycznej lub podeszłym wiekiem. Zdarza się, że początkowo dolegliwości są na tyle łagodne i rozwijają się stosunkowo wolno, że chorzy nie zwracają uwagi na ich występowanie, bądź nieświadomie przyzwyczają się do ich obecności. Powoduje to opóźnienie rozpoznania POChP oraz rozpoczęcie leczenia dopiero w zaawansowanym okresie choroby. W związku z tym, osoby z grup ryzyka (palacze papierosów, narażeni na szkodliwe pyły czy spalanie biomasy) powinny zwracać szczególną uwagę na tego typu objawy, oraz odpowiednio wcześnie zgłosić się do lekarza pulmonologa (czyli specjalisty chorób płuc) celem przeprowadzenia badań specjalistycznych potwierdzających lub wykluczających POChP.

Aby rozpoznać POChP niezbędne jest wykonanie badania spirometrycznego. Jest to badanie, które pozwala ocenić jak szybko i jaką objętość powietrza chory jest w stanie wydmuchać podczas natężonego wydechu. Ograniczenie przepływu powietrza przez oskrzela nazywa się obturacją oskrzeli, która może powstać w wyniku ich skurczu, pogrubienia ściany lub wypełniania oskrzeli śluzową wydzieliną. Następnie, po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela, powtarza się spirometrię oceniając czy ograniczenie przepływu powietrza przez oskrzela ma charakter utrwalony, typowy dla POChP. Potwierdzenie nieodwracalnej obturacji oskrzeli stanowi podstawowe kryterium rozpoznania POChP.

W momencie potwierdzenia rozpoznania, pulmonolog musi ocenić stopień zaawansowania POChP, czyli stwierdzić jak ciężko chory jest pacjent i jakiego wymaga leczenia.

Całościowa ocena ciężkości POChP obejmuje analizę:

- charakteru i nasilenia objawów choroby oraz ich wpływu na życie codzienne,
- częstości występowania zaostrzeń oraz ryzyka ich nawrotu,
- sposobu leczenia zaostrzeń, zwłaszcza konieczności pobytu w szpitalu,
- stopnia ograniczenia przepływu powietrza w drogach oddechowych w

badaniu spirometrycznym, na podstawie zmierzonej wartości FEV1 (ang. Forced Expiratory Volume in the first second). FEV1 oznacza objętość powietrza, którą pacjent jest wstanie wydmuchać w ciągu pierwszej sekundy natężonego wydechu.

Aby obiektywnie ocenić duszność, czyli główną dolegliwość chorego, lekarz może posłużyć się skalą oceniającą stopień jej nasilenia (skala mMRC). Skala mMRC klasyfikuje duszność od 0 (brak) do 4 (z powodu duszności pacjent nie opuszcza domu lub odczuwa duszność nawet po rozebraniu się). Stopień większy niż 2 wskazuje na duże nasilenie duszności. Kwestionariuszem mierzącym intensywność wszystkich dolegliwości oraz ich wpływ na codzienne funkcjonowanie jest test CAT, który zawiera 8 pytań ocenianych od 0 do 5 punków. Wynik powyżej 10 punktów oznacza duże nasilenie objawów.

W naturalnym przebiegu POChP występują tak zwane zaostrzenia, czyli okresy charakteryzujące się nasileniem objawów choroby ponad zwykłą, codzienną intensywność. Podczas ich trwania pacjent odczuwa zwiększenie duszności, mocniej kaszle oraz odkrztusza większą niż zazwyczaj objętość wydzieliny o zmienionej barwie i konsystencji. Zaostrzenia wymagają intensyfikacji dotychczasowego leczenia wziewnego (zaostrzenie łagodne, najczęściej nadzorowane przez lekarza rodzinnego), rozważenia konieczności włączenia dodatkowych leków przyjmowanych drogą doustną lub rozpoczęcia antybiotykoterapii (zaostrzenie umiarkowane). Często leczenie ambulatoryjne jest niewystarczające i chorzy z zaostrzeniem POChP wymagają przyjęcia do szpitala celem podawania leków dożylnych oraz tlenoterapii (zaostrzenie ciężkie). Wysokie ryzyko wystąpienia zaostrzeń mają pacjenci z ciężką i bardzo ciężką obturacją oskrzeli.

W czasie wizyty lekarskiej, pulmonolog pyta o objawy POChP oraz historię zaostrzeń w przeciągu ostatnich 12 miesięcy. Na podstawie uzyskanych informacji zakwalifikuje pacjenta do następujących grup POChP:

- grupa A: małe nasilenie objawów, małe ryzyko zaostrzeń
  Chorzy w tej grupie mogą na co dzień nie odczuwać objawów POChP, a ostatnim roku mieli maksymalnie jedno zaostrzenie leczone w warunkach domowych.
- grupa B: duże nasilenie objawów, małe ryzyko zaostrzeń
  Chorzy będący w tej kategorii maszerując własnym tempem po płaskim terenie odczuwają konieczność zatrzymania się celem „złapania” oddechu, a zaostrzenia występują nie częściej niż 1 raz w roku.
- grupa C: małe nasilenie objawów, duże ryzyko zaostrzeń
  Chorzy w tej grupie mogą odczuwać łagodne objawy lub dostawać zadyszki idąc szybko po płaskim terenie i w ostatnim roku mieli co najmniej 2 zaostrzenia leczone w warunkach domowych lub 1 wymagające przyjęcia do szpitala.
- grupa D: duże nasilenie objawów, duże ryzyko zaostrzeń
  To kategoria chorych z bardzo nasilonymi objawami choroby wpływającymi na

życie codzienne oraz zwykłą aktywność fizyczną, którzy mają nawracające zaostrzenia, w tym ciężkie, wymagające hospitalizacji.

Na podstawie badania spirometrycznego wyróżniamy następujące stopnie ograniczenia przepływu w drogach oddechowych:

Stopień 1 (GOLD 1): łagodne ograniczenie przepływu powietrza; FEV1 stanowi co najmniej 80% wartości należnej.
Łagodna obturacja najczęściej nie daje nasilonych objawów oraz nie ogranicza codziennego funkcjonowania. Duszność może wystąpić w trakcie znacznego wysiłku fizycznego. Ten stopień choroby najczęściej jest niezauważany przez pacjentów i może trwać latami. Odpowiednio wczesne włączenie leczenia oraz wyeliminowanie czynników ryzyka może wybitnie spowolnić postęp POChP oraz zapewnić dobrą jakość życia.

Stopień 2 (GOLD 2): umiarkowane ograniczenie przepływu powietrza; zmierzona FEV1 mieści się w przedziale 50% – 79% wartości należnej.
Chorzy z umiarkowaną obturacją oskrzeli zgłaszają typowe objawy POChP w postaci kaszlu oraz postępującej duszności wysiłkowej. Zaczynają zauważać, że choroba ma wpływ na ich codzienne życie. Z powodu uczucia braku powietrza muszą np. zatrzymywać się po kilku minutach aktywności fizycznej (np. idąc po płaskim terenie).

Stopień 3 (GOLD 3): ciężkie ograniczenie przepływu powietrza; FEV1 zawiera się w przedziale 30% – 49 % wartości należnej.
Ciężka obturacja oskrzeli sprawia, że tolerancja wysiłku fizycznego jest znacznie ograniczona. Ryzyko wystąpienia zaostrzeń jest podwyższone. Chorzy z obawy przed nasileniem duszności często pozostają w domach. Wykonywanie obowiązków zawodowych i domowych może być znacznie ograniczone.

Stopień 4 (GOLD 4): bardzo ciężkie ograniczenie przepływu powietrza; zmierzona FEV1 wynosi mniej niż 30% wartości należnej.
Jest to schyłkowa faza POChP, której zazwyczaj towarzyszy niewydolność oddechowa wymagająca długoterminowej tlenoterapii w warunkach domowych.

Chorzy odczuwają duszność również w spoczynku a stała pomoc osób bliskich jest niezbędna w codziennym funkcjonowaniu.
POChP jest chorobą przewlekłą. Dzięki odpowiedniemu leczeniu oraz postępowaniu można modyfikować jej przebieg oraz zwolnić postęp. Niestety nie można jej całkowicie wyleczyć.

Leczenie stabilnej postaci POChP, niezależnie od stopnia zaawansowania, opiera się na postępowaniu farmakologicznym (stosowanie leków) oraz niefarmakologicznym (zmiana stylu życia, nawyków, przyzwyczajeń itp.).

Głównymi celami leczenia POChP są:

- zmniejszenie objawów,
- poprawa ogólnego stanu zdrowia
- zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego,
- zapobieganie postępowi choroby,
- zmniejszenie liczby zaostrzeń,
- zmniejszenie umieralności z powodu POChP i jej powikłań.

Podstawową formą leczenia niefarmakologicznego jest wyeliminowanie możliwych czynników ryzyka choroby. Jest to jedyna znana metoda leczenia przyczynowego POChP. Najistotniejszym postępowaniem o udowodnionej skuteczności jest zaprzestanie palenia papierosów. Przerwanie narażenia na dym papierosowy znacznie zwalnia tempo niszczenia oskrzeli i płuc. Przynosi dobre efekty na każdym stopniu zaawansowania POChP.

Schemat leczenia farmakologicznego, czyli objawowego, opartego na lekach wziewnych, jest dostosowywany i modyfikowany w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. W decyzjach leczniczych pulmonolog uwzględnia nie tylko stopień obturacji oskrzeli, ale również częstość zaostrzeń, towarzyszące uczucie duszności oraz wpływ choroby na stan ogólny i jakość życia. Lekarz prowadzący terapię POChP dodatkowo bierze pod uwagę istnienie schorzeń współistniejących, możliwe działania niepożądane stosowanych leków, preferencje samego pacjenta, a także umiejętność korzystania z różnych urządzeń służących do dystrybucji leków do dróg oddechowych.

W leczeniu stabilnej postaci POChP stosuje leki rozszerzające oskrzela tzw. bronchodilatatory (długo oraz ultradługo działające β_2-mimetyki lub leki przeciwcholinergiczne) w połączeniu z wziewnymi glikokortykoidami. Leki bronchodilatacyjne powodują relaksację mięśni ścian oskrzeli i tym samym zwiększają przepływ powietrza w drogach oddechowych. Wziewne glikokortykoidy są zalecane w przypadku wystąpienia zaostrzeń wymagających hospitalizacji, nawracających zaostrzeń (2 lub więcej w przeciągu ostatniego roku), eozynofilii we krwi obwodowej (≥ 300 kom./µl) oraz współistniejącej astmy. Pulmonolog, z zależności od potrzeby, może zalecić przyjmowanie pojedynczego leku lub złożonego, zawierającego dwie lub trzy substancje. Leki wziewne powinny być stosowane regularnie każdego dnia. Brak nasilonych objawów POChP świadczy o dobrej kontroli choroby, a nie o jej ustąpieniu i nie może być powodem zakończenia terapii.

Biorąc pod uwagę postępujący przebieg POChP nie jest możliwe jej całkowite wyleczenie. Częste zaostrzenia istotnie przyśpieszają roczny spadek funkcji płuc oraz

pogarszają jakość życia chorych na POChP. Są również istotnym powodem zwiększonej umieralności chorych.

W celu poprawy wydolności płuc, a co za tym idzie i jakości życia, wszystkim chorym na POChP, niezależenie od stopnia zaawansowania, zaleca się regularną aktywność fizyczną dostosowaną do ich stanu klinicznego. Dodatkowo systematyczna rehabilitacja oddechowa jest istotnym elementem kompleksowej opieki nad pacjentem cierpiącym na przewlekłą chorobę płuc. Rehabilitacja oddechowa ma charakter przede wszystkim ruchowy i składa się z ćwiczeń wytrzymałościowych, siłowych, technik skutecznego kaszlu, relaksacyjnych, i leczenia inhalacjami. Zbilansowana dieta, wsparcie psychologiczne chorych i ich rodzin, psychoterapia i edukacja społeczna wypływają korzystnie na leczenie POChP niezależnie od stopnia zaawansowania.

Regularne szczepienia przeciw grypie, pneumokokom, krztuścowi oraz COVID-19 zmniejszają ryzyko ciężkiego przebiegu choroby i prawdopodobieństwa śmierci. Jest to szczególnie ważne u chorych w starszym wieku oraz z ciężkim POChP, któremu towarzyszy znaczna obturacja oskrzeli i nawracające zaostrzenia.

W zaawansowanej postaci POChP może się rozwinąć przewlekła niewydolność oddechowa, stanowiąca najczęstsze jej powikłanie. Jest to sytuacja, w której układ oddechowy nie jest w stanie zapewnić wystarczającego przenikania tlenu z płuc do krwi, a dwutlenku węgla z krwi do powietrza wydychanego.

W leczeniu przewlekłej niewydolności oddechowej można stosować:

- tlenoterapię długoterminową w warunkach domowych przy użyciu koncentratora tlenu, aby utrzymać ciśnienie tlenu we krwi na odpowiednim poziomie,
- nieinwazyjne przewlekłe domowe leczenie respiratorem, które wspiera właściwą wentylację płuc i pomaga usuwać dwutlenek węgla z krwi i płuc do powietrza atmosferycznego,
- leczenie operacyjne np. usunięcie dużych pęcherzy rozedmowych z płuc,
- przeszczepianie płuc.

W miarę postępu POChP obserwuje się powikłania ze strony innych narządów i układów, które najczęściej wymagają leczenia wielospecjalistycznego.

POChP jest schorzeniem przewlekłym i wymaga bezterminowego stosowania leków wziewnych, nawet w okresach o słabym nasileniu objawów. Edukacja na temat choroby prowadzona przez pracowników służby zdrowia, powinna stanowić podstawowy element w ambulatoryjnej opiece nad chorymi na POChP. Pozwala na zrozumienie jej istoty, rozwija umiejętność lepszego radzenia sobie na co dzień z niewyleczalną chorobą oraz angażuje pacjentów i ich bliskich w proces leczenia.

Piśmiennictwo:
https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/

PODZIEL SIĘ

Materiał wewnętrzny Chiesi

Ostatnia aktualizacja strony 5 stycznia 2024

Właściciel serwisu