

J. Bousquet¹, R. Dahl², N. Khaltaev³

¹Hôpital Arnaude de Villeneuve, CHU Montpellier, Montpellier, Francja

²Aarhus University Hospital, Aarhus, Dania

³Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Genewa, Szwajcaria

Światowy Sojusz przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego

Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases

Przedrukowano za zgodą z: *European Respiratory Journal* 2007; 29: 233–239

Abstract

Hundreds of millions of people of all ages suffer from chronic respiratory diseases which include asthma and respiratory allergies, chronic obstructive pulmonary disease, occupational lung diseases and pulmonary hypertension. More than 500 million patients live in developing countries or in deprived populations. Chronic respiratory diseases are increasing in prevalence. Although the cost of inaction is clear and unacceptable, chronic respiratory diseases and their risk factors receive insufficient attention from the healthcare community, government officials, media, patients and families. The Fifty-Third World Health Assembly recognised the enormous human suffering caused by chronic diseases and requested the World Health Organization (WHO) Director General to give priority to the prevention and control of chronic diseases, with special emphasis on developing countries. This led to the formation of the WHO Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD). GARD is a voluntary alliance of organisations, institutions and agencies working towards a common vision to improve global lung health according to local needs. GARD is developed in a stepwise approach using the following three planning steps: estimate population need and advocate action; formulate and adopt policy; and identify policy implementation steps.

Key words: asthma, chronic obstructive pulmonary disease, chronic respiratory diseases, World Health Organization

Pneumonol. Alergol. Pol. 2008; 76: 160–169

Na całym świecie setki milionów ludzi w różnym wieku cierpi z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, w tym astmy i alergii wziewnych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zawodowych schorzeń płuc oraz nadciśnienia płucnego. Ponad 500 milionów chorych żyje w krajach rozwijających się lub należy do grup o niskim statusie społecznym. Zapadalność na przewlekłe choroby układu oddechowego wciąż wzrasta. Brak aktywnych działań w tej dziedzinie pociąga za sobą ogromne koszty i nie powinien być akceptowany. Jednak zainteresowanie przewlekłymi schorzeniami dróg oddechowych i ich czynnikami ryzyka, zarówno wśród środowisk medycznych, rządzących, mediów, jak i samych pacjentów oraz ich rodzin, jest niedostateczne. Dlatego 53. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA, *World Health Assembly*) zwróciło się do Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) o nadanie priorytetu działaniom w zakresie profilaktyki i kontroli przewlekłych schorzeń, szczególnie w krajach rozwijających się. W odpowiedzi na ten apel WHO utworzyło Światowy Sojusz przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego (GARD, *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*). Jest to w pełni dobrowolny sojusz organizacji, instytucji i agencji aktywnie dążących do realizacji wspólnego celu, jakim jest poprawa stanu zdrowia w zakresie chorób płuc na świecie poprzez działania dostosowane do lokalnych potrzeb. Aktywność GARD jest sukcesywnie rozwijana w 3 etapach: poprzez ocenę potrzeb danej populacji i poparcie inicjatyw lokalnych; sformułowanie i przyjęcie odpowiedniej polityki zdrowotnej oraz ustalenie zasad wprowadzenia tej polityki w życie.

Słowa kluczowe: astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przewlekłe choroby układu oddechowego, Światowa Organizacja Zdrowia

Pneumonol. Alergol. Pol. 2008; 76: 160–169

Adres do korespondencji: N. Khaltaev, World Health Organization, 20 Avenue Appia, CH–1211 Geneva 27, Switzerland
faks: 41 22 79 14 766, e-mail: khaltaevn@who.ch

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.05.2008 r.
Copyright © 2008 Via Medica
ISSN 0867–7077

Wstęp

W miarę poprawy stanu zdrowia ludzkości zmniejsza się śmiertelność związana z chorobami zakaźnymi i coraz więcej osób żyje dostatecznie długo, by przewlekle chorować [1].

Szacuje się, że całkowita liczba zgonów na świecie w roku 2005 wyniosła 58 milionów. Aż 35 milionów osób zmarło w przebiegu chorób przewlekłych, 2-krotnie przewyższając łączną liczbę zgonów z powodu chorób zakaźnych (włączając ludzki wirus niedoboru odporności [HIV, *human immunodeficiency virus*]/zespół nabytego niedoboru immunologicznego [AIDS, *acquired immunodeficiency syndrome*], gruźlicę i malarię), powikłań ciąży i okołoporodowych oraz niedoborów pokarmowych (ryc. 1) [2].

Wprawdzie w ciągu kolejnych 10–20 lat choroby zakaźne nadal będą dominującym problemem zdrowotnym krajów o niskim dochodzie narodowym, jednak należy oczekiwać, że epidemia chorób przewlekłych rozwinie się w przyszłości we wszystkich krajach, również rozwijających się [3–5].

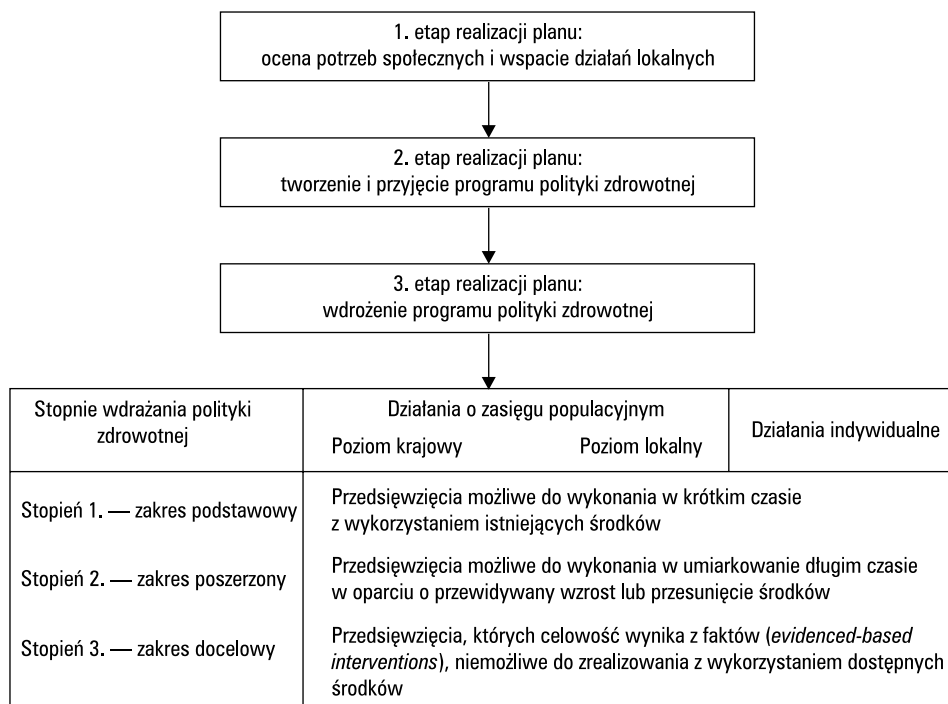
Przewlekłe choroby układu oddechowego i ich znaczenie społeczne

Przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD, *chronic respiratory diseases*) stanowią znaczącą grupę poważnych schorzeń dróg oddechowych i innych struktur układu oddechowego.

Najpowszechniej występujące przewlekłe choroby układu oddechowego wymieniono w tabeli 1. Przewlekłe choroby układu oddechowego stanowią poważny problem w zakresie zdrowia publicznego na całym świecie, jednak szczególnie w krajach rozwijających się i wśród ludności o niskim statusie społecznym.

Na całym świecie wiele milionów ludzi w różnym wieku jest dotkniętych przewlekłymi chorobami układu oddechowego, którym można już zapobiegać. Możliwe jest zapobieganie rozwojowi astmy i alergii wziewnych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHp), zawodowych chorób płuc oraz nadciśnienia płucnego (tab. 2). Ponad połowa tych chorych to osoby o niskim statusie społecznym lub mieszkańcy krajów rozwijających się. Wzrost zapadalności na przewlekłe choroby płuc jest na świecie powszechny, jednak dotyczy zwłaszcza dzieci i osób w podeszłym wieku.

Przewlekłe choroby układu oddechowego, którym można zapobiegać, w istotny sposób wpływają na jakość życia i poziom sprawności dotkniętych nimi osób. Są przyczyną wielu przedwczesnych zgonów, wywierają istotny — niekorzystny i niedoceniany — wpływ na status ekonomiczny rodzin pacjentów, społeczności i całych społeczeństw. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) oraz Bank Światowy oszacowały, że w 2005 roku zmarło przedwcześnie 4,6 miliona pacjentów z przewlekły-



Rycina 1. Etapy realizacji ramowego programu GARD

Figure 1. The stepwise framework

Tabela 1. Najczęstsze przewlekłe choroby układu oddechowego**Table 1. Common chronic respiratory diseases**

Choroba	ICD-10
Astma oskrzelowa	J45–46
Rozstrzenie oskrzeli	A15–16*, J44, J47, Q32–33
Przewlekłe obturacyjne choroby płuc, włączając POChP, zapalenie oskrzeli i rozedmę	J40–47
Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych	J32–33
Alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych	J66–67
Rak płuca oraz nowotwory układu oddechowego i śródpiersia	C30–39
Włóknienie płuc	A15–16*, J62–63, J70, P27
Przewlekłe choroby opłucnej	C38, C45, D38, J61, J92
Pylica płuc	A15–16*, J60–65
Eozynofilia płucna	J82
Zespół sercowo-płucny oraz choroby krążenia płucnego, włączając zatorowość płucną, nadciśnienie płucne i serce płucne	I26–28
Nieżyt nosa	J30–31, J45
Sarkoidoza	D86
Obturacyjny bezdech podczas snu	G47

ICD (*International Classification of Disease*) — Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób; POChP — przewlekła obturacyjna choroba płuc; *dotyczy pacjentów chorych na gruźlicę. Dane zaczerpnięto z [20]

Tabela 2. Szacunkowa liczba osób z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego skutecznie poddającymi się profilaktyce**Table 2. Estimates for the prevalence of preventable chronic respiratory diseases (CRD)**

Choroba	Rok	Chorobowość	[Piśmiennictwo]
Astma	2004	300 mln	[21]
POChP	2000	80 mln	[22]
Alergiczny nieżyt nosa	2006	400 mln	[23–27]
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego	2006	> 50 mln	[22, 28–34]
Obturacyjny bezdech podczas snu		> 100 mln	[35–38]

POChP — przewlekła obturacyjna choroba płuc

mi chorobami układu oddechowego. Prognozowany jest również istotny wzrost globalnego obciążenia tymi schorzeniami. Znaczącą część tych chorób można jednak kontrolować przez ich odpowiednie leczenie, zarówno w krajach rozwiniętych [6], rozwijających się [7, 8], jak i wśród grup o niskim statusie społecznym [9, 10]. Udowodniono, że takie postępowanie jest również opłacalne ekonomicznie.

Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka przewlekłych chorób układu oddechowego, zaproponowano także skuteczne działania profilaktyczne (tab. 3). Palenie tytoniu jest ich główną przyczyną, zarówno w krajach lepiej, jak i gorzej rozwiniętych, podobnie jak zanieczyszczenie powietrza w mieszkaniach (zwłaszcza w krajach rozwijających się), alergen, czynniki zawodowe, niektóre schorzenia (schistosomatoza czy niedokrwistość

sierpowatokrwinkowa), jak również przebywanie na dużej wysokości nad poziomem morza. Przeciwdziałanie tym czynnikom znacząco wpływa na chorobowość i śmiertelność.

Niestety, zarówno służba zdrowia, jak i rządzący, media, a także sami pacjenci oraz ich rodziny zbyt mało uwagi poświęcają problematyce związanej z czynnikami ryzyka i zapobieganiem przewlekłym chorobom układu oddechowego. Nadal są one w niedostatecznym stopniu poznane, diagnozowane i leczone. Nie zapobiega się im z odpowiednim skutkiem.

Świadome skali problemu 53. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA, *World Health Assembly*) zwróciło się do Dyrektora Generalnego WHO z prośbą o nadanie szczególnego priorytetu działaniom w zakresie profilaktyki i kontroli przewlekłych schorzeń, zwłaszcza prowadzonym w kra-

Tabela 3. Główne czynniki ryzyka przewlekłych chorób układu oddechowego**Table 3. Major risk factors for chronic respiratory diseases**

Palenie tytoniu jest głównym zagrożeniem w krajach rozwiniętych i rozwijających się [39]

Bierne palenie tytoniu zawsze jest bardziej szkodliwe [40]

Zanieczyszczenia powietrza w pomieszczeniach mieszkalnych, zwłaszcza pochodzące ze spalania substancji biologicznych używanych jako opał, to niedoceniany czynnik ryzyka w krajach rozwijających się [22, 41]

Zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego: globalna perspektywa ograniczenia ich emisji [42]

Alergeny: nie tylko w krajach rozwiniętych

Narażenie na zawodowe czynniki ryzyka jest powszechne — szczególnie wysokie w krajach rozwijających się [43]

Dieta i żywienie prawdopodobnie są ważne

Poinfekcyjne przewlekłe choroby układu oddechowego również są istotne

jach rozwijających się i w społecznościach o niskim statusie. Światowe Zgromadzenie Zdrowia wnioskowało także o podjęcie współpracy z szeroko rozumianą społecznością międzynarodową w celu uruchomienia dostępnych zasobów, tworzenia grup nacisku oraz nowych możliwości rozwoju i współpracy. Powstaniu i koordynacji działań zmierzających do poprawy nadzoru epidemiologicznego, diagnozowania, prewencji i leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego były poświęcone 4 kolejne spotkania konsultacyjne WHO zakończone powstaniem Światowego Sojuszu Przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego, w skrócie GARD (*Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*) [11–15].

Strategia GARD

Światowy Sojusz Przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego jest w pełni dobrowolnym sojuszem organizacji, instytucji i agencji aktywnie dążących do realizacji wspólnego celu, jakim jest poprawa stanu zdrowia w zakresie chorób układu oddechowego na świecie, głównie poprzez działania dostosowane do lokalnych potrzeb. Celem tych działań jest świat, w którym wszyscy ludzie mogą oddychać bez przeszkód, innymi słowy — swobodny oddech dla każdego. Misją GARD jest tworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju konsekwentnych i adekwatnych działań na poziomie jednostki, lokalnej społeczności, społeczeństwa i świata. Główny cel GARD to ograniczenie obciążenia, jakim dla ludzkości są przewlekłe choroby układu oddechowego.

Zadania

Do nadrzędnych zadań GARD należą: 1) opracowanie standardowych procedur pozyskiwania wiarygodnych danych na temat przewle-

kłych chorób układu oddechowego i czynników ryzyka; 2) zachęcanie państw to wprowadzania polityki promującej zdrowie i zapobieganie przewlekłym chorobom układu oddechowego; 3) tworzenie zaleceń uwzględniających proste i finansowo dostępne strategie leczenia tych chorób.

Priorytety zdrowotne, geograficznie zróżnicowana chorobowość dla poszczególnych postaci przewlekłych chorób układu oddechowego i czynników ryzyka, a także odmienne systemy opieki zdrowotnej oraz zróżnicowany dostęp do usług medycznych i leczenia w poszczególnych krajach wymuszają konieczność dostosowywania zaleceń GARD do konkretnych społeczności.

Podejście do problemu

Celem GARD jest wypracowanie kompleksowego podejścia do problematyki przewlekłych chorób układu oddechowego, z uwzględnieniem podobieństw między poszczególnymi schorzeniami i wypracowaniem zintegrowanego, stopniowanego programu zapobiegania przewlekłym chorobom układu oddechowego oraz schorzeniami z nimi współistniejącym i ich leczenia.

Sojusz GARD koncentruje się na potrzebach krajów rozwijających się i grup o niższym statusie społecznym, w szczególności sprzyja realizacji inicjatyw lokalnych — najlepiej dopasowanych do miejscowej specyfiki.

Wartość dodana

Sojusz GARD będzie działał na rzecz poprawy koordynacji istniejących programów rządowych i pozarządowych, aby uniknąć ich powielania i trwonienia dostępnych zasobów. Dzięki temu powiększone zasoby ludzkie i finansowe, jak również wsparcie specjalistyczne będą efektywnie rozdzielane między organizacje uczestniczące w GARD, stosownie do ich potrzeb.

Wytyczne dostosowane do lokalnej specyfiki: czynników ryzyka i najczęstszych postaci przewlekłych chorób układu oddechowego, priorytetów i organizacji opieki zdrowotnej

Kraje rozwijające się

W strategii GARD zwraca się szczególną uwagę na potrzeby krajów rozwijających się, w których duża częstość przewlekłych chorób układu oddechowego jest dodatkowo potęgowana przez choroby zakaźne (włączając HIV/AIDS). W większości tych państw opieka zdrowotna koncentruje się na leczeniu chorób zakaźnych i urazów. Natomiast baza diagnostyczna i terapeutyczna dla przewlekłych chorób układu oddechowego nie istnieje lub też ma niski priorytet w programach zdrowia publicznego.

W większości krajów rozwijających się dane dotyczące czynników ryzyka, występowania i metod kontroli przewlekłych chorób układu oddechowego są niewystarczające lub nie ma ich w ogóle. W konsekwencji brakuje również wiedzy na temat ich faktycznego wpływu na funkcjonowanie opieki zdrowotnej i społeczeństwo. Nie istnieją lub też nie są dostatecznie rozwijane programy zapobiegania tym chorobom, czy też działania na rzecz promocji zdrowia, mimo że narażenie na czynniki ryzyka jest wysokie, zwłaszcza zanieczyszczenie powietrza w pomieszczeniach zamkniętych, co jest wynikiem stosowania substancji biologicznych jako opału i rozpowszechnienia nałogu palenia tytoniu.

Systemy monitorowania i rozpoznawania zawodowych przewlekłych chorób płuc w krajach rozwijających się są zazwyczaj słabo zorganizowane, a faktyczna zapadalność na te choroby — nieznaną.

Niedostateczne rozpoznawanie i leczenie większości przypadków astmy oskrzelowej (zwłaszcza u dzieci) jest przyczyną dużej chorobowości i znaczącej umieralności z powodu tej choroby. Rzeczywisty zakres występowania POChP jest także nieznanym, choć szacunkowe dane są (bardzo) wysokie. W przypadku obu chorób terapia sprowadza się przede wszystkim do leczenia zaostrzeń, zamiast ich profilaktyki i stałej opieki nad pacjentem.

Pewne czynniki ryzyka występujące dodatkowo w niektórych krajach, na przykład wysokość nad poziomem morza, choroby pasożytnicze, niedokrwistość sierpowatokrwinkowa, są odpowiedzialne za rozwój rzadkich postaci przewlekłych chorób układu oddechowego.

W większości krajów rozwijających się podstawowe badania diagnostyczne, takie jak spirometria niezbędna do rozpoznania i oceny zaawansowania przewlekłych chorób płuc, nie są powszechnie dostępne. Prowadzi to do błędów w diagnostyce i ocenie stopnia ciężkości schorzeń układu od-

dechowego. Również podstawowe leki stosowane w terapii tych chorób są zbyt drogie lub całkowicie niedostępne.

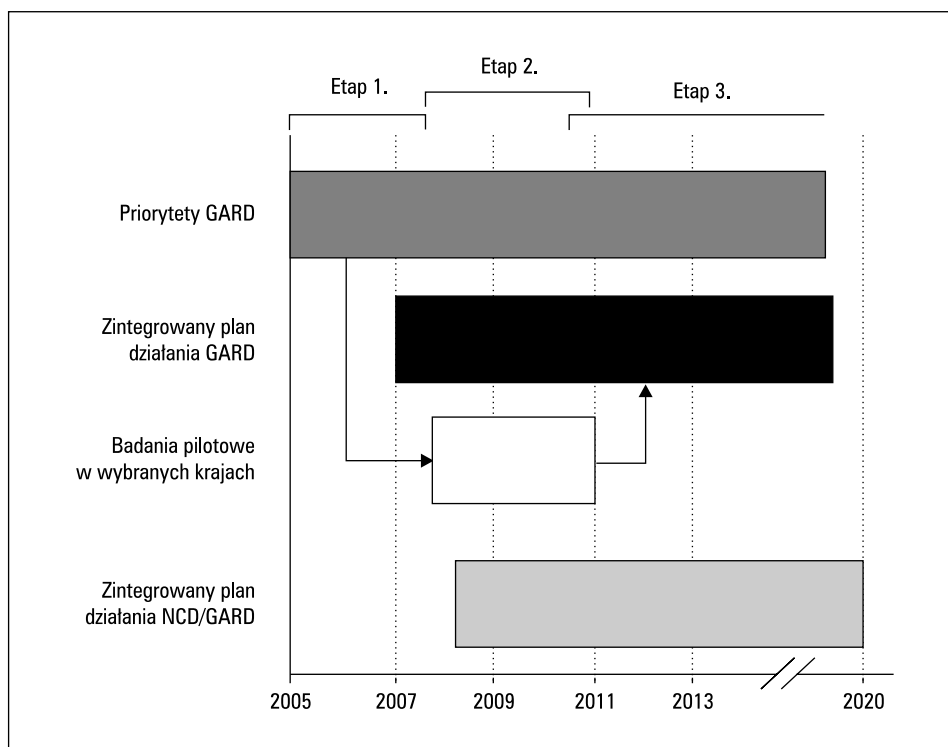
Należy zatem rozwijać programy edukacyjne dla pracowników służby zdrowia w zakresie opieki i leczenia pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, jak również zintensyfikować działania na rzecz pogłębiania społecznej świadomości na temat tych chorób w krajach rozwijających się.

Kraje rozwinięte

W krajach rozwiniętych przewlekłe schorzenia układu oddechowego występują zazwyczaj niezależnie od chorób zakaźnych; funkcjonują także struktury zajmujące się ich zwalczaniem. W kilku krajach z powodzeniem wprowadzono narodowe programy walki z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. Cechuje je jednak wybiórcze, fragmentaryczne podejście do problemu (np. dotyczą jedynie astmy lub POChP) — wymagają dalszego rozwinięcia i zintegrowania w jeden plan działania, a także lepszej koordynacji działań. Co więcej, w krajach rozwiniętych problematyka przewlekłych chorób układu oddechowego rzadko jest przedmiotem uwagi. Dane dotyczące czynników ryzyka, skali zapadalności oraz strategii ich nadzoru są fragmentaryczne lub niekompletne, a poziom świadomości społecznej na ten temat wciąż zbyt niski.

Również działania prozdrowotne na rzecz profilaktyki przewlekłych chorób układu oddechowego są w krajach rozwiniętych niedostateczne. Istniejące przepisy i prawodawstwo nie są dostosowane do obecnych możliwości przeciwdziałania wielu czynnikom ryzyka tych chorób. Wprawdzie na świecie obowiązują już uzgodnienia Ramowej Konwencji o Ograniczaniu Zdrowotnych Następstw Palenia (FCTC, *Framework Convention on Tobacco Control*), jednak wiele państw wciąż jeszcze jej nie ratyfikowało. W efekcie: 1) wiele przypadków astmy pozostaje nierozpoznanych i jest niedostatecznie leczonych; 2) w większości przypadków POChP pozostaje chorobą słabo rozpoznawaną i niedostatecznie leczoną, a głównym czynnikiem chorobotwórczym jest palenie tytoniu; 3) POChP wciąż nie jest postrzegana jako choroba ogólnoustrojowa lub też jako element przewlekłej choroby ogólnoustrojowej współistniejącej zwykle z zaburzeniami sercowo-naczyniowymi i metabolicznymi.

Zawodowe schorzenia układu oddechowego o przewlekłym przebiegu także wymagają lepszego systemu rozpoznawania, diagnozowania i zapobiegania. Należy pamiętać, że w niektórych krajach mogą też występować przewlekłe choroby płuc związane z wysokością nad poziomem morza.



Rycina 2. Plan stopniowego działania Światowego Sojuszu Przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego (GARD); NCD — choroby niezakaźne

Figure 2. The Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) stepwise approach. NCD — non-communicable disease

Badania czynnościowe układu oddechowego są wykonywane w poradniach specjalistycznych, a w niektórych krajach — nawet w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast leki są zwykle łatwo osiągalne, choć nie zawsze w przystępnej cenie.

Etapy realizacji ramowego programu GARD

Program działania GARD podzielono na 3 etapy, w ramach których będą realizowane zadania krótko- (etap 1), średnio- (etap 2) i długoterminowe (etap 3). Każdy z etapów powinien się zakończyć realizacją z góry określonych celów i osiągnięciem zamierzonych wyników (ryc. 1, 2).

W etap 1. wpisano opracowanie dokumentu zawierającego analizę potrzeb i celów oraz proponowany plan działania GARD. Zostaną w nim również określone zakres i ocena możliwych aktywności podejmowanych przez lokalnych koordynatorów w celu stworzenia planu działania narodowego GARD. W krajach rozwijających się takimi koordynatorami będą zwykle specjaliści pracujący w publicznej służbie zdrowia lub w organizacjach pozarządowych.

Etap 2. powinien zaowocować wdrożeniem w kilku państwach zintegrowanych planów działania zaakceptowanych przez GARD, których celem jest zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie przewlekłych chorób układu oddechowego. W ich ramach będą prowadzone pilotażowe programy pokazowe stworzone przez ekspertów i decydentów danych państw, dostosowane do krajowych potrzeb, zasobów i przyjętych sposobów postępowania. Przewidziany czas realizacji etapu 2. to połowa roku 2006–koniec roku 2008.

Na etapie 3. stworzone wcześniej plany działania GARD będą dopracowane i udostępnione możliwie największej liczbie państw. Działania te będą monitorowane z wykorzystaniem danych zgromadzonych w trakcie etapu 1., jak również doświadczenia i wiedzy zdobytych w trakcie realizacji etapu 2. Szczególny nacisk zostanie położony na: 1) poradnictwo, wsparcie techniczne oraz pomoc w poszukiwaniu źródeł finansowania przeznaczonych na wdrożenie i poprawę programów na rzecz profilaktyki, rozpoznawania i leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego; 2) dostęp do niezbędnych badań diagnostycznych i leków; 3) szkolenia dla pracowników służby zdrowia w zakresie powyższych działań.

Etap 1. Ocena potrzeb społecznych i wsparcie działań lokalnych

Zaplanowano 3 etapy działania realizowane przez 6 grup roboczych (GR).

GR-1. Występowanie, czynniki ryzyka oraz monitorowanie przewlekłych chorób układu oddechowego i alergii wziewnych

We wszystkich krajach chorobowość i zachorowalność na przewlekłe choroby układu oddechowego są niedostatecznie zbadane. Istnieje potrzeba przeprowadzenia analiz epidemiologicznych opartych na badaniach kwestionariuszowych i spirometrycznych w celu oceny faktycznego obciążenia populacji tymi schorzeniami. Istniejąca baza danych WHO powinna być uzupełniona o informacje dotyczące wskaźników chorobowości w odniesieniu do przewlekłych schorzeń układu oddechowego (i in. czynników ryzyka). Zadaniem GR-1 jest opracowanie standardowej procedury pozyskiwania danych na temat czynników ryzyka, obciążenia populacji tymi chorobami i występujących tendencji, jakości i dostępności opieki zdrowotnej oraz kosztów ekonomicznych. W ten sposób możliwe będzie porównanie danych między wszystkimi krajami (rozwinętymi i rozwijającymi się) oraz określenie strategii postępowania dla prawodawców.

GR-2. Działania na rzecz poprawienia stanu wiedzy na temat przewlekłych chorób układu oddechowego

Koszty beczynności są wprawdzie oczywiste i nieakceptowalne, jednak zainteresowanie przewlekłymi chorobami układu oddechowego i czynnikami ich ryzyka ze strony środowisk medycznych, rządów, mediów, a także samych pacjentów i ich rodzin pozostaje nieadekwatne do skali zagrożenia. Konieczne jest, aby problem przewlekłych chorób układu oddechowego stał się przedmiotem uwagi ze strony twórców światowej polityki zdrowotnej. Wszyscy partnerzy GARD powinni aktywnie współdziałać na rzecz pogłębiania świadomości społecznej w zakresie powyższych chorób. Najważniejszym celem rozpowszechniania tej wiedzy jest ugruntowanie przekonania, że można ograniczyć występowanie przewlekłych chorób układu oddechowego. Dlatego tak ważne jest poprawienie stanu wiedzy na ten temat wśród partnerów Sojuszu i uczynienie z niego priorytetu działań służby zdrowia we wszystkich krajach.

Etap 2. Tworzenie i przyjęcie programu polityki zdrowotnej

Narodowy program polityki zdrowotnej w zakresie przewlekłych chorób układu oddechowego

jest konieczny, aby tej problematyce nadać należyłą rangę i efektywnie wykorzystać dostępne środki finansowe [16]. Sojusz GARD dostarczy podstaw do takich działań na następne 10 lat; równoległe będą wypracowywane szczegółowe plany i programy wdrażania polityki zdrowotnej. Niektóre państwa opracowały własne narodowe programy walki z astmą lub POChP i projekty te dowiodły już swojej opłacalności ekonomicznej [17].

GR-3. Promocja zdrowia oraz zapobieganie przewlekłym chorobom układu oddechowego i alergiom wziewnym

Każdy człowiek ma prawo do życia i pracy w czystym środowisku. Narażenie na szkodliwe warunki środowiskowe przyczynia się do rozwoju ciężkich i wyniszczających schorzeń: POChP, astmy, chorób układu sercowo-naczyniowego i raka. Całkowita eliminacja czynników ryzyka: palenia tytoniu, zanieczyszczeń powietrza, czynników zawodowych i zmniejszenie stężeń alergenów jest jedynym sposobem ograniczenia rozwoju tych chorób. Celem GR-3 jest promowanie przepisów ograniczających palenie tytoniu, emisję zanieczyszczeń powietrza, narażenia zawodowe oraz inne czynniki ryzyka rozwoju przewlekłych chorób układu oddechowego.

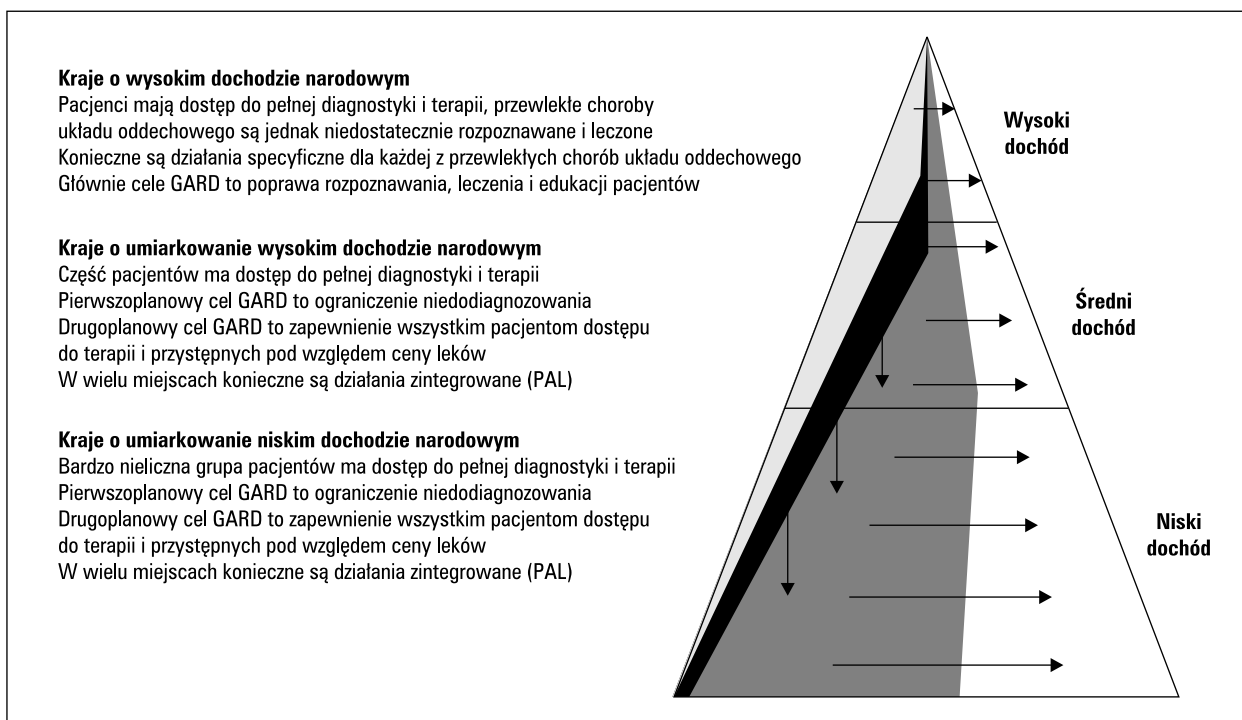
GR-4. Rozpoznawanie przewlekłych chorób układu oddechowego i alergii wziewnych

We wszystkich krajach przewlekłe choroby układu oddechowego są rozpoznawane w niedostatecznym stopniu. Natomiast ich wczesne diagnozowanie pozwoliłoby ograniczyć odsetek ciężkich postaci tych chorób i inwalidztwa. Niezbędne jest wprowadzenie tanich i skutecznych metod spirometrycznych oraz testów alergologicznych. W strategii GARD zostaną ujęte zalecenia dotyczące dostępu do prostej i przystępnej pod względem ceny aparatury/odczynników diagnostycznych, z uwzględnieniem zróżnicowanych potrzeb, usług zdrowotnych i zasobów; GARD zadba też o odpowiednie przeszkolenie obsługujących je pracowników służby zdrowia.

GR-5. Leczenie przewlekłych chorób układu oddechowego i alergii wziewnych oraz dostępność leków

Plany działania GARD powinny być dostosowane do potrzeb, priorytetów zdrowotnych, systemów opieki zdrowotnej i zasobów poszczególnych krajów (ryc. 3).

Na obszarach objętych dużą zapadalnością na choroby zakaźne, gdzie funkcjonują placówki podstawowej opieki zdrowotnej, zalecane jest zintegro-



Rycina 3. Schemat obrazujący celowość monitorowania przewlekłych chorób układu oddechowego w zależności od stopnia rozwoju danego państwa. Działania prozdrowotne i profilaktyka są konieczne we wszystkich krajach. Strzałki wskazują cele GARD: intensyfikacja nadzoru poprzez działania specyficzne dla poszczególnych schorzeń (pole jasnoszare); przy niższym poziomie nadzoru poprzez działania zintegrowane specyficzne dla przewlekłych chorób układu oddechowego (szare pole). Białe obszary reprezentują brak możliwości kontrolowania przewlekłych chorób układu oddechowego; PAL — program Światowej Organizacji Zdrowia

Figure 3. Goals of chronic respiratory disease (CRD) control depending on the country. Health promotion and prevention are essential in all countries. The arrows indicate the goals of the Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD), in increasing the amount of control by a disease specific-approach (shown in red) and control by syndromic approach (yellow) in areas with a lower level of control. White areas represent no control measures against CRD; PAL — practical approach to lung health

wane podejście do profilaktyki, rozpoznawania i leczenia tych chorób. Promowane tam będą takie wzorce działania, jak *Practical Approach to Lung Health* (PAL), opracowany przez WHO [18]. Na obszarach z dużą liczbą przypadków zakażenia wirusem HIV będą promowane takie modele, jak *Practical Approach to Lung Health in South Africa* (PALSA PLUS) [7].

W krajach o średnim i wysokim dochodzie narodowym zapobieganie przewlekłym chorobom układu oddechowego i ich leczenie wymaga zastosowania innych modeli postępowania. Bardziej właściwe mogą być programy nakierowane na poszczególne jednostki chorobowe: astmę, nieżyt nosa, POChP i choroby zawodowe. Standardy działania zostaną opracowane na podstawie istniejących programów leczenia i wytycznych międzynarodowych dostosowanych do potrzeb poszczególnych krajów. Szczególnie ważna jest kwestia zawodowych chorób układu oddechowego i nadciśnienia płucnego, którym na świecie wciąż poświęca się zbyt mało uwagi.

Jednym z kluczowych aspektów działalności GARD jest zapewnienie wszystkim pacjentom z przewlekłymi chorobami układu oddechowego dostępu do leków. Większość astmatyków żyje w krajach rozwijających się lub na obszarach upośledzonych ekonomicznie i ma ograniczony dostęp do podstawowych terapii. Sojusz GARD będzie rozwijał działania z wykorzystaniem programu *Asthma Drug Facility* (ADF) wprowadzonego przez Międzynarodową Unię Przeciwko Gruźlicy i Chorobom Płuc (IUATLD, *International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases*) [19].

Drugi ważny aspekt funkcjonowania GARD to pomoc w opracowaniu programów kształcenia pracowników służby zdrowia w zakresie leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego.

GR-6. Przewlekłe choroby układu oddechowego i alergii wziewne u dzieci

Przewlekłe choroby układu oddechowego u dzieci powinny być analizowane oddzielnie, lecz

z uwzględnieniem tych samych zasad, co w przypadku dorosłych. Sojusz GARD powinien rozpatrywać potrzeby państw o niskim, średnim i wysokim dochodzie narodowym oraz wytyczyć krótko-, średnio- i długoterminowe cele działania.

Etap 3. Wdrażanie programu polityki zdrowotnej

Plan działania GARD powinien być wdrażany na poziomie krajowym i/lub regionalnym. Odmiennie priorytety zdrowotne, geograficzna zmienność występowania czynników ryzyka i poszczególnych postaci przewlekłych chorób płuc, różnice w systemach opieki zdrowotnej, a także zróżnicowana dostępność, w tym różne ceny leków i usług medycznych, powodują, że wszelkie zalecenia powinny być dostosowywane do lokalnych potrzeb. Istotne jest, aby plan działania uwzględniał wszystkich uczestników Sojuszu i był koordynowany przez Ministerstwo Zdrowia. Zgodnie z zaleceniami Raportu o Zapobieganiu Chorobom Przewlekłym (*Preventing chronic disease*) proces wdrażania polityki zdrowotnej GARD będzie przebiegał stopniowo [1]: stopień 1. (zakres podstawowy) — przedsięwzięcia możliwe do wykonania w krótkim czasie z wykorzystaniem istniejących środków; stopień 2. (zakres poszerzony) — przedsięwzięcia możliwe do wykonania w umiarkowanie długim okresie, na podstawie przewidywanego wzrost lub przesunięcia środków; stopień 3. (zakres docelowy) — przedsięwzięcia, których celowość wynika z faktów (*evidenced-based interventions*), niemożliwe do zrealizowania z wykorzystaniem dostępnych środków.

Podziękowania

Sekretariat GARD przy Siedzibie Głównej WHO w Genewie jest odpowiedzialny za kierowanie, ocenę i nadzorowanie inicjatyw GARD.

Członkowie komitetu GARD: J. Bousquet, Przewodniczący GARD (Montpellier, Francja); R. Dahl, Zastępca Przewodniczącego GARD (Aarhus, Dania); N. Khaltaev, koordynator WHO ds. GARD (Genewa, Szwajcaria). Członkowie Grupy Planowania GARD, Przewodniczący Grup Roboczych oraz niezależni eksperci: C. Baena-Cagnani (Córdoba, Argentyna); P. van Cauwenberge (Gent, Belgia); J.L. Malo (Québec, Kanada) i F.E. Simons (Winnipeg, Kanada); N. Zhong (Guangzhou, Chiny); E. Valovirta (Turku, Finlandia); N. Ait-Khaled (Paryż, Francja) i M. Humbert (Clamart, Francja); M. Boland (Dublin, Irlandia); G.W. Canonica (Genua, Włochy), L. Fabbri (Modena, Włochy) i G. Viegi (Piza, Włochy); Y. Fukuchi i R. Pawan- kar (Tokio, Japonia); E. Bateman (Cape Town, Po-

łudniowa Afryka); A. Turnbull (Lozanna, Szwajcaria); K. Rabe (Lejda, Holandia) i C. van Weel (Nijmegen, Holandia); A. Custovic (Manchester, Wielka Brytania); S. Buist (Portland), L. Grouse (Seattle), C. Lenfant (Gaithersburg) i S. Wenzel (Denver, wszyscy ze Stanów Zjednoczonych). Przedstawiciele WHO: E. Mantzouranis (Heraklion, Grecja); P. Matricardi (Rzym, Włochy) i E. Minelli (Mediolan, Włochy); S. Ottmani (Rabat, Maroko). Niezależni eksperci: H. Douagi (Algier, Algieria); C. Luna (Buenos Aires, Argentyna); G. Joos (Gent, Belgia); P. Camargos (Belo Horizonte) i A. Cruz (Salwador, Brazylia); T. Popov (Sofia, Bułgaria); S. Ouedraogo (Quagadougou, Burkina Faso); P. O'Byrne (Hamilton, Kanada); Y.Z. Chen (Pekin), J.-T. Lin (Pekin) i Y.-J. Xu (Wuhan, Chiny); B. Hellquist (Aarhus, Dania); T. Haahtela (Helsinki, Finlandia) i M. Nieminen (Tampere, Finlandia); A. Gamkrelidze (Tbilisi, Gruzja); W. McNicholas (Dublin, Irlandia); S. Bonini (Neapol, Włochy); S. Makino (Tokio, Japonia); S. Mavale-Manuel (Maputo, Mozambik); O. Yusuf (Islamabad, Pakistan); K. Roszkowski (Warszawa, Polska); J. Rosado-Pinto (Lizbona, Portugalia); A. Chuchalin (Moskwa, Rosja); Y.-Y. Kim (Seul, Korea Południowa); M. Yousser (Latakia, Syria); W. Fokkens (Amsterdam, Holandia); A. Ben Kheder (Tunis, Tunezja); A. Kocabas (Adana, Turcja); P. Calverley (Liverpool, Wielka Brytania); S. Hurd (Gaithersburg), J. Kiley (Bethesda), F. Martinez (Tucson) i A. Togias (Baltimore, wszyscy ze Stanów Zjednoczonych).

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report, 2005.
2. Strong K., Mathers C., Leeder S., Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet* 2005; 366: 1578–1582.
3. Lee J. Global health improvement and WHO: shaping the future. *Lancet* 2003; 362: 2083–2088.
4. Srinath Reddy K., Shah B., Varghese C., Ramadoss A. Responding to the threat of chronic diseases in India. *Lancet* 2005; 366: 1744–1749.
5. Wang L., Kong L., Wu F., Bai Y., Burton R. Preventing chronic diseases in China. *Lancet* 2005; 366: 1821–1824.
6. Haahtela T., Tuomisto L.E., Pietinalho A. i wsp. A 10-year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax* 2006; 61: 663–670.
7. Fairall L.R., Zwarenstein M., Bateman E.D. i wsp. Effect of educational outreach to nurses on tuberculosis case detection and primary care of respiratory illness: pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 331: 750–754.
8. Fischer G.B., Camargos P.A., Mocelin H.T. The burden of asthma in children: a Latin American perspective. *Paediatr. Respir. Rev.* 2005; 6: 8–13.
9. Evans R. 3rd, Gergen P.J., Mitchell H. i wsp. A randomized clinical trial to reduce asthma morbidity among inner-city children: results of the National Cooperative Inner-City Asthma Study. *J. Pediatr.* 1999; 135: 332–338.
10. Cloutier M.M., Hall C.B., Wakefield D.B., Bailit H. Use of asthma guidelines by primary care providers to reduce hospitalizations and emergency department visits in poor, minority, urban children. *J. Pediatr.* 2005; 146: 591–597.
11. Khaltaev N. WHO strategy for prevention and control of chronic obstructive pulmonary disease. *Exp. Lung Res.* 2005; 31 (supl. 1): 55–56.

12. World Health Organization. WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. World Health Organization Publications, 2001.
13. World Health Organization. Implementation of the WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. World Health Organization meeting report. Geneva 2002.
14. World Health Organization. Prevention and control of chronic respiratory diseases in low and middle-income African countries: a preliminary report. World Health Organization meeting report. Geneva 2004
15. World Health Organization. Prevention and control of chronic respiratory diseases at country level: towards a Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. World Health Organization meeting report. Geneva 2005.
16. Epping-Jordan J.E., Galea G., Tukuitonga C., Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet* 2005; 366: 1667–1671.
17. Haahtela T., Klaukka T., Koskela K., Erhola M., Laitinen L.A. Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax* 2001; 56: 806–814.
18. ten Asbroek A.H., Delnoij D.M., Niessen L.W. i wsp. Implementing global knowledge in local practice: a WHO lung health initiative in Nepal. *Health Policy Plan* 2005; 20: 290–301.
19. Billo N.E. Do we need an asthma drug facility? *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2004; 8: 391.
20. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision Version for 2003. Geneva, World Health Organization Press, 2003.
21. Masoli M., Fabian D., Holt S., Beasley R. The Global Initiative for Asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004; 59: 469–478.
22. The World Health Organization. Preventing risks and taking action. W: The world health report. World Health Organization Press, Geneva 2002: 167.
23. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet* 1998; 351: 1225–1232.
24. Janson C., Anto J., Burney P. i wsp. The European Community Respiratory Health Survey: what are the main results so far? European Community Respiratory Health Survey II. *Eur. Respir. J.* 2001; 18: 598–611.
25. Bauchau V., Durham S.R. Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis. *Allergy* 2005; 60: 350–353.
26. Bauchau V., Durham S.R. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur. Respir. J.* 2004; 24: 758–764.
27. Pearce N., Sunyer J., Cheng S. i wsp. Comparison of asthma prevalence in the ISAAC and the ECRHS. ISAAC Steering Committee and the European Community Respiratory Health Survey. International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *Eur. Respir. J.* 2000; 16: 420–426.
28. Ross M.H., Murray J. Occupational respiratory disease in mining. *Occup. Med. (Lond.)* 2004; 54: 304–310.
29. Wang X.R., Christiani D.C. Occupational lung disease in China. *Int. J. Occup. Environ. Health* 2003; 9: 320–325.
30. Barbosa M.M., Lamounier J.A., Oliveira E.C. i wsp. Pulmonary hypertension in schistosomiasis mansoni. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1996; 90: 663–665.
31. Powars D.R., Chan L.S., Hiti A., Ramicone E., Johnson C. Outcome of sickle cell anemia: a 4-decade observational study of 1056 patients. *Medicine (Baltimore)* 2005; 84: 363–376.
32. Machado R.F., Gladwin M.T. Chronic sickle cell lung disease: new insights into the diagnosis, pathogenesis and treatment of pulmonary hypertension. *Br. J. Haematol.* 2005; 129: 449–464.
33. Aldashev A.A., Sarybaev A.S., Sydykov A.S. i wsp. Characterization of high-altitude pulmonary hypertension in the Kyrgyz: association with angiotensin-converting enzyme genotype. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002; 166: 1396–1402.
34. Ge R.L., Helun G. Current concept of chronic mountain sickness: pulmonary hypertension-related high-altitude heart disease. *Wilderness Environ. Med.* 2001; 12: 190–194.
35. Gislason T., Almqvist M., Eriksson G., Taube A., Boman G. Prevalence of sleep apnea syndrome among Swedish men — an epidemiological study. *J. Clin. Epidemiol.* 1988; 41: 571–576.
36. Enright P.L., Newman A.B., Wahl P.W., Manolio T.A., Haponik E.F., Boyle P.J. Prevalence and correlates of snoring and observed apneas in 5,201 older adults. *Sleep* 1996; 19: 531–538.
37. Ohayon M.M., Guilleminault C., Priest R.G., Caulet M. Snoring and breathing pauses during sleep: telephone interview survey of a United Kingdom population sample. *BMJ* 1997; 314: 860–863.
38. Larsson L.G., Lindberg A., Franklin K.A., Lundback B. Gender differences in symptoms related to sleep apnea in a general population and in relation to referral to sleep clinic. *Chest* 2003; 124: 204–211.
39. Ezzati M., Lopez A.D. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847–852.
40. Janson C. The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2004; 8: 510–516.
41. Bruce N., Perez-Padilla R., Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. *Bull. World Health Organ.* 2000; 78: 1078–1092.
42. American Thoracic Society. What constitutes an adverse health effect of air pollution? Official statement of the American Thoracic Society. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000; 161: 665–673.
43. Balmes J., Becklake M., Blanc P. i wsp. American Thoracic Society Statement: occupational contribution to the burden of airway disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2003; 167: 787–797.

This Polish translation has not been reviewed by European Respiratory Society prior to publication, therefore the European Respiratory Society may not be responsible for any errors, omissions or inaccuracies, or for any consequences arising therefore, in the Polish content.

Tłumaczenie: dr med. Adam Szpechciński