

Ewa Jassem

Klinika Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku
 Kierownik: dr hab. Ewa Jassem, prof. nadzw.

Opieka paliatywna u chorych na zaawansowaną postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Palliative care in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease

Pneumonol. Alergol. Pol. 2007; 75: 311–312

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z najczęstszych chorób w rozwiniętych krajach i 4. przyczyną zgonów na świecie [1]. W Polsce schorzenie to dotyka około 2 miliony osób.

Postępujący przebieg POChP i zaostrzenia prowadzą u części chorych do utrwalenia objawów, narastających zaburzeń wentylacji i ostatecznie do niewydolności oddechowej oraz serca płucnego. U wielu chorych dochodzi także do upośledzenia czynności innych narządów. Ponadto chorobie z reguły towarzyszą liczne schorzenia dodatkowe [2]. Zaprzestanie palenia tytoniu i właściwe leczenie mogą poprawić stan chorego w każdym stopniu zaawansowania, jednak niewiele osób z cechami niewydolności oddechowej przeżywa 5 lat [3, 4].

Zaawansowana postać POChP charakteryzuje się złą tolerancją wysiłku, przewlekłą dusznością i kaszlem. W wielu przypadkach występuje zespół wyczerpania. Choroba niejednokrotnie uniemożliwia chorym normalne funkcjonowanie w społeczeństwie, zaburza ich rodzinne relacje, prowadzi do utraty pracy i całkowitego uzależnienia od innych — wszystko to wpływa na znaczące pogorszenie jakości życia, narastanie uczucia lęku i depresji [5]. Próby chirurgicznego leczenia (usuwanie pęcherzy rozedmowych lub chirurgiczne zmniejszenie objętości płuc, a w niektórych ośrodkach także przeszczepianie płuc), z powodu ograniczonej dostępności i skuteczności, stosuje się rzadko. Nawet zgodne z najnowszymi standardami stosowanie rehabilitacji oddechowej i domowej tlenoterapii nie zapobiega całkowicie postępowi niewydolności oddechowej i częstym zaostrzeniom [6].

Od kilku lat trwa międzynarodowa dyskusja dotycząca potrzeby objęcia opieką paliatywną chorych na zaawansowane postaci POChP. Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że chorzy ci nie otrzymują właściwego wsparcia psychicznego od lekarzy prowadzących, z którymi na ogół nie mają możliwości omówienia rokowania i scenariuszy terminalnego okresu życia [7]. Można jedynie przypuszczać, że część chorych w końcowej fazie życia wybrałaby raczej właściwą domową opiekę zapewniającą łagodzenie objawów niż szpitalne leczenie zaostrzeń POChP. Tymczasem wyniki obserwacji wskazują, że chory i jego rodzina nie mają poczucia decydowania o własnym losie, a ich psychiczne i duchowe potrzeby pozostają niezaspokojone. Kliniczny obraz i przewidywany czas przeżycia w zaawansowanej POChP przypominają sytuację towarzyszącą nieoperacyjnemu rakowi płuca. Chorzy w obu grupach poza nasiloną dusznością, przewlekłym kaszlem i odkrztuszaniem mają także objawy zespołu wyczerpania, bóle o różnej lokalizacji, występuje u nich utrata apetytu i utrata masy ciała. Wśród chorych, u których doszło do zaostrzenia wymagającego hospitalizacji, tylko około połowa przeżywa rok [8]. Co istotne, w ostatnim miesiącu życia 2/3 chorych na POChP deklaruje, że nie życzyłoby sobie zabiegów resuscytacyjnych, gdyby zaistniała taka konieczność [8]. Brak akceptacji intensywnych metod leczenia w ostatnim okresie życia wskazuje na potrzebę stosowania metod paliatywnych polegających na łagodzeniu dotkliwych objawów choroby, a na ostatnim etapie — na odpowiedniej sedacji.

Adres do korespondencji: Ewa Jassem, Klinika Alergologii, Akademia Medyczna w Gdańsku, ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk, tel./faks: (058) 349 16 25, e-mail: ejassem@amg.gda.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.10.2007 r.
 Copyright © 2007 Via Medica
 ISSN 0867–7077

W Polsce medycyna paliatywna jako odrębna specjalizacja powstała w 1999 roku, a opieką paliatywną i hospicyjną objęci są przede wszystkim chorzy na zaawansowane nowotwory, u których zakończono leczenie przyczynowe. Z kolei dostrzeżę się potrzebę rozszerzenia leczenia paliatywnego na inne grupy przewlekłe i terminalnie chorych [9]. W omówieniu, które znajduje Państwo w bieżącym numerze „Pneumonologii i Alergologii Polskiej” [9], Autorzy podkreślają, że w porównaniu z chorymi na zaawansowane nowotwory, chorzy na zaawansowane postaci POChP umierają znacznie częściej w szpitalu, z reguły intensywnie leczeni, z mechaniczną wentylacją włącznie. Wiele wskazuje, że sytuacja taka nie jest zgodna z oczekiwaniami chorych i ich rodzin [9].

Wydaje się, że w dyskusji na temat celowości objęcia opieką paliatywną chorych na zaawansowane postaci POChP należy wyróżnić kilka aspektów:

1. Możliwości finansowania i organizacyjnego zapewnienia domowej paliatywnej lub hospicyjnej opieki chorym na zaawansowane postaci POChP. Konieczna wydaje się szacunkowa ocena, ilu chorych na POChP wymagałoby opieki paliatywnej w ciągu roku oraz określenie kryteriów kwalifikacji do tej formy leczenia. Wydaje się, że przy obecnym stanie wiedzy nie jest łatwo wyodrębnić czynniki pozwalające na przewidywanie rokowania u chorych w tej grupie, jednak w niektórych krajach stosuje się z powodzeniem takie kryteria [10].
2. Ocenę skuteczności działań paliatywnych u chorych na POChP, w tym leczenia duszności i przewlekłego kaszlu za pomocą preparatów morfiny. Obecnie obowiązujące standardy nie określają jednoznacznie roli opioidów w leczeniu POChP.

3. Ocenę oczekiwań chorych i ich rodzin (w Polsce) dotyczących opieki w końcowym okresie POChP.
4. Ocenę potrzeb psychologicznych i duchowych chorych na zaawansowane postaci POChP w Polsce. Określenie składu zespołów opieki domowej lub hospicyjnej niezbędnego do realizacji pełnego zakresu opieki hospicyjnej.
5. Ocenę wpływu opieki paliatywnej na jakość życia chorych i ich rodzin w Polsce.

Podsumowując, wydaje się, że wskazane byłoby utworzenie roboczej grupy składającej się z pneumonologów i lekarzy medycyny paliatywnej w celu określenia podstawowych zasad prowadzenia opieki paliatywnej u chorych na zaawansowane postaci POChP w Polsce.

Piśmiennictwo

1. Murray C.J.L., Lopez A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498–1504.
2. Soriano J.B., Visick G.T., Muellerova H. i wsp. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in the primary care. *Chest* 2005; 128: 2099–2107.
3. Budweiser S., Jorres R.A., Redl T. i wsp. Predictors of survival in COPD patients with chronic hypercapnic respiratory failure receiving noninvasive home ventilation. *Chest* 2007; 131: 1650–1658.
4. Soler-Cataluna J.J., Martinez-Garcia M.A., Roman Sanchez P. i wsp. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005; 60: 925–931.
5. Ng T.P., Niti M., Tan W.C. i wsp. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch. Intern. Med.* 2007; 167: 60–67.
6. www.goldcopd.com
7. Curtis J.R., Engelberg R.A., Nielsen E.L. i wsp. Patient-physician communication about end-of-the life care for patients with severe COPD. *Eur. Respir. J.* 2007; 24: 200–205.
8. Lynn J., Ely E.W., Hong Z. i wsp. Living and dying with chronic obstructive pulmonary disease. 2007; 48 (supl. 5): 91–100.
9. Modlińska A., Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M. Opieka paliatywna w obturacyjnej przewlekłej chorobie płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007; 75: 383–388.
10. Rocker G.M., Sinuff T., Horton R., Hernandez P. Advanced chronic obstructive pulmonary disease: Innovative approaches to palliation. *J. Palliat. Med.* 2007; 10: 783–797.