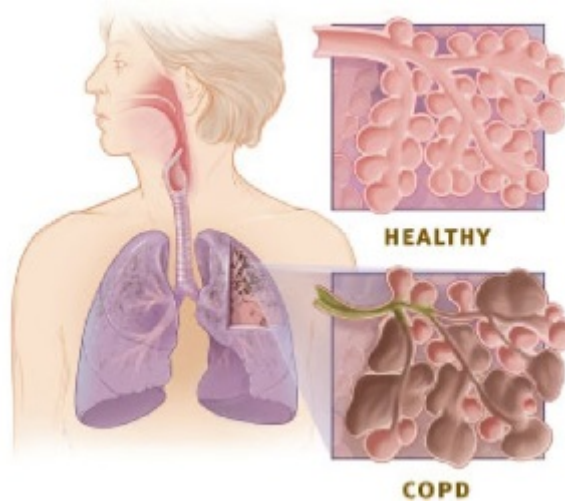


Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια: Αίτια και Θεραπεία (Ευαγγελία Κοντάκη, Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος)

/ [Πεμπτούσια· Ορθοδοξία-Πολιτισμός-Επιστήμες](#)



[Προηγούμενη δημοσίευση: <http://www.pemptousia.gr/?p=26206>]

Υπάρχει κάποιος βέβαιος γενετικός, μοριακός παράγοντας, η έλλειψη της α_1 -αντιθρυψίνης, όχι συχνό εύρημα, που καθιστά το κάπνισμα βεβαιότατο παράγοντα κινδύνου. Γι αυτό καλό είναι όλοι οι καπνιστές να το λάβουν σοβαρά υπόψη τους και να κάνουν έλεγχο (βλ. Πίνακα 2), ώστε να προφυλάξουν τους εαυτούς τους από βέβαιο κίνδυνο.

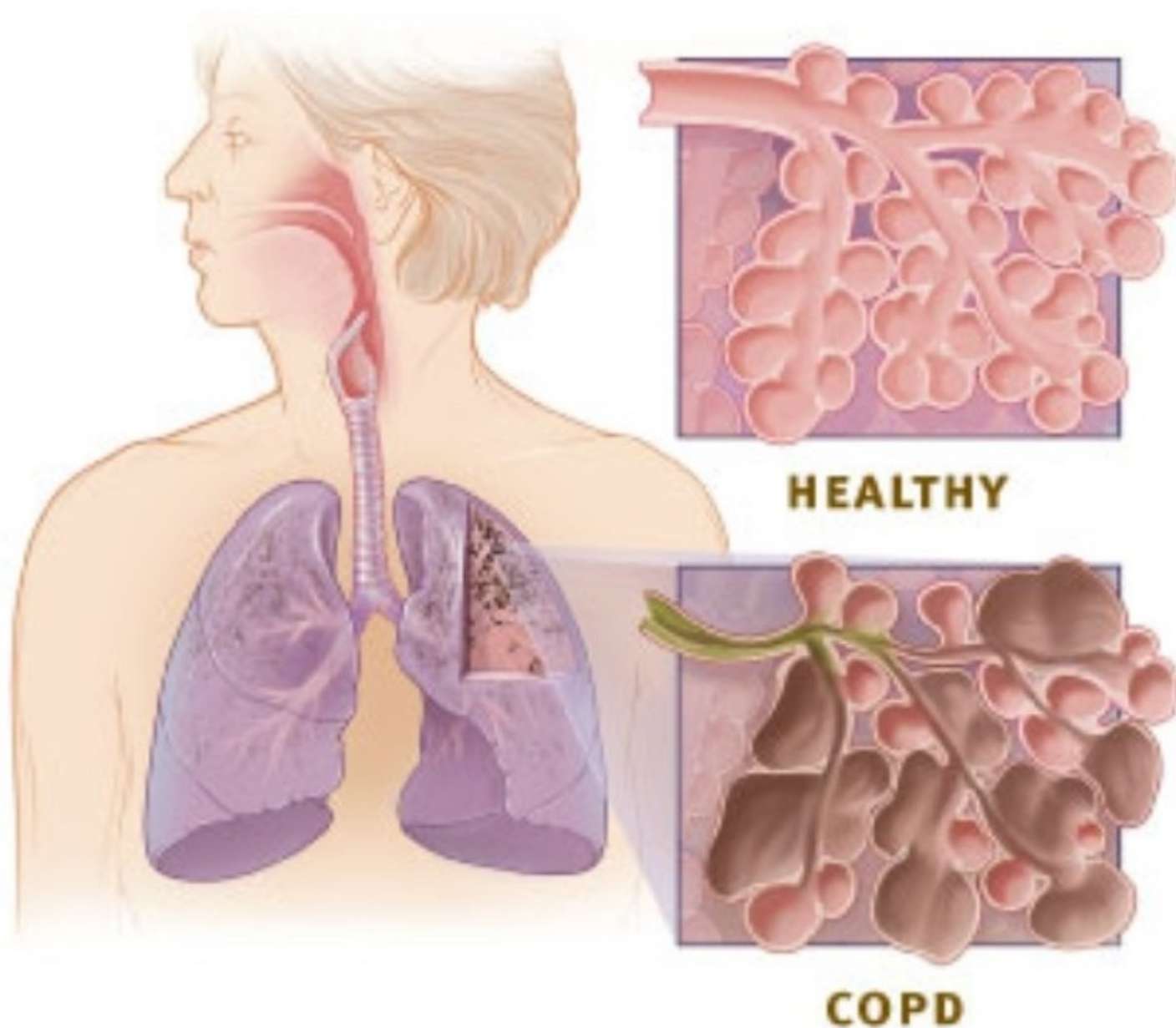
Πίνακας 2

Έλεγχο α_1 -αντιθρυψίνης πρέπει να κάνουν:

- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό έλλειψης α_1 -αντιθρυψίνης
- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό ΧΑΠ σε ηλικία <40 ετών
- Ασθενείς με ΧΑΠ πρώιμης έναρξης, σε ηλικία < 40 ετών
- Ασθενείς με ΧΑΠ, μη καπνιστές
- Ασθενείς με εμφύσημα κυρίως στους κάτω λοβούς
- Νεαροί ασθματικοί που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία.

Ωστόσο, όλοι οι καπνιστές, με ΧΑΠ ή χωρίς ΧΑΠ έχουν μεγαλύτερη ετήσια έκπτωση της FEV_1 και εμφανίζουν συχνότερα αναπνευστικά συμπτώματα και

διαταραχές στη λειτουργία των πνευμόνων, καθώς επίσης οι καπνιστές με ΧΑΠ παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνητότητα από τους μη καπνιστές με ΧΑΠ. Λέγοντας κάπνισμα δεν αναφερόμαστε μόνον στα τσιγάρα, αλλά και στον καπνό και στα πούρα, οι δε καπνιστές αυτών έχουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνητότητα από τους καπνιστές τσιγάρων.



Πηγή: *wikimedia commons*

Μολονότι το **παθητικό κάπνισμα** δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου ΧΑΠ στους ενήλικες, η έκθεση των παιδιών στον καπνό, καθώς και το κάπνισμα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα ανάπτυξης ΧΑΠ.

Άλλοι παράγοντες κινδύνου, λοιπόν, στον **επαγγελματικό χώρο**:

Διάφορα εισπνεόμενα, όπως σκόνη οργανικές κυρίως, π.χ. βαμβάκι, μαλλί,

διάφοροι σπόροι, ή ανόργανες χημικές ουσίες και καπνοί που ευρίσκονται σε επαγγελματικά περιβάλλοντα ευθύνονται σε ποσοστό 10-20% για την ΧΑΠ. Συχνότερα και σχεδόν κατά κανόνα

Στον **οικιακό χώρο** (οικιακή περιβαλλοντική επιβάρυνση):

Σωματίδια από βιολογικά καύσιμα και κάρβουνα για την θέρμανση, ή την μαγειρική (συμβαίνει κυρίως σε υπό ανάπτυξη χώρες) σε κακώς αεριζόμενους χώρους αποτελούν σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου, από το SO₂ και άλλους σωματιδιακούς ρύπους από την εξάτμιση οχημάτων, ακόμη και στις πυκνοκατοικημένες πόλεις με πολλά οχήματα.

Στον **περιβαλλοντικό χώρο**:

Ο ρόλος της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, που συναντάται σε μεγάλες πόλεις από την εξάτμιση των οχημάτων, δεν είναι σαφής και οι μελέτες δεν είναι μέχρι στιγμής επαρκείς. Το βέβαιο είναι, ότι οι ρύποι αυτοί είναι βλαβεροί στους πάσχοντες ήδη από καρδιακά ή αναπνευστικά νοσήματα.

Άλλα αίτια:

Λοιμώξεις του αναπνευστικού, ιογενείς ή μικροβιακές στην παιδική ηλικία μπορεί να αποτελούν έναν άλλο παράγοντα κινδύνου. Σε άτομα που νοσούν από AIDS φαίνεται να επιδεινώνεται με γρήγορο ρυθμό το εμφύσημα που μπορεί να έχουν λόγω καπνίσματος.

Υπεραντιδραστικότητα των βρόγχων, ή *άσθμα* μπορεί επίσης να αποτελούν παράγοντα κινδύνου, όπως προκύπτει από κάποιες μελέτες

Επίσης *η ατοπία*, *η ανεπάρκεια αντιοξειδωτικών* πχ *βιταμινών C και E* (υπάρχει η θεωρία ότι στην παθογένεση της ΧΑΠ οφείλεται στην ανισορροπία μεταξύ οξειδωτικών και αντιοξειδωτικών ουσιών) υπάρχουν ενδείξεις ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη ΧΑΠ.

Διαφορική διάγνωση: από άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, βρογχεκτασίες.

Θεραπεία

Η μόνιμη παθολογοανατομική βλάβη, που έχει ήδη γίνει δεν θεραπεύεται. Ο στόχος της θεραπείας είναι να βελτιώσει την απόφραξη της ροής (που είναι κατά τον ορισμό μερικώς αναστρέψιμη) και ως εκ τούτου να εξαλείψει ή να βελτιώσει τα συμπτώματα, αναλόγως του σταδίου της νόσου. Επίσης να προφυλάξει από τις εξάρσεις.

Τα φάρμακα που έχουμε στη φαρέτρα μας, είναι τα βρογχοδιασταλτικά, που στις ημέρες μας είναι αρκετά, ευτυχώς και δυστυχώς, καθώς και τα κορτικοειδή (κορτιζονούχα). Βρογχοδιασταλτικά είναι οι B_2 διεγέρτες, τα αντιχολινεργικά και, κλασικά, τα θεοφυλλινούχα. Πρώτης γραμμής είναι οι B_2 διεγέρτες σε μορφή εισπνεομένων (inhalers) και τα αντιχολινεργικά κυρίως το *τιοτρόπιο*, επίσης εισπνεόμενο, και προστίθενται σε κάποιες περιπτώσεις η θεοφυλλίνη.

Τα κορτιζονούχα χορηγούνται συμπληρωματικά της σταθερής αγωγής, κυρίως στη μορφή των εισπνεομένων, για καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων και στις εξάρσεις της νόσου. Από το στόμα, ή παρεντερικά (δηλαδή ενέσιμα) χρησιμοποιούνται σε βαριά ΧΑΠ και σε σοβαρές εξάρσεις. Τέλος, όταν υπάρχει αναπνευστική ανεπάρκεια, επιβάλλεται η οξυγονοθεραπεία κατ' οίκον.

Μεγάλο ρόλο στην εξέλιξη της νόσου έχει και η *πρόληψη των εξάρσεων*, που επιτυγχάνονται με **εμβολιασμό** κατά της γρίπης, η **συμμόρφωση** στην καθημερινή αγωγή καθώς επίσης και η καλή και συστηματική αποβολή (**παροχέτευση**) των εκκρίσεων (πτυέλων) και για τον λόγο αυτό συνιστώνται φυσικοθεραπευτικοί χειρισμοί και βλεννολυτικοί παράγοντες, όπως ακετυλοκυστεΐνη. Σε όλους συνιστάται ο **εμβολιασμός κατά του πνευμονιοκόκκου**, που γίνεται μια φορά κάθε πέντε χρόνια.

Σημαντικό ρόλο έχει και η *πρόληψη της νόσου*. Με πρώτο και κύριο τη διακοπή του καπνίσματος! Αλλά και όταν υπάρχει ήδη ΧΑΠ, η διακοπή βοηθάει στην μη εξέλιξη της νόσου και στην ελάττωση των εξάρσεων, σε κάποιες περιπτώσεις και στην μείωση της αγωγής.