

Wczesne rozpoznawanie i profilaktyka POChP w Polsce; stan obecny i perspektywy

Early diagnosis and prevention of COPD in Poland; current status and perspectives

Dorota Górecka i Jan Zieliński

II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa

Pneumonol. Alergol. Pol. 2005, 73, 112:115

Key words: COPD, spirometric screening, antismoking advice

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest najczęstszą przewlekłą chorobą płuc i jedną z najczęstszych chorób przewlekłych w Polsce (1). POChP jest też czwartą przyczyną zgonu (2). Zgon poprzedzony jest wieloletnim inwalidztwem oddechowym, utratą możliwości samodzielnego życia i obezwładniającą, nasilającą się z upływem lat, dusznością podczas wysiłku. Koszty leczenia zaawansowanych postaci choroby są duże. W krajach Europy Zachodniej wynoszą one około 1500 € na chorego rocznie i są dwukrotnie wyższe niż koszty leczenia chorego na astmę (3). Z tych powodów POChP jest w Polsce, tak jak we wszystkich krajach rozwiniętych, poważnym medycznym i społecznym obciążeniem.

Poszukiwane są drogi poprawy sytuacji. Jedną z nich mogłoby być wczesne rozpoznawanie i zapobieganie postępowi choroby. Zanim podejmie się decyzję o badaniach przesiewowych dla wykrycia jakiejś choroby, musi ona spełniać kilka kryteriów. 1) Choroba skraca życie dotkniętego nią chorego. 2) Choroba jest częsta i szansa jej wykrycia w badaniu przesiewowym jest duża. 3) Istnieje szeroko dostępna metoda rozpoznawania choroby w jej bezobjawowym okresie. 4) Leczenie choroby w okresie bezobjawowym jest skuteczniejsze niż leczenie zaawansowanych postaci.

POChP jest chorobą spełniającą wszystkie te warunki. POChP skraca życie (4). POChP jest bardzo częstą chorobą, co dziesiąty dorosły choruje na POChP (5,6). Badanie spirometryczne pozwala rozpoznać chorobę w jej wczesnym stadium (7). Zaprzestanie palenia tytoniu hamuje postęp choroby (8,9).

Pneumonolodzy polscy od dawna zdawali sobie sprawę z zagrożenia jakim jest POChP dla zdrowia narodu. W 1998 r. walne zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego,

na XXVI zjeździe w Poznaniu podjęło uchwałę o potrzebie powołania narodowego programu wczesnego rozpoznawania i profilaktyki POChP. Program taki zakładający wstępnie pięcioletni okres realizacji został przygotowany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc i złożony w Ministerstwie Zdrowia w 1999 r.

Ministerstwo Zdrowia przyjęło program do realizacji w 2000 r. jako Narodowy Program Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP. Zasady prowadzenia programu omówiono w *Pneumonologii i Alergologii Polskiej* w 2002 r. (10) IGiChP został zobowiązany do uruchomienia programu (szkolenie, nabór ośrodków realizujących, materiały, baza danych) oraz zapewnienia kontynuacji i ewaluacji programu. Do realizacji programu były zapraszane poradnie chorób płuc z całej Polski. Ogółem uczestniczyło w programie prawie 100 poradni. Podmiotem programu byli palacze papierosów, którzy ukończyli 40 lat palących przynajmniej 10 paczkolet. Byli oni zapraszani do poradni chorób płuc na badanie spirometryczne i poradę antynikotynową. Badania te były finansowane przez lokalne Kasy Chorych. Tylko 8 z 17 kas przyjęło program do realizacji.

W końcu 2002 r., po niepełnych 3 latach realizacji, Ministerstwo Zdrowia odstąpiło od kontynuacji programu. W czasie jego trwania zbadano 91 859 osób, w wieku (średni) 53±11 lat. Mężczyźni stanowili 57,9% wszystkich zbadanych. Prawie 90% zbadanych było palaczami tytoniu, 62% paliło czynnie a 28% było byłymi palaczami. Cechy obturacji oskrzeli stwierdzono u 20,2% badanych. Szczegółowy opis programu i jego wyników jest publikowany w bieżącym numerze *Pneumonologii* (11). Charakterystyka nałogu palenia wśród zbadanych, nasilenie nałogu i postawy wobec palenia są omówione w oddzielnym opracowaniu (12).

Program okazał się bardzo skuteczny. Co piąty badany miał cechy obturacji oskrzeli i został skierowany do lekarza POZ w celu ustalenia rozpoznania i dalszego postępowania. Jednocześnie zasięg programu okazał się niewystarczający. W Polsce jest około 4 milionów palaczy papierosów, którzy ukończyli 40 lat. Aby zbadać przynajmniej połowę z nich, tych którzy są zainteresowani stanem swego zdrowia, w rozsądnej czasowej perspektywie, trzeba z programem docierać do 200-300 tysięcy palaczy rocznie.

Stan obecny

Aby dotrzeć do „zdrowych” palaczy papierosów i zachęcić ich do poddania się badaniu spirometrycznemu należy dotrzeć do środowiska, w którym żyją. Tym środowiskiem są mieszkańcy określonego terenu pozostający pod opieką lekarza rodzinnego lub rejonowego. Lekarz POZ ma największe możliwości kształtowania zachowań prozdrowotnych w populacji będącej pod jego opieką. To założenie przyświecało twórcom odrodzonego programu wczesnego rozpoznawania POChP, który został przyjęty do ogólnokrajowej realizacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia w połowie 2004 r., pod nazwą „Program edukacyjno-diagnostyczny wczesnej prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”. Od 2005 r. program nosi nazwę „Profilaktyka POChP”.

Podmiotem programu są osoby w wieku 40-65 lat, palący papierosy lub mający objawy sugerujące chorobę – przewlekły kaszel lub duszność podczas wysiłku. Realizatorem programu są lekarze POZ wspomagani przez specjalistów pneumonologów. Program składa się z dwu etapów. W etapie podstawowym realizowanym przez lekarzy POZ, osobom kwalifikującym się do programu wykonywane jest badanie spirometryczne i udzielana porada antytytoniowa. Do etapu badań pogłębionych, realizowanego przez pneumonologów, kierowane są osoby, u których wynik wstępnej spirometrii jest nieprawidłowy.

Pneumonolog powtarza badanie spirometryczne i wykonuje spirometryczną próbę rozkurczową. Konsultacja pneumonologa ma dwa cele: weryfikację jakości spirometrii wykonanej w POZ oraz ustalenie wstępnego rozpoznania. Chorzy z rozpoznaniem łagodnej i umiarkowanej postaci POChP wracają pod opiekę lekarza POZ. Chorzy z ciężką i bardzo ciężką postacią choroby pozostają pod opieką pneumonologa.

Dzięki wojewódzkim konsultantom ds. chorób płuc i desygnowanym przez nich koordynatorom

od marca do czerwca 2005 r. prowadzono szkolenia w wykonywaniu spirometrii lekarzy i pielęgniarek, którzy podpisali z NFZ kontrakt na realizację programu w 2005 r. Koordynatorzy, którzy są specjalistami chorób płuc ze szczególną znajomością badań spirometrycznych, przeszkolili ponad 1200 lekarzy i pielęgniarek. Stworzyło to podstawy do prawidłowego technicznie wykonywania spirometrii na poziomie POZ. Szkolenia te będą powtarzane każdego roku.

Program 2004 r. realizowano do kwietnia 2005 r. wykorzystując 89% przeznaczonych środków. Zbadano 178 503 osoby z grupy wiekowej 40-65 lat palących papierosy lub byłych palaczy. Do udziału w programie zaproszono 325 911 osób i osiągnięto zgłaszalność 54% w etapie podstawowym programu oraz 89% w etapie badań pogłębionych, w ramach którego zbadano 45 850 osób skierowanych z etapu podstawowego. Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc rozpoznano u 27 899 osób czyli u 15,5% badanych.

W bieżącym roku przewiduje się zbadanie około 300 000 osób w etapie podstawowym i około 100 000 w etapie badań pogłębionych.

Perspektywy

Program ma do spełnienia dwa cele. Pierwszym, jest wczesne rozpoznanie choroby u jak największej liczby „zdrowych” palaczy tytoniu. W tym celu należy zapewnić ich pozytywną odpowiedź na zaproszenie na badanie. W ubiegłym roku wynosiła ona 54%. Naszym dążeniem powinno być osiągnięcie przynajmniej 80% zgłaszalności i wykorzystanie całości funduszy. Aby to osiągnąć konieczna jest szeroka działalność edukacyjna przekazująca społeczeństwu informacje o zagrożeniach dla zdrowia i życia związanych z zachorowaniem na POChP. Powinny one być uzupełnione informacjami o korzyściach płynących z wczesnego rozpoznania choroby i zaprzestania palenia.

W tym celu należy powołać Narodowy Program Edukacyjny Zdrowia Płuc dysponujący odpowiednimi funduszami. Byłby to program uświadamiający o wszelkich zagrożeniach dla zdrowia płuc (nie tylko POChP) i sposobów zachowania zdrowych płuc.

W działaniach antytytoniowych należy wypełnić lukę informacyjną w tej dziedzinie. Od dziesięcioleci, w Polsce, działania antytytoniowe, koncentrowały się na chorobach serca i raku płuc całkowicie pomijając fakt, że palenie powoduje głównie choroby płuc.

Drugim celem programu jest spowodowanie aby palacze papierosów odeszli od nałogu. Działania te obejmują palaczy, u których rozpoznano POChP

oraz palaczy, którzy jeszcze nie zachorowali na POChP.

Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP. Palenie wywołuje przewlekły stan zapalny różnych struktur układu oddechowego, jest odpowiedzialne za nieuchronny postęp choroby i przedwczesne zgony oraz wpływa niekorzystnie na skuteczność stosowanego leczenia (3).

Z tych względów działania antynikotynowe są podstawowym postępowaniem w medycznym zapobieganiu lub hamowaniu postępu POChP. Dotychczas, jedynym świadczeniem finansowanym w przeszłości przez MZ oraz niektóre Kasy Chorych, a obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) były porady antynikotynowe pod postacią tzw. „minimalnej interwencji”, która stanowiła integralny składnik Narodowego Programu Wczesnego Rozpoznawania POChP (obecnie Program Profilaktyki POChP). Wyniki tej interwencji okazały się bardzo dobre, zwłaszcza u osób ze świeżo wykrytą obturacją oskrzeli (13, 14).

W Polsce brakowało dotychczas finansowania programów profilaktycznych, które zajmowałyby się leczeniem palaczy z choroby tytoniowej, co wynikało z całkowitego lekceważenia wagi i skuteczności profilaktyki antynikotynowej przez decydentów ochrony zdrowia.

Na szczęście obecnie dokonuje się przełom w tym względzie. Narodowy Fundusz Zdrowia ogłosił 16 września 2005 r. konkurs na realizację programu profilaktyki chorób odytoniowych „Palenie jest uleczalne” skierowanego do świadczeniodawców z Mazowsza (www.nfz-warszawa.pl).

Program zakłada leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) na 3 poziomach organizacyjnych ochrony zdrowia: w podstawowej opiece zdrowotnej, w poradniach specjalistycznych i wysokospecjalistycznych z zakresu pneumonologii, kardiologii oraz onkologii i ginekologii.

W podstawowej opiece zdrowotnej obowiązuje określenie statusu palenia, wstępna ocena uzależnienia i gotowości do zaprzestania palenia u wszystkich przyjmowanych chorych. Do tego celu służy specjalna jednostronicowa ankieta. W celu leczenia ZUT lekarze POZ mogą kierować palących pacjentów do poradni specjalistycznych

W poradniach specjalistycznych obowiązuje pogłębiona diagnostyka ZUT (ocena uzależnienia, motywacji i gotowości do zaprzestania palenia) na podstawie jednolitych kryteriów, po przeprowadzeniu odpowiednich badań ankietowych. Na tym etapie pacjenci są kwalifikowani do farmakoterapii lub terapii grupowej i mogą być kierowani do poradni wysokospecjalistycznych.

Poradnie wysokospecjalistyczne służą do koordynacji działań antynikotynowych, szkolenia lekarzy i pielęgniarek oraz całościowej diagnostyki i leczenia ZUT z uwzględnieniem oceny depresji i objawów abstynencji na podstawie odpowiednich kwestionariuszy. Na poziomie wysokospecjalistycznym konieczne jest zatrudnienie psychologa, którego zadaniem jest udzielanie porad indywidualnych oraz prowadzenie terapii behawioralnej i terapii grupowej. Dodatkową usługą wysokospecjalistyczną jest interaktywne poradnictwo telefoniczne służące do podtrzymywania decyzji o niepaleniu każdego pacjenta w najtrudniejszych dla niego momentach. Pałacy pacjenci mogą zgłaszać się do każdego typu poradni bez skierowania.

Specjalistyczny cykl leczenia obejmuje 5 wizyt obowiązkowych: wizyta wstępna służąca do diagnozy ZUT i podjęcia decyzji leczniczej, 2 wizyty kontrolne podczas leczenia (jedna w pierwszym/drugim tygodniu leczenia oraz druga pod koniec leczenia) oraz wizyty sprawdzające wyniki leczenia: po 3, 6 i 12 miesiącach od wizyty wstępnej. Podczas każdej wizyty obowiązuje przeprowadzenie wywiadu odnośnie wyników leczenia, podtrzymywanie motywacji i decyzji pacjenta o zaprzestaniu palenia, oraz pomiar stężenia tlenu węgla w wydychanym powietrzu. W trakcie cyklu leczenia możliwe są 2-3 dodatkowe wizyty wynikające z konieczności kontroli leczenia lub na prośbę pacjenta.

Lekarze i pielęgniarki zajmujące się leczeniem ZUT muszą wykazać się certyfikatem szkolenia wydawanym przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Kardiologii lub Instytut Onkologii.

Finansowanie poradnictwa i leczenia ZUT odbywa się na podstawie zawarcia kontraktu z NFZ. Obecny konkurs dotyczy wyłącznie Mazowsza. W przyszłości planowane jest rozszerzenie programu na inne województwa.

Wydaje się, że dzięki finansowaniu przez NFZ omówionych wyżej programów profilaktycznych możliwe stanie się wykrywanie POChP we wczesnym okresie choroby, a dzięki szerokim działaniom antynikotynowym, możliwa będzie wczesna pierwotna i wtórna profilaktyka choroby. Działania te spowodują w przyszłości zmniejszenie wydatków na leczenie zaawansowanych postaci choroby. Chorzy na POChP z umiarkowaną i ciężką postacią choroby zyskają możliwość prawidłowego leczenia ambulatoryjnego zarówno samej choroby, jak i ZUT. Dzięki temu ograniczone zostaną zaostrzenia choroby i zmniejszy się absencja chorobowa i liczba hospitalizacji, co znacznie ograniczy społeczne i medyczne koszty choroby.

Piśmiennictwo

1. Zieliński J, Górecka D, Śliwiński P. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Wydanie II, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
2. Rocznik Statystyczny, Warszawa 2004
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Heart Lung and Blood Institute, April 2001; Update of the Management Sections, GOLD website (www.goldcopd.com). Date updated: July 2003.
4. Hansen EF, Phanareth K, Laursen LC, Kok-Jensen A, Dirksen A. Reversible and irreversible airflow obstruction as predictor of overall mortality in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:1267-1271.
5. Pena VC, Miravittles M, Gabriel R, i wsp. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC Multicenter Epidemiological Study. *Chest* 2000;118:981-989.
6. Pływaczewski R, Bednarek M, Jonczak L, Zieliński J. Częstość występowania POChP wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy. *Pneumonol Alergol Pol* 2003; 71: 329-335.
7. Anthonisen NR, Connet JE, Kiley JP, i wsp. Effect of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. *JAMA* 1994;272:1497-1505.
8. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:680-685.
9. Hersh CP, DeMeo DL, Al-Ansari E, i wsp. Predictors of survival in severe, early onset COPD. *Chest* 2004;126:1443-1451.
10. Zieliński J, Roszkowski-Śliż K. Narodowy program wczesnego rozpoznawania i profilaktyki POChP. *Pneumonol Alergol Pol* 2002; 70:125-129.
11. Zieliński J, Bednarek M, Górecka D, w imieniu grupy „Poznaj Wiek Swoich Płuc”. Narodowy Program Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP w latach 2000-2002. *Pneumonol Alergol Pol* 2005;74:000-000.
12. Bednarek M, Zieliński J, Górecka D, w imieniu grupy „Poznaj Wiek Swoich Płuc”. Charakterystyka nałogu palenia wśród uczestników Narodowego Programu Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP. *Pneumonol Alergol Pol* 2005; 74:000-000.
13. Górecka D, Bednarek M, Nowiński A, i wsp. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003;123:1916-1923.
14. Czajkowska-Malinowska M, Zieliński J. Diagnosis of COPD increases smoking cessation rate. *Eur Respir J* 2005;26, Supl 49:155s.

OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE

W pierwszej edycji konkursu stypendialnego ogłoszonego w 2005 r.
przez Polską Grupę European Respiratory Society
granty pokrywające koszty udziału
w Dorocznym Kongresie European Respiratory Society
w Kopenhadze w dniach 17-21 września 2005 r. uzyskali

w kategorii prac doświadczalnych

1. lek. Anna Biełous-Wilk Wrocław
2. dr Beata Brajer Poznań
3. dr Dorota Dworakowska Gdansk
4. dr Tomasz Wysocki Białystok
5. dr Izabela Kuprylipik Łódź
6. lek. Marcin Skrzypski Gdansk
7. dr Wojciech Szczeklik Kraków
8. dr Amelia Szymanowska Gdansk

w kategorii prac klinicznych

1. dr Wanda Balika-Miśkiewicz Wrocław
2. dr Michał Bednarek Warszawa
3. lek. Marcin Bukowczan Kraków
4. dr Zenon Brzoza Zabrze
5. dr Marta Dąbrowska Warszawa
6. dr Marek Niedożytko Gdansk
7. dr hab. Robert Pływaczewski Warszawa
8. dr Renata Rubinsztajn Warszawa

Laureat wyłonił Komitet Naukowy w składzie dr hab. Leszek Radwan, dr hab. Piotr Gutkowski, dr Andrzej Krzywiecki, prof. dr hab. Paweł Świątkiewicz oraz dr hab. Joanna Chorostowska-Wynimko kierując siwarty sę merytoryczną doniesiejądownych zakwalifikowanych do prezentacji na Kongresie ERS. Pragniemy podziękować firmie GlaxoSmithKline, która była sponsorem nagr.

W imieniu Polskiej Grupy ERS
Dr hab. med. Joanna Chorostowska-Wynimko
Delegat Narodowy ERS w Polsce

OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE ○ OGŁOSZENIE