



**WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
im. św. Rafała w Czerwonej Górze**

18 listopada 2020 - Światowy Dzień Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc, POChP

(ang. Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)

W tym roku już po raz kolejny obchodzimy Światowy Dzień Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc. To międzynarodowe święto zostało ustanowione w 2002 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz Amerykański Narodowy Instytut Serca, Płuc i Krwi (ang. The National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI).

Corocznie w 2. lub 3. środę listopada, obchody tego święta organizowane są przez Światową Inicjatywę Zwalczania POChP (ang. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD) we współpracy ze środowiskami medycznymi oraz organizacjami zrzeszającymi chorych w celu podnoszenia wiedzy zarówno wśród personelu medycznego jak i społeczeństwa na temat metod leczenia, profilaktyki schorzenia a także poprawy jakości życia chorych.

Pomimo coraz lepszej znajomości czynników etiologicznych, metod ich wykrywania oraz możliwości terapeutycznych, przewlekła obturacyjna choroba płuc stanowi nadal ważny problem kliniczny i społeczny.

Definicja Przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)

Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc definiuje się jako trwałe, zwykle postępujące ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, związane z przewlekłą, nasiloną odpowiedzią zapalną drzewa oskrzelowego i płuc na gazy i cząstki w powietrzu.

Epidemiologia

Przewlekła obturacyjna choroba płuc stanowi poważny problem zdrowia publicznego. Jest jedną z najczęściej występujących chorób na świecie. Według szacunków WHO, na POChP choruje ponad 200 mln osób na całym świecie. Większość badań wskazuje na stały i postępujący

wzrost zachorowalności, chorobowości jak i śmiertelności z powodu POChP. Obecnie zajmuje 4 miejsce wśród przyczyn zgonów, a jej znaczenie będzie rosnąć w miarę starzenia się populacji i ciągłego narażenia na czynniki ryzyka zachorowania.

Szacuje się, że około 2 miliony Polaków (czyli co 10 osoba po ukończeniu ok. 30r. życia) choruje na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Choroba częściej pojawia się u mężczyzn niż u kobiet, w zależności 2:1. Ostatnio obserwowana jest redukcja różnicy w częstości występowania choroby pomiędzy obu płciami, która jest zgodna z wyrównywaniem się różnic w rozpowszechnieniu uzależnienia od palenia tytoniu.

POChP jest częstą przyczyną hospitalizacji stanowiąc 3,8% wszystkich przyjęć do szpitala oraz 25% przyjęć spowodowanych chorobami układu oddechowego.

Czynniki ryzyka POChP

Obecny stan wiedzy pozwala podzielić czynniki ryzyka POChP na osobnicze i środowiskowe. Podział ten odzwierciedla współczesne rozumienie patogenezy POChP jako interakcji między tymi dwoma podstawowymi grupami ryzyka.

Wśród nich jako najczęściej występującymi wymienia się:

- palenie papierosów (90% przypadków),
- bierne narażenie na dym tytoniowy,
- predyspozycję rodzinną i osobniczą (np. wrodzony defekt genetyczny - niedobór $\alpha 1$ antytrypsyny),
- rozwój płuc związany z dojrzewaniem płodu w łonie matki, z masą urodzeniową oraz ekspozycją na szkodliwe czynniki w okresie dzieciństwa,
- często występujące infekcje układu oddechowego w dzieciństwie,
- nawracające zakażenia w każdym wieku,
- nadreaktywność dróg oddechowych (spadek parametrów czynnościowych płuc występuje szybciej u palaczy tytoniu z nadreaktywnością oskrzeli niż bez reaktywności),
- narażenie dróg oddechowych na działanie pyłów i gazów (zanieczyszczenie środowiska atmosferycznego oraz wewnątrz pomieszczeń np. poprzez spalanie biomasy mieszanej i różnych form paliw stałych (drewno i węgiel) w celu sporządzania posiłków, ogrzewania w słabo wentylowanych pomieszczeniach),

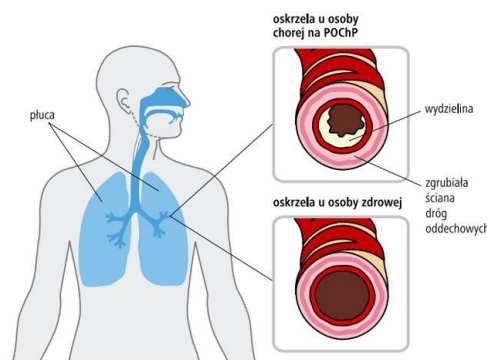
- zanieczyszczenie powietrza w miejscu pracy (para, substancje drażniące, dymy), zwłaszcza w górnictwie, hutnictwie, transporcie, przemyśle drzewnym, papierniczym, włókienniczym, itd.
- niedożywienie,
- niski status społeczno- ekonomiczny.

Czynniki ryzyka POChP mogą występować pojedynczo, ale też w większej ilości.

Patogeneza POChP

Chroniczny proces zapalny oraz wypływająca zeń przewaga proteinaz nad antyproteinazami oraz stres oksydacyjny to powody niszczenia mięszu płuc i nieodwołalnych zmian w obszarze drobnych dróg oddechowych. Destrukcja mięszu płucnego, która redukuje sprężystość płuc oraz zmiany strukturalne w obszarze drobnych dróg oddechowych prowadzące do ich zwężenia, są podstawowymi przyczynami zredukowania przepływu powietrza przez oskrzela podczas wydechu. Na stałe zmiany natury strukturalnej w obszarze obwodowych dróg oddechowych nawarstwiają się elementy o charakterze odwracalnym jak:

- obrzęk,
- hipersekrecja śluzu i skurcz mięśni gładkich, które również będą powodować zwiększenie oporu oskrzelowego oraz utrudnienie przepływu powietrza.



Ryc. Obraz oskrzeli u osoby zdrowej oraz chorej na POChP

Obraz kliniczny oraz diagnostyka POChP

Objawy kliniczne choroby zmieniają się wraz z jej rozwojem oraz stopniem przystosowania się chorego do ograniczeń z niej wynikających.

POChP jest rozpoznawana na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego, badania spirometrycznego wraz z próbą rozkurczową oraz zdjęcia radiologicznego klatki piersiowej. Pomocne w ustalaniu diagnozy jest również badanie gazometryczne krwi, EKG.

POChP trzeba podejrzewać u każdej osoby po 40. roku życia, palącej od szeregu lat papierosy lub wystawionej na środowiskowe zanieczyszczenia powietrza, która kaszle i wykrztusza plwocinę (najczęściej rano). Chory na ogół uskarża się na postępującą z upływem czasu duszność, która w początkowym okresie pojawia się jedynie w trakcie wysiłku. W finalnym okresie choroby oraz w trakcie jej zaostrzeń duszność może być także odczuwana podczas spoczynku. Dość prostą metodą oceny nasilenia duszności jest zmieniona skala duszności według Medical Research Council – mMRC.

W rozwiniętym stadium choroby u pewnego odsetka chorych pojawia się wyniszczenie.

Do zaostrzeń choroby dochodzi przede wszystkim jesienią i zimą. Zaostrzenia charakteryzuje nasilenie duszności i kaszlu z wykrztuszaniem większej niż na ogół objętości plwociny. Podczas zaostrzeń plwocina na ogół zmienia się ze śluzowej na śluzowo-ropną lub ropną. Ponadto mogą pojawić się symptomy prawokomorowej niewydolności krążenia oraz niewydolności oddychania.

W badaniu natury przedmiotowej stwierdza się, przede wszystkim w okresie zaostrzeń, firczenia i świsty.

W miarę rozwoju choroby będą pojawiać się cechy typowe dla rozedmy płuc: wdechowe ustawienie klatki piersiowej (beczkowata klatka piersiowa), bębenkowy odgłos opukowy i redukcja szmeru oddechowego pęcherzykowego.

W zaawansowanym stadium choroby widoczna jest praca dodatkowych mięśni wdechowych, zaciąganie dolnych przestrzeni międzyżebrowych podczas wdechu, wydech przez zwężone usta i sinica centralna. Ponadto mogą pojawiać się zaburzenia neurologiczne i psychiczne związane z niedotlenieniem oraz przewlekłą kwasicą oddechową.

Z czasem choroba prowadzi do znacznego ograniczenia aktywności ruchowej.

POChP- leczenie

POChP leczy się zarówno metodami farmakologicznymi, jak nefarmakologicznymi. Podstawą leczenia farmakologicznego są leki antycholinergiczne - rozszerzające oskrzela, glikokortykosteroidy oraz b2-mimetyki podawane zgodnie ze zleceniem lekarza.

Podstawą leczenia nefarmakologicznego jest niepalenie papierosów, aktywność ruchowa oraz rehabilitacja oddechowa.

W zaawansowanym stadium POChP pacjent może wymagać domowego leczenia tlenem za pomocą koncentratora tlenowego lub hospitalizacji i wdrożenia wentylacji mechanicznej (nieinwazyjnej lub inwazyjnej).

Leczeniem POChP na terenie województwa świętokrzyskiego zajmują się Oddziały Chorób Płuc (m.inn. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Chęcinach) oraz poradnie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (m.inn. Poradnia Chorób Płuc w Kielcach ul. Jagiellońska 72 oraz Przychodnia Przy Szpitalu w Chęcinach ul. Czerwona Góra 10).

Przebieg choroby i rokowanie

Najlepsze wyniki w ograniczaniu postępu choroby osiąga się przy trwałym zaprzestaniu palenia przez pacjenta przed 40. rokiem życia. Jednak nawet chorzy z zaawansowaną obturacją oskrzeli odnoszą korzyści z zaprzestania palenia, ponieważ dochodzi u nich do spowolnienia rocznego spadku FEV1 oraz wydłuża się czas przeżycia.

Kontynuacja palenia tytoniu oraz częste zaostrzenia choroby pogłębiają uszkodzenie dróg oddechowych i tym samym zmniejszają szansę na spowolnienie tempa postępu choroby.

Z czasem choroba prowadzi do znacznego ograniczenia aktywności ruchowej. Z powodu przewlekłego niedotlenienia dochodzi także do zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, pacjent stopniowo izoluje się od społeczeństwa, a jednocześnie staje się coraz bardziej zależny od bliskich, pogarsza się jego jakość życia, a także rokowanie odnośnie czasu przeżycia, co z kolei skutkuje pojawieniem się stanów lękowych i depresji.

Koronawirus SARS-CoV2 a POChP

Osoby z problemami układu oddechowego, w tym chorzy na POChP należą do grupy zwiększonego ryzyka ciężkiego przebiegu choroby COVID-19, wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV2. Ze względu na podeszły wiek (zwykle powyżej 65 r.ż.), obniżoną odporność oraz przewlekłą postać choroby płuc, należy dołożyć wszelkich starań, aby uniknąć zakażenia.

Najskuteczniejszym sposobem pozostania w dobrej kondycji jest:

1. pozostawanie w domu. Jeśli konieczne jest wyjście z domu np. na zakupy czy na spacer z psem to należy wyjść w okresie dnia, kiedy jest najmniejszy ruch. Sklepy należy odwiedzać

w nietypowych porach, najlepiej w godzinach przeznaczonych dla seniorów lub wcześniej rano.

Z bliskimi oraz osobami znajomymi należy się kontaktować telefonicznie lub za pośrednictwem Internetu.

2. zasłanianie ust i nosa масечką ochronną podczas opuszczania mieszkania. Należy pamiętać że nie można nosić tej samej maski przez wiele godzin oraz że należy przestrzegać techniki bezpiecznego jej zdejmowania. Масечки wielorazowego użytku należy prać po każdym powrocie do domu.
3. częste mycie rąk wodą i mydłem oraz dezynfekcja preparatem na bazie alkoholu (zawsze bezpośrednio po powrocie do domu), w sklepach należy nakładać rękawiczki jednorazowe i co ważne – nie dotykać rękami twarzy.
4. Osoby, które stosują domową tlenoterapię powinny zachować szczególną ostrożność i dbać o bezpieczeństwo/ czystość przewodów tlenowych.
5. Zachowanie odległości przynajmniej 2 metrów przy ewentualnych kontaktach z innymi. Należy przy tym: unikać długich, głośnych rozmów, zasłaniać usta i nos chusteczką podczas kaszlu, kichania, ziewania oraz wymagać podobnych zasad od innych. Zużyta chusteczkę natomiast należy natychmiast wyrzucić a następnie umyć lub zdezynfekować ręce.
6. stałe obserwowanie swojego stanu zdrowia. W przypadku wystąpienia nowych, niepokojących objawów – w tym gorączki lub stanu podgorączkowego, nasilenia kaszlu, zwiększenia duszności czy ograniczenia tolerancji wysiłku – należy natychmiast skontaktować się telefonicznie z lekarzem. Aby wyjaśnić przyczynę dolegliwości lekarz może zlecić wykonanie testu na obecność wirusa oraz innych badań.
7. nadal regularne stosowanie zaordynowanych przez lekarza leków, bowiem nie mają one negatywnego wpływu na odporność i nie zwiększają podatności na zakażenie.
8. dbanie o stan psychiczny- odpoczynek i relaks, bowiem stres związany z zagrożeniem negatywnie wpływa na organizm i układ odpornościowy,
9. częste wietrzenie mieszkania,
10. dbanie o dobry sen- co najmniej 7 godzin na dobę,

11. zdrowe odżywianie, dieta bogata w produkty pobudzające układ odpornościowy, np. czosnek, pikantne rośliny, kaszę jaglaną, owoce oraz przyjmowanie większej ilości płynów (jeśli nie ma przeciwwskazań),
12. podtrzymywanie aktywności fizycznej w warunkach własnego mieszkania, bowiem ćwiczenia oddechowe i rozciągające ułatwiają zachowanie sprawności mięśni oddechowych i poprawiają wentylację. Osoby, które korzystają z tlenoterapii domowej muszą stosować tlen w czasie ćwiczeń.

Powikłania POChP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc może prowadzić do ciężkich powikłań, zarówno w układzie oddechowym jak i poza nim, takich jak:

- zatorowość płucna, będąca wynikiem wzmożonej aktywności układu krzepnięcia oraz zwiększonej produkcji czerwonych ciałek krwi tzw. erytrocytów,
- cukrzyca typu 2,
- osteoporoza,
- depresja,
- niedożywienie prowadzące do wyniszczenia,
- nadciśnienie tętnicze,
- choroby kardiologiczne: zaburzenia rytmu serca, przerost mięśnia sercowego, niewydolność serca.

Profilaktyka POChP oraz jej powikłań

Aby uniknąć tak poważnych konsekwencji choroby, zmniejszyć ryzyko zaostrzeń oraz spowolnić jej postęp konieczne jest przestrzeganie zasad profilaktyki.

Podstawą profilaktyki POChP oraz jej powikłań jest:

- abstynencja nikotynowa,
- zmniejszenie szkodliwych wpływów środowiska,
- optymalne leczenie w celu zapobiegania powikłaniom, przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia,
- samoobserwacja, samokontrola choroby oraz wczesna interwencja lekarska w przypadku zaostrzenia objawów choroby,
- aktywność fizyczna oraz rehabilitacja oddechowa,

- dieta z dużą ilością wapnia, witaminy C, potasu i białka (ale nie nabiału, bowiem zwiększa wydzielanie śluzu). Ważne jest też picie sporej ilości płynów niegazowanych. Z jadłospisu wyeliminować należy sól i produkty zwiększające ilość gazów w jelitach (np. rośliny strączkowe, kalafior, cebula, kapusta),
- unikanie sytuacji stresowych,
- poddawanie się szczepieniom ochronnym przeciw grypie oraz zapaleniu płuc.

Obowiązujący w Polsce Program Szczepień Ochronnych (PSO) zabezpiecza przed zakażeniem bakteriami wywołującymi zapalenie płuc (*Streptococcus pneumoniae*). Obecnie do stosowania u dorosłych zarejestrowane są polisacharydowe szczepionki 23-walentne (PPV23) i skoniugowana szczepionka 13-walentna (PCV13). W grupach podwyższonego ryzyka zalecane jest szczepienie jednorazowe.

Również powszechnie dostępna szczepionka na grypę chroni przed zapaleniem płuc spowodowanym zakażeniem wirusem grypy. Szczepionkę przeciw grypie podaje się zwykle od września do października, przed rozpoczęciem każdego sezonu grypowego (corocznie).

Równoczesne podanie szczepionki przeciwko grypie i przeciw pneumokokom jest jedną z najbardziej skutecznych strategii w zwiększaniu działania ochronnego szczepień.

Nie wiesz, czy jesteś w grupie ryzyka zachorowania na POChP?

Wypełnij prosty test i sprawdź, czy jesteś w grupie osób zagrożonych zachorowaniem na POChP.

TAK NIE

Czy dokucza Ci przewlekłe uczucie duszności, szczególnie silne podczas wysiłku fizycznego?

Czy duszności towarzyszy przewlekły kaszel, szczególnie z odpluwaniem wydzieliny?

Czy palisz papierosy lub inne wyroby tytoniowe?

Czy w domu lub pracy jesteś narażony(a) na działanie pyłów, dymów lub innych czynników drażniących drogi oddechowe?

Jeśli masz skończone 40 lat i odpowiedziałeś(aś) TAK na przynajmniej jedno z pytań, możesz być zagrożony POChP.

Wynik testu nie jest diagnozą, w celu jej weryfikacji zgłoś się do lekarza.

Pamiętaj, że POChP można leczyć!

Bibliografia:

1. Mejza F., Postępowanie w POChP. Podsumowanie wytycznych Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) 2020
Na podstawie: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2020 report
https://goldcopd.org/wpcontent/uploads/2019/12/GOLD2020FINALver1.203Dec19_WMV.pdf
2. Paluch M., Jakość życia a sprawność funkcjonalna wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2017, nr 17, s. 9-24
3. Pawłowska K. B., Doboszyńska A., Ocena jakości życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w zależności od stopnia zaawansowania choroby według GOLD, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017, nr 25, s. 168-173
4. Pokorna-Kałwa D., Steciwko A., *Przewlekła obturacyjna choroba płuc w praktyce lekarza rodzinnego*, Terapia, 2012, nr 3, s. 12-17
5. Raport CEESTAHC pt. „Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP)” Kraków 2018, http://www.chiesi.pl/img/download/POCHP_sklad_scalony_FINAL.pdf