POChP, a choroby współistniejące

prof. dr hab. n. med. Damian Tworek

PODZIEL SIĘ

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP) jest jedną z najczęściej występujących chorób układu oddechowego. Szacuje się, że na POChP może chorować nawet 300 mln ludzi na świecie.

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na rozwój POChP jest palenie tytoniu (papierosów, fajek, cygar). Chorzy na POChP, którzy kontynuują palenie, mają bardziej uporczywe objawy choroby, większe ryzyko nagłego pogorszenia nasilenia dolegliwości, szybciej pogarsza się im czynność płuc. Do innych czynników ryzyka zachorowania na POChP należą: zanieczyszczenie powietrza w domu, narażenie na szkodliwe pyły i gazy w środowisku pracy, astma, ciężkie zakażenia układu oddechowego w dzieciństwie, wiek powyżej 40 r.ż. oraz pewne predyspozycje genetyczne.

Ze względu na fakt, że w ponad 90% przypadków POChP jest diagnozowana u palaczy tytoniu, choroba ta często współistnieje z innymi dolegliwościami wywoływanymi narażeniem na dym tytoniowy, które mogą pogarszać przebieg choroby. Dym papierosowy i POChP wywołują uogólnioną reakcję zapalną organizmu, która może prowadzić do zaburzenia prawidłowego funkcjonowania wielu narządów. Do najczęstszych schorzeń, jakie dotykają chorych na POChP należą choroby układu krążenia, takie jak nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca czy choroba niedokrwienna serca. Niezdiagnozowane lub nieprawidłowo leczone mogą one dodatkowo nasilać uczucie braku powietrza i pogorszać tolerancję wysiłku

fizycznego. Z tego powodu wskazana może być konsultacja kardiologiczna i wykonanie takich badań jak EKG, USG serca czy nawet koronarografia, pozwalająca ocenić stan naczyń krwionośnych serca. Kardiologowi należy zawsze zgłosić, że choruje się na POChP, ponieważ niektóre leki stosowane w leczeniu wyżej wspomnianych zaburzeń kardiologicznych mogą prowadzić do skurczu oskrzeli i nasilenia uczucia braku powietrza.

Do innych schorzeń, które częściej występują u chorych na POChP w porównaniu z osobami zdrowymi są cukrzyca, osteroporoza, niewydolność nerek i niedokrwistość. Do rozwoju tych stanów również przyczynia się uogólniony stan zapalny organizmu obserwowany u chorych na POChP.

Ostatnio dużą uwagę przykłada się do zaburzeń lękowych i depresyjnych, które mogą występować u nawet 1/3 chorych na POChP. Łączy się je z gorszą jakością życia, bardziej nasilonymi objawami ze strony układu oddechowego, częstszymi zaostrzeniami POChP. Z tego powodu pacjenci z POChP mogą wymagać pomocy psychologicznej lub nawet specjalistycznej opieki psychiatrycznej.

Szczególną chorobą, która jest wywołana paleniem papierosów i często prowadzi do śmierci jest rak płuca. Szacuje się, że chorzy na POChP mają zwiększone około 8 razy ryzyko zachorowania na raka płuca. Z tego powodu należy zachować szczególną czujność onkologiczną w tej grupie pacjentów. Przyjęło się, że u chorego na POChP raz na rok wykonuje się kontrolne badanie RTG klatki piersiowej. Takie postępowanie zwiększa co prawda prawdopodobieństwo wykrycia raka płuca zanim pojawią się przerzuty do narządów odległych, ale niestety nie zmniejsza śmiertelności z powodu rak płuca. Z tego powodu tak ważne jest, aby pacjenci chorzy na POChP byli wyczuleni na każdą zmianę w charakterze dolegliwości ze strony płuc. Zmiana charakteru kaszlu, np. z suchego na mokry, szczególnie gdy w plwocinie pojawiają się kropelki krwi powinna skłonić do natychmiastowego kontaktu z lekarzem rodzinnym lub pulmonologiem. Niestety, ze względu na upośledzenie czynności płuc u chorych na POChP, nie zawsze jest możliwe leczenie operacyjne wczesnego stadium raka płuca, dające szansę na trwałe wyleczenie.

Warto również wspomnieć o roli aktywności fizycznej w POChP. Liczne badania pokazały, że chorzy na POChP wykazują mniejszą aktywność fizyczną niż osoby zdrowe. Wpływa na to uczucie braku powietrza nasilające się przy wysiłku, osłabienie mięśni i lęk przed napadem duszności wywołanym wysiłkiem fizycznym. Ograniczenie aktywności fizycznej wiąże się ze zwiększonym ryzykiem nagłego nasilenia objawów POChP (zaostrzenia) oraz zwiększonym rykiem śmierci. Badania naukowe wskazują, że ograniczenie aktywności fizycznej jest znacznie bardziej nasilone u tych pacjentów z POChP, u których zdiagnozowano przynajmniej jedną chorobę dodatkową. Z tego powodu aktywność fizyczna jest zalecana u wszystkich chorych na POChP, jako jedno z podstawowych działań niefarmakologicznych. Więcej dowiesz się z poradnika „Ćwiczenia oddechowe”.
Podsumowując, u osób chorujących na POChP często rozpoznaje się choroby współistniejące, które nieleczone mogą negatywnie wpływać na objawy ze strony układu oddechowego.

Piśmiennictwo:

1. https://goldcopd.org
2. Greulich T, Weist BJD, Koczulla AR, Janciauskiene S, Klemmer A, Lux W, Alter P, Vogelmeier CF. Prevalence of comorbidities in COPD patients by disease severity in a German population. Respir Med. 2017 Nov;132:132-138.
3. Barnes PJ, Celli BR. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. Eur Respir J. 2009 May;33(5):1165-85.
1. Boudestein LC, Rutten FH, Cramer MJ, Lammers JW, Hoes AW. The impact of concurrent heart failure on prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Eur J Heart Fail. 2009 Dec;11(12):1182-8.
2. Papaioannou AI, Bartziokas K, Tsikrika S, Karakontaki F, Kastanakis E, Banya W, Haniotou A, Papiris S, Loukides S, Polychronopoulos V, Kostikas K. The impact of depressive symptoms on recovery and outcome of hospitalised COPD exacerbations. Eur Respir J. 2013 Apr;41(4):815-23.
3. Gulea C, Zakeri R, Alderman V, Morgan A, Ross J, Quint JK. Beta-blocker therapy in patients with COPD: a systematic literature review and meta-analysis with multiple treatment comparison. Respir Res. 2021 Feb 23;22(1):64.
4. Mannino DM, Aguayo SM, Petty TL, Redd SC. Low lung function and incident lung cancer in the United States: data From the First National Health and Nutrition Examination Survey follow-up. Arch Intern Med. 2003 Jun 23;163(12):1475-80.
5. Sievi NA, Senn O, Brack T, Brutsche MH, Frey M, Irani S, Leuppi JD, Thurnheer R, Franzen D, Kohler M, Clarenbach CF. Impact of comorbidities on physical activity in COPD. Respirology. 2015 Apr;20(3):413-8.
6. Garcia-Rio F, Rojo B, Casitas R, Lores V, Madero R, Romero D, Galera R, Villasante C. Prognostic value of the objective measurement of daily physical activity in patients with COPD. Chest. 2012 Aug;142(2):338-346.

PODZIEL SIĘ

Materiał wewnętrzny Chiesi

Ostatnia aktualizacja strony 16 lipca 2025

Właściciel serwisu

Chiesi

Certified B Corporation