



KRONIČNA OBSTRUKTIVNA PLJUČNA BOLEZEN

Katarina Planinec

1. Kako pogosta je kronična obstruktivna pljučna bolezen?

Epidemiološke študije, ki jih izvajajo predvsem razvite države, so pokazale, da ima približno 10 % odraslih (4-7 % odraslih belcev in od 1-3 % odraslih belk) težave s kroničnim kašljem, izkašljevanjem in dokazano obstrukcijo dihalnih poti. Celotno razvite države se zavedajo, da so njihovi epidemiološki podatki nepopolni in da močno podcenjujejo dejansko stanje. Kljub preventivnim naporom naj bi se število bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo v preteklem desetletju podvojilo in pričakovati je, da se bo ta trend v prihodnosti še nadaljeval. Za epidemiološko sliko je značilno tudi naraščanje prevalence kronične obstruktivne pljučne bolezni pri ženskah. Trenutno je 46 % novoodkritih bolnic, vendar gibanja kažejo, da se ta delež povečuje in že skoraj dosega tistega pri moških.

Natančnih epidemioloških podatkov za Slovenijo nimamo, vendar po ocenah zbolijo približno trije odstotki populacije, kar z drugimi besedami pomeni približno 50.000 Slovencev. Med njimi je kakih 15.000 bolnikov, pri katerih je delovanje pljuč že močno okvarjeno. Hudo motnjo dihanja, pri kateri v bolnikovi krvi že primanjkuje kisika, ima približno 1.400 bolnikov, kakih 800 bolnikov pa potrebuje trajno zdravljenje s kisikom na domu.

V ambulantni zdravnik družinske medicine s 2.000 opredeljenimi bolniki je približno 150 bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, približno polovica je neodkritih. Letno je v Sloveniji na zdravljenje v bolnišnico sprejetih 3.000-4.000 bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo.

2. Kaj povzroča nastanek kronične obstruktivne pljučne bolezni?

Vzroki za nenehno naraščanje kronične obstruktivne pljučne bolezni je predvsem v tem, da ljudje še vedno kadijo, kljub protikadilskemu zakonu, od katerega smo si sprva obetali veliko. Zlasti zaskrbljujoče je dejstvo, da med kadilci narašča število žensk in mladih. Vendar pa cigaretni dim nikakor ni edini dejavnik za nastanek kronične obstruktivne pljučne bolezni, kar je ponovno in prepričljivo potrdila obsežna mednarodna epidemiološka raziskava, ki je potekala v 12 raziskovalnih centrih, v katero je bilo vključenih 9.425 oseb. Ugotovili so, da je prevalenca kronične obstruktivne pljučne bolezni pri ljudeh v starosti 40 let ali več, ki niso nikoli kadili cigaret, podobna prevalenci te bolezni pri kadilcih z 0-10 zavojček na leto. Zboli 15-20 % kadilcev. Ni poznano, zakaj večini kadilcev kajenje, kar se tiče obolevanja za kronično obstruktivno pljučno boleznijo, ne škodi.

Nedvomno so za razvoj kronične obstruktivne pljučne bolezni pomembni tudi drugi dejavniki, kot je poklicna izpostavljenost dražljivcem, plinom in param, domača izpostavljenost izgorevanju biomas ter tuberkuloza. Tudi pasivno kajenje je bilo ponovno izkazano kot dejavnik tveganja za kronično obstruktivno pljučno bolezen. Nizka porodna teža in številne okužbe dihal v otroštvu so morda povezane s pogostejšim zbolevanjem za kronično obstruktivno pljučno boleznijo v kasnejših letih. Verjetno vplivajo tudi genetski faktorji. Za sedaj najbolj poznano je prirojeno pomanjkanje alfa-1 antitripsina.



3. *Kako se kronična obstruktivna pljučna bolezen kaže?*

Bolezen se razvija počasi. Bolniki dolga leta pred pojavom zapore dihalnih poti kašljajo in izkašljejejo. Za bolnike je najbolj moteča težka sapa, zaradi česar tudi najpogosteje iščejo zdravniško pomoč. V zelo napredovalih fazah bolezni bolniki živijo z nenehnim občutkom dušenja in pomanjkanja zraka. Zaradi tega so vse manj telesno aktivni in izgubljajo na telesni pripravljenosti, vse bolj je izraženo izgubljanje mišične mase, bolniki so zaskrbljeni, pojavi se depresija, ki stanje še poslabša. Bolniki se vse bolj omejeni, ne morejo več od doma, kar vse bolj vodi tudi v socialno izolacijo.

4. *Kako postavimo diagnozo?*

Pri dolgoletnem kadilcu cigaret mora zdravnik vselej pomisliti na možnost kronične obstruktivne pljučne bolezni. Neredko se kadilci, ki se jim je bolezen pojavila že davno, bolezni ne zavedajo. Zato je potrebno vsakega kadilca aktivno povprašati o simptomih, kot so kašelj, izkašljevanje in zlasti naduha ob telesni obremenitvi. Ob pozitivnih odgovorih je potrebno narediti spirometrijo z bronhodilatacijskim testom. Spirometrija je referenčna metoda/preiskava v diagnostiki bolezni, ki nam prikaže zmogljivost pljuč. Je neboleča in enostavna metoda. Ugotovitev zapore dihal ob negativnem bronhodilatacijskem testu zadošča za delovno diagnozo kronične obstruktivne pljučne bolezni. Zdravnik bo bolnika napotil še na rentgen pljuč in elektrokardiogram, naročil bo tudi osnovne preiskave krvi. Dokončno diagnozo in stopnjo bolezni potrdi pulmolog.

5. *Kako poteka zdravljenje?*

Zdravila izberemo glede na stopnjo bolezni. Cilji zdravljenja so: preprečevanje napredovanja bolezni, odprava in ublažitev simptomov, preprečevanje in zdravljenje poslabšanj, povečanje telesne zmogljivosti, izboljšanje kakovosti življenja in zmanjševanje umrljivosti. Za doseg te ciljev spodbujamo opustitev kajenja, predpisujemo zdravila in vodimo respiratorno rehabilitacijo. Zelo pomembni so vsi ukrepi za zmanjšanje kajenja, bolniki potrebujejo konstruktivno pomoč pri odvajanju od kajenja. Pri tem kombiniramo različne psihološko-edukacijske tehnike z zdravili, kot so nikotinski nadomestki ali (uspešnejši) antidepresivni bupropionom.

Zdravila, s katerimi zdravimo kronično obstruktivno pljučno bolezen, so kratko ali dolgodelujoči bronhodilatatorji, ki širijo dihalne poti. Uporabljamo tudi druga zdravila v obliki pršil, diskov, turbohalerjev ter inhalacijske glukokortikoide same ali v kombinaciji z dolgodelujočimi bronhodilatatorji. Glukokortikoidov, ki jih bolnik zaužije, nikoli ne uporabljamo za vzdrževalno zdravljenje, pač pa le ob poslabšanjih. V zadnji fazi bolezni potrebuje bolnik trajno zdravljenje s kisikom na domu.

Kot pri astmi tudi pri kronični obstruktivni pljučni bolezni delimo zdravljenje na trajno (vzdrževalno) zdravljenje in zdravljenje poslabšanj. Kljub temu, da sta kronična obstruktivna pljučna bolezen in astma dve načeloma povsem različni bolezni, se pri zdravljenju kronične obstruktivne pljučne bolezni poslužujemo istih zdravil, kot jih predpisujemo bolnikom z astmo, vendar pa ta zdravila bolnikom s kronično obstruktivno pljučno boleznijo predpisujemo bistveno drugače kot bolnikom z astmo.



Akutna poslabšanja so bolj pogosta pri napredovalnih oblikah bolezni. Največkrat gre za poslabšanja zaradi virusnih ali bakterijskih okužb, kjer je pogosto potrebno antibiotično zdravljenje. Cepljenje proti gripi in pnevmokokni pljučnici je zato zelo priporočljivo. Pomembna je tudi respiratorna rehabilitacija – dihalne vaje in telesna dejavnost, ker zmanjša število poslabšanj bolezni in izboljša kakovost življenja teh bolnikov.

6. Kako bolezen poteka?

Glede na izid spirometrije delimo kronično obstruktivno pljučno bolezen na štiri stopnje, in sicer: blaga, zmerna, huda in zelo huda. Delitev je pomembna za načrtovanje zdravljenja in drugih ukrepov. Potek bolezni je odvisen od stopnje bolezni. Bolezen je neozdravljiva in lahko njeno napredovanje le upočasnimo, tako da poskušamo ustaviti upadanje pljučne funkcije. Višja stopnja kot je, slabše je za bolnika.

Umrljivost bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo je višja kot umrljivost v splošni populaciji, kar velja tudi za bolnike z blažjo obliko kronične obstruktivne pljučne bolezni. Bolniki s težjo obliko bolezni v povprečju umirajo 4 leta pred osebami primerljive starosti in spola. Ne glede na stopnjo bolezni je preživetje žensk v primerjavi z moškimi boljše, čeprav tudi pri ženskah s hujšo obliko umrljivost narašča. Pričakuje se, da bo kronična obstruktivna pljučna bolezen že v letu 2020 tretji vodilni vzrok smrtnosti v svetu.

Vendar breme bolezni ne predstavljata le umrljivost in zboleznost, bolezen je pomemben vzrok bolniških dopustov ter potrebe po bolnišničnem in ambulantnem zdravljenju.

7. Kako poteka spremljanje bolnika s kronično obstruktivno pljučno boleznijo?

Kako pogoste so kontrole, je odvisno od stopnje bolezni in morebitnih poslabšanj. Potrebna je vsaj kontrolna spirometrija enkrat letno.

8. Kako si lahko pri kronični obstruktivni pljučni bolezni pomagata sami?

Če ste kadilec, lahko največ naredite, če prenehate kaditi. Kronična obstruktivna pljučna bolezen je ena od zelo redkih kroničnih bolezni, pri kateri lahko z zelo enostavnim ukrepom – opustitvijo kajenja – ustavimo napredovanje bolezni. Prenehanje kajenja upočasni (normalizira) upad pljučne funkcije v katerikoli fazi bolezni. Bolnik mora skrbeti tudi za redno telesno dejavnost zaradi vzdrževanja telesne pripravljenosti. Pomembna je tudi zdrava prehrana z visoko vsebnostjo beljakovin.

9. Kako kronična obstruktivna pljučna bolezen vpliva na vaše življenje?

Zlasti v napredovalnih oblikah bolezni slabo vpliva na kakovost bolnikovega življenja. Zaradi težjega dihanja so bolniki omejeni pri delu v službi in doma. V zadnji stopnji, še posebej, če potrebujejo trajno zdravljenje s kisikom na domu, so omejeni zgolj na domače okolje, kar seveda vodi v socialno izolacijo in pogosto v depresijo ... Zadnja leta življenja so tako za bolnika mučna in ponižujoča.



Bolniki so bolj dovzetni za številne okužbe. Pri hudih in zelo hudih oblikah je trikrat letno pričakovati poslabšanje bolezni, specialistično obravnavo, v dveh tretjinah tudi hospitalizacijo. Bolniki so tudi pogostejši obiskovalci v ambulanti družinske medicine, še posebej tisti bolniki s pridruženimi stanji, zlasti s srčno-žilnimi boleznimi. Če so bolniki še zaposleni, je velikokrat potrebna ocena delazmožnosti in ocenitev stopnje invalidnosti, bolnikom s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu pa pripada tudi dodatek za pomoč in postrežbo.

10. Ali in kako lahko nastanek kronične obstruktivne pljučne bolezni preprečite?

Kadar je bolezen posledica kajenja, je bolezen moč preprečiti s pravočasno in popolno opustitvijo kajenja, težje pa jo je preprečiti, če so vzroki drugje.