

## Rozpoznawanie i leczenie POChP przez lekarzy specjalistów – zgodność z zaleceniami

### Management of COPD: pulmonologists' adherence to Polish guidelines

Jan Zieliński<sup>1</sup>, Paweł Kuca<sup>2</sup>, Przemysław Ptasznik<sup>3</sup>, Robert Pływaczewski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> z II Kliniki Chorób Płuc, kierownik prof. dr hab. med. D Górecka

<sup>2</sup> z Oddziału Intensywnej Terapii Pulmonologicznej,  
kierownik prof. dr hab. med. W Tomkowski Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

<sup>3</sup> ze Szkoły Wyższej „Mila College” w Warszawie

**Summary:** Literature data suggest that management of COPD in primary care and by specialists differ from national or international guidelines. Aim of this investigation was to evaluate routine management of COPD by Polish pulmonologists and to compare it to COPD guidelines of the Polish Society of Lung Diseases published in 1997 and updated in 2004. Questionnaire containing 33 questions was distributed to 800 participants of a national congress of the Society. Response rate was 10%.

Term COPD is used by 95% of responders (R). For 73% of R COPD patients count for more than 20% of their consultations. Clinical signs of cor pulmonale are present in 10% and signs of respiratory failure in 10 to 20% of all patients. Patients with mild, moderate, severe and very severe disease represent respectively 18, 48, 24 and 10% of the total.

Spirometry is performed to confirm diagnosis by 81% of R. However, bronchodilating test is performed in all patients only by 34% of R. 97% of R give antismoking advice to all patients. Only 6% of R are current smokers and 61% are life nonsmokers.

Bronchodilating treatment is commonly prescribed. Most frequently prescribed drugs are: LABA (65% of patients) short acting anticholinergic (44%) and ICS (21%) of patients. ICS are over prescribed and systemic steroids are still chronically used in somewhat less than 20% of patients. 43% of R give systemic steroids to all patients during exacerbation of severe disease.

Results of the study should be taken with caution. Low response rate suggest that only physicians interested in the treatment of COPD patients participated. A real life situation is probably worse than presented.

**Pneumonol. Alergol. Pol. 2005, 73, 135:141**

**Key words:** COPD, management, pulmonologists, questionnaire

Żyjemy w epoce medycyny opartej na dowodach. Dowodami są opublikowane wyniki badań naukowych. Ze względu na wielkie różnice we wiarygodności poszczególnych publikacji ustanowiono gradację wartości prac naukowych jako dowodu (1). Publikacje oznaczone literą A mają największą wartość. Im dalszą literą alfabetu oznaczona jest publikacja tym jej wartość jako dowodu jest słabsza. Literą D oznaczone są zgodne opinie ekspertów oparte na ich doświadczeniu nie poparte rygorystycznymi badaniami naukowymi.

Aby lekarzom praktykom ułatwić uprawianie zawodu zgodnie z postępowaniem wiedzy publikowane są opracowania dotyczące konkretnych chorób lub stanów klinicznych przygotowane przez zespoły specjalistów w danej dziedzinie działających pod auspicjami odpowiedniego towarzystwa naukowego. Zespoły te zobowiązane są do posługiwania się odpowiedniej jakości źródłami a także zaznaczania tego w swoich opracowaniach. Powstające zalece-

nia postępowania rozpoznawczo-leczniczego uważane są za zasługujące na wdrożenie standardy.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jako bardzo częsta choroba przewlekła doczekała się wielu takich opracowań, którym patronowały międzynarodowe lub narodowe towarzystwa naukowe skupiające specjalistów chorób płuc (2-5). W Polsce zalecenia rozpoznawania i leczenia POChP opracowało Polskie Towarzystwo Ftizjopneumonologiczne w 1997 r. (6), których poszerzone i uwspółcześnione wznowienia opublikowane zostały w 2002 i 2004 r. (7,8), oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (9). Dzięki tłumaczeniu na język polski rozpowszechnione zostały także zalecenia przygotowane przez międzynarodowy komitet GOLD (Global Initiative for Obstructive Lung Disease) (10).

Opublikowanie zaleceń nie oznacza, że są one stosowane w praktyce. Porównania zaleceń z codzienną praktyką przeprowadzone w niewielu krajach wykazywały poważne rozbieżności. (11-13).

Celem pracy była analiza postępowania u chorych na POChP przez lekarzy specjalistów chorób płuc w Polsce.

## Material i metody

Badanie przeprowadzono metodą ankietową. Anonimowa ankieta składała się z 33 pytań, w większości zamkniętych, podzielonych na 5 działów: terminologia, rozpoznawanie, poradnictwo antynikotynowe, leczenie oraz informacje o wypełniających ankietę. Do przeprowadzenia ankiety wykorzystano XXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego, który odbył się w Łodzi w dniach 22-25 września 2004 r. Do teczek zjazdowych wręczanych uczestnikom zjazdu włożono kopertę zawierającą list autora proszący o wypełnienie ankiety, egzemplarz ankiety oraz ofrankowaną i zaadresowaną kopertę zwrotną. Przygotowano 800 takich kompletów. Według informacji organizatorów w zjeździe uczestniczyło 850 lekarzy.

Analizę ankiety przeprowadzono za pomocą specjalnie dedykowanego oprogramowania w oparciu o bazę danych MS Access oraz aplikację internetową stworzoną z wykorzystaniem serwera www.apache oraz technologii PHP.

## Wyniki

Otrzymano 80 wypełnionych ankiet. Listy z ankietami wysłane były z 49 miejscowości położonych w różnych okolicach kraju od Świnoujścia po Limanową i od Sejny po Szklarską Porębę.

Wśród 80 respondentów (R) 68% stanowiły kobiety a 32% mężczyźni. Respondenci ukończyli studia na jednej z 11 akademii medycznych w Polsce, najczęściej łódzkiej lub śląskiej.

Staż pracy respondentów wahał się od 3 do 50 lat. Najwięcej R (34%) miało od 10 do 19 lat stażu pracy a 32% od 20 do 29 lat stażu pracy. Tylko 8% pracowało krócej niż 10 lat a 10% dłużej niż 40 lat. Osiemdziesiąt trzy procent R posiadało specjalizację chorób płuc a 17% miało specjalizację w chorobach wewnętrznych.

Pięćdziesiąt pięć procent było zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym na oddziale chorób płuc lub oddziale wewnętrznym a 45% w lecznictwie otwartym głównie w przychodniach chorób płuc.

Respondenci stanowią wzór zachowań antynikotynowych, 61% nigdy nie paliło, 33% paliło w przeszłości a obecnie pali tylko 6%. Te pozytywne zachowania były równomiernie reprezentowane w obu płciach.

Informacje o nowych lekach respondenci otrzymują z trzech źródeł: 1) na kursach lub zebraniach

organizowanych przez towarzystwa naukowe lub akademie medyczne, 2) z pism medycznych, lub 3) od przedstawicieli firm farmaceutycznych. Źródła te były zwykle deklarowane łącznie bez wykazywania preferencji.

### I. Terminologia

Wszyscy respondenci (R) znali termin POChP i 95% używało tego terminu w dokumentacji lekarskiej. Po 2,5% respondentów używało w dokumentacji medycznej terminu „przewlekłe zapalenie oskrzeli” lub „rozedma płuc”.

Natomiast w rozmowie z chorymi 49% R używało terminu POChP, 23% – PZO a 18% – rozedma płuc. Pozostałe 10% używało innych określeń, takich jak papierosowa choroba płuc lub bronchit.

### II. Rozpoznawanie

Na pytanie „U jak wielu chorych stawiasz rozpoznanie POChP rocznie?” ogromna większość – 74% R – odpowiedziało, że więcej niż u 40 chorych. 22% rozpoznawało POChP u 10-30 chorych, a tylko 4% u mniej niż 10 chorych.

Na pytanie dotyczące liczby chorych na POChP leczonych miesięcznie w szpitalu lub w przychodni prawie połowa respondentów nie udzieliła odpowiedzi. Z tego powodu odpowiedzi na to pytanie nie analizowano.

73% R odpowiedziało, że chorzy na POChP stanowią więcej niż 20% ogółu leczonych przez nich chorych, a dalszych 13%, że chorzy na POChP stanowią od 10 do 20% leczonych chorych. Pozostali stwierdzili, że chorzy na POChP stanowią mniej niż 10% leczonych chorych.

Kliniczne cechy serca płucnego u chorych na POChP będących pod opieką R były dość częste. Miało je <10% chorych (33% R), od 10 do 20% (31% R) lub od 21 do 30% chorych (16% R).

Niewydolność oddychania ( $PaO_2 < 55$  mmHg) miało mniej niż 10% chorych (46% R), od 10 do 20% (26% R), i więcej niż >20% chorych (28% R).

Na pytanie o ciężkość postaci choroby u leczonych przez siebie chorych respondenci odpowiedzieli, że chorzy z łagodną postacią choroby ( $FEV_1 > 80\%$  naleźnej) stanowią 18,3% całości, chorzy z umiarkowaną postacią ( $FEV_1 = 50-80\%$  naleźnej) 47,5%, z ciężką postacią ( $FEV_1 = 49-30\%$  naleźnej) 24,5% a chorzy z bardzo ciężką postacią ( $FEV_1 < 30\%$  naleźnej) 9,7% wszystkich chorych.

### Badanie spirometryczne

Rozpoznanie choroby było potwierdzone badaniem spirometrycznym u ponad 90% chorych przez 81% R, u od 61 do 90% chorych przez dalszych

11% R. Tylko 8% R podało, że rozpoznanie było potwierdzone badaniem spirometrycznym u mniej niż 60% chorych.

Czterdzieści procent R własnoręcznie wykonuje badanie spirometryczne, a 54% R kieruje chorego na badanie do pracowni spirometrycznej w placówce, w której pracuje. Tylko 6% R posyła chorego na badanie do innej placówki.

W odróżnieniu od bardzo częstego wykonywania spirometrii dla potwierdzenia rozpoznania tylko 34% R wykonuje spirometryczną próbę rozkurczową u ponad 90% chorych na POChP. Dwadzieścia jeden procent R wykonuje próbę rozkurczową u od 61 do 90% chorych, 16% R u od 31 do 60% chorych, a 16% R u od 10 do 30% chorych. Natomiast 13% R wykonuje próbę rozkurczową u mniej niż 10% swoich chorych.

Na pytanie „Jakie badanie dodatkowe (poza spirometrią) uważasz za konieczne do potwierdzenia rozpoznania 63% R wskazało Rtg klatki piersiowej, 23% R uważa, że jest to badanie gazów krwi tętnicznej. Pozostałe 14% wskazało na badanie Ekg lub morfologię krwi lub pulsoksymetrię.

Na pytanie „Zaznacz dwa najbardziej typowe objawy POChP” 90% R odpowiedziało, że są nimi poranny kaszel i duszność podczas wysiłku. Sześć procent R wymieniło duszność po wysiłku, a 3% R duszność nocną. Pojedynczy respondenci za najbardziej typowy objaw uważało kaszel napadowy lub sinicę.

### III. Poradnictwo antynikotynowe

Dziewięćdziesiąt siedem procent R pyta o nałóg palenia od 80 do 100% chorych, a 85% R udziela porady antynikotynowej od 80 do 100% chorych. Większość (60%) R przepisuje nikotynową terapię zastępczą u mniej niż 20% palących chorych a 21% R stosuje ją u od 20 do 49% chorych.

Siedemdziesiąt jeden procent R kontynuuje poradnictwo antynikotynowe u 80-100% chorych, którzy nie przestają palić. Na pytanie czy jest możliwość skierowania palacza do poradni antynikotynowej ponad połowa R (54%) odpowiedziała, że nie ma takiej możliwości. Prawie wszyscy respondenci (94%) uważają, że posiadają wystarczającą wiedzę aby udzielać porad antynikotynowych.

Na pytanie czy ma wystarczającą wiedzę aby rozpoznawać i leczyć POChP 68% R uważa, że tak a 32% odpowiedziało, że raczej tak.

### IV. Leczenie

Odpowiedzi na pytanie „Od jakiej grupy leków rozszerzających oskrzela zaczynasz leczenie chorego w umiarkowanym okresie choroby ( $FEV_1 < 80 - > 50\%$  wartości należącej)” umieszczono w Tabeli 1.

Najczęściej (31% R) stosowane są jednocześnie dwa główne leki rozszerzające oskrzela, antycholinergik i agonista receptorów beta adrenergicznych. W przypadku monoterapii antycholinergik jest przepisywany trzy razy częściej od agonisty receptorów beta. Steroidy wziewne są ordynowane w tej grupie chorych przez 12% respondentów.

Na pytanie „Jakie leki stosujesz u chorych na POChP w stabilnym okresie choroby?” uzyskano bardzo zróżnicowane odpowiedzi. Najczęściej stosowane leki (u 80-100% chorych) umieszczono w tabeli II. Steroidy systemowe stosowane są przez 54% R u mniej niż 20% chorych.

Na pytanie zamknięte o podstawę decyzji o zastosowaniu steroidu wziewnego uzyskano następujące odpowiedzi uszeregowane wg częstości występowania

- u chorych z  $FEV_1 < 50\%$  należącej normy i częstymi zaostrzeniami 34%
- u chorych, u których leki rozszerzające oskrzela nie opanowują duszności 19%
- u chorych z  $FEV_1 < 80\%$  należącej normy i częstymi zaostrzeniami 18%
- u chorych z  $FEV_1 < 50\%$  należącej normy 11%
- nie stosuję steroidów wziewnych 4%

Czternaście procent R zakreśliło wszystkie pozytywne odpowiedzi, co odczytano jako stosowanie steroidów wziewnych u wszystkich leczonych chorych.

Steroidy systemowe (doustnie lub domięśniowo) są ciągle stosowane. Dziewięćdziesiąt procent R podało, że stosuje je u mniej niż 20% chorych.

Tabela I. Leki rozszerzające oskrzela stosowane w umiarkowanej postaci choroby

Table I. Bronchodilators used in moderately advanced COPD

Rodzaj leku/type of drug	Częstość stosowania/frequency of prescription
Ach	27%
AB2	7%
Ach + AB2	31%
AB2 + ICS	6%
Ach + AB2 + Th	16%
Ach + AB2 + ICS	6%
Inne kombinacje 2 lub 3 leków	7%

Ach – antycholinergik, AB2 – agonista receptorów  $\beta_2$ ,

Th – teofilina, ICS – steroid wziewny

Ach – anticholinergic, A $\beta_2$  – agonist of  $\beta_2$  receptors, Th – theophylline, ICS – inhaled corticosteroid

Tabela II. Najczęściej stosowane leki u chorych w stabilnym okresie choroby  
Table II. Bronchodilators most frequently used in stable COPD

Rodzaj leku/type of drug	Częstość stosowania/ frequency of prescription
LABA	65%
Ach-K	44%
ICS	21%
Theo	15%
SABA	14%
Ach-D	10%

Legenda. LABA – długodziałający agonista receptorów  $\beta_2$ , Ach-K – krótkodziałający antycholinergik, ICS steroid wziewny, Theo – teofilina, SABA – krótkodziałający agonista receptorów  $\beta_2$ , Ach-D długodziałający antycholinergik.  
Legend. LABA – long acting  $\beta_2$  receptors agonist, Ach-K – short acting anticholinergic, ICS inhaled corticosteroid, Theo – theophylline, SABA – short acting  $\beta_2$  receptors agonist, Ach-D long acting anticholinergic.

### Zaostrzenia choroby

U chorego z ciężką lub bardzo ciężką postacią choroby ( $FEV_1 < 50\%$  należnej normy) antybiotyk stosuje zawsze – 44% R, 45% R stosuje go u ponad 50% chorych. Rzadziej niż u 50% chorych antybiotyk stosuje 11% R. W tej samej sytuacji klinicznej sterydy systemowo u wszystkich chorych stosuje 43% R, u ponad 50% chorych – 38% R, a rzadziej niż u 50% chorych stosuje go 19% R.

Na pytanie dotyczące możliwości stosowania nieinwazyjnego wspomaganie wentylacji odpowiedziało 80% respondentów. Większość (70%) z nich odpowiedziało, że nie ma możliwości takiej terapii a 30% odpowiedziało pozytywnie.

### Domowe leczenie tlenem

Trzy pytania dotyczyły domowego leczenia tlenem (DLT). Siedemdziesiąt dziewięć procent R deklaruje, że wśród chorych, którymi się opiekują jest przynajmniej jeden chory korzystający z DLT. Natomiast na pytanie ilu chorych spełniających kryteria kwalifikacji do DLT oczekuje na przydział koncentratora tlenu, 24% odpowiedziało, że żaden a 76% podało, że na możliwość rozpoczęcia leczenia czeka od 1 do 40 chorych. Osiemdziesiąt sześć procent R ma możliwość skierowania do poradni DLT chorego kwalifikującego się leczenia tlenem. Osiem procent nie ma takiej możliwości a 6% nie słyszało o istnieniu takich poradni.

### Rehabilitacja

Ostatnie pytanie w części „leczenie” dotyczyło rehabilitacji. Nieco więcej niż połowa R (52%) uważa, że nie ma możliwości stosowania rehabilitacji u swoich chorych. Pozostali potwierdzili taką możliwość.

## Omówienie

### Terminologia

Na podstawie ankiety można wnioskować, że termin POChP jest powszechnie używany. Stosuje go w dokumentacji lekarskiej 95% respondentów. Informacja ta jest spójna z danymi dotyczącymi rozpoznawanych w kartach zgonu, które gromadzone są przez Główny Urząd Statystyczny. Zakład Epidemiologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie podaje, że wg kart zgonu w 2003 r. u 88 % chorych zmarłych na POChP, jako główną przyczynę zgonu podano POChP, u 9% chorych przewlekłe zapalenie oskrzeli a rozedmę tylko u 3% (14). Jest to ogromna zmiana w porównaniu z ostatnimi latami ubiegłego stulecia. W 1996 r. POChP rozpoznawano tylko u 2% chorych, którzy zmarli z jej powodu. W 98% zgonów rozpoznano PZO lub rozedmę płuc.

POChP jest chorobą często nierozpoznaną (15). Jeśli chory umiera z powodu „niewydolności oddechowo-krażeniowej” często nie umieszcza się w karcie zgonu pierwotnej, wyjściowej przyczyny tego stanu jakim była POChP.

### Rozpoznawanie

Chory na POChP jest częstym pacjentem oddziałów szpitalnych i przychodni specjalistycznych. Trzy czwarte respondentów uważa, że rozpoznanie POChP ustala u ponad 40 chorych rocznie a chorzy na POChP stanowią ponad 20% ogółu leczonych przez nich chorych. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród lekarzy POZ i lekarzy pneumonologów w Belgii wykazały, że pneumonolog widzi rocznie 103 nowych chorych na POChP (11). Ekstrapolując wyniki ankiety na wszystkich lekarzy tych grup w Belgii wynika, że lekarze POZ leczą nieco mniej niż 22 000 a pneumonolodzy około 30 000 nowych chorych rocznie.

Bardzo optymistyczną informacją jest stwierdzenie, że prawie 70% leczonych chorych to chorzy z łagodną lub umiarkowaną postacią choroby. Wczesne rozpoznanie choroby stwarza możliwość konsekwentnych i długotrwałych działań antynikotynowych wiodących do całkowitego zaprzestania palenia papierosów i zahamowania postępu choroby (16-18). Tylko 9,7% chorych miało bardzo ciężką postać choroby.

Rozpoznawanie choroby w łagodnym lub umiarkowanym okresie choroby świadczy o aktywnej postawie lekarzy wobec POChP i poszukiwaniu chorych w „bezobjawowym” okresie choroby. W podobnej do naszej analizie postępowania w POChP przeprowadzonej wśród pneumonolo-

gów argentyńskich stwierdzono, że 66% leczonych chorych miało łagodną lub umiarkowaną postać choroby (13).

Wyniki badań epidemiologicznych nad częstością POChP sugerują jednak, że wczesne rozpoznawanie choroby nie jest częste. W Hiszpanii tylko 20% miało rozpoznaną chorobę (19) a w podobnych badaniach w USA 36% osób z obturacją oskrzeli było leczonych (20). W Polsce Pływaczewski i wsp., którzy przeprowadzili badania nad częstością POChP wśród mieszkańców Warszawy stwierdzili, że wśród osób powyżej 42 r. ż. około 10% chorowało na POChP. Tylko 15% z nich miało chorobę rozpoznaną wcześniej (21).

Ciężkie powikłania POChP – serce płucne i niewydolność oddychania były obecne u od 10 do 20% leczonych chorych. Niewydolność oddychania wydaje się być powikłaniem częstszym niż serce płucne co zgodne jest ze spostrzeżeniami z literatury (22).

### **Spirometria**

Badanie spirometryczne w dalszym ciągu nie jest badaniem obowiązuającym przy rozpoznawaniu POChP. Tylko 81% respondentów wykonuje je u ponad 90% swoich chorych. Przyczyna leży prawdopodobnie w dostępności badania. Co trzeci internista odpowiadający na ankietę nie ma możliwości wykonania badania we własnym szpitalu lub przychodni. To w tej grupie respondentów częściej rozpoznanie stawia się bez uzyskania potwierdzenia wynikiem spirometrii. Pneumonolodzy wydają się dysponować lepszym dostępem do badania. Brak badania spirometrycznego potwierdzającego rozpoznanie dotyczy chorych w wielu krajach. W Belgii 45% chorych miało wykonaną spirometrię (11) w Szwajcarii 71% (12) a w Argentynie 73% (13).

Od czasu opublikowania zaleceń GOLD (3) coraz bardziej upowszechnia się opinia, że do potwierdzenia rozpoznania POChP wymagane jest potwierdzenie istnienia obturacji oskrzeli po podaniu leku rozkurczającego oskrzela czyli wykonania drugiej spirometrii po 2 wdechach salbutamolu (23). Ostatnio takie stanowisko zajęły również ERS i ATS (2), które zalecają wykonanie 4 wdechów salbutamolu u chorych nie mających choroby wieńcowej lub zaburzeń rytmu. Zalecenia te są przestrzegane przez jedną trzecią respondentów. Pozostali wykonują próbę rozkurczową tylko u części chorych.

Niezadowolająca jest też znajomość badania dodatkowego (poza spirometrią) obowiązującego przy rozpoznawaniu POChP. Tylko 63% R wskazało prawidłowo, że jest to zdjęcie rtg klatki piersiowej.

Podobnie nie wszyscy R wymienili przewlekły kaszel oraz duszność wysiłkową jako najbardziej

typowe objawy choroby. Wymienione przez 9% R „duszność po wysiłku” i „duszność nocna” są typowymi objawami astmy.

### **Poradnictwo antynikotynowe**

Pozytywnie przedstawia się poradnictwo antynikotynowe. Praktycznie wszyscy respondenci pytają o nałóg palenia, a 85% traktuje poradnictwo antynikotynowe jako proces ciągły. Jednakże brak możliwości skierowania palących mających trudności z zaprzestaniem palenia do specjalistycznej poradni antynikotynowej, zgłoszona przez ponad połowę respondentów, zmniejsza liczbę palących, u których można by osiągnąć całkowitą abstynencję. Ostatnio sugeruje się, że samo zmniejszenie liczby papierosów wypalanych dziennie nie ma wpływu na objawy choroby ani na wielkość rocznej utraty FEV<sub>1</sub> (24). Lepsze jest całkowite chociażby tylko czasowe zaprzestanie palenia (18).

Zaprzestanie palenia nie tylko zahamowuje postęp choroby zasadniczej ale także istotnie zmniejsza śmiertelność, szczególnie z powodu raka płuc i choroby wieńcowej. W kohorcie liczącej 5887 palaczy z łagodną postacią POChP po 14,5 latach obserwacji stwierdzono, że u badanych, którzy przestali palić całkowicie (21%) wskaźnik zgonów wyniósł 6/1000, u palaczy, którzy czasowo przestali palić – 7,8/1000, natomiast u kontynuujących palenie 11,1/1000 (p<0,001) (25).

Organizacja finansowanych przez NFZ poradni antynikotynowych przy poradniach chorób płuc wydaje się być konieczna jeśli wczesne rozpoznawanie POChP ma zmniejszyć liczbę chorych z ciężką postacią choroby oraz ograniczyć umieralność.

Jedną z przyczyn powszechnego zaangażowania pneumonologów w działania antynikotynowe mogą być własne postawy respondentów wobec palenia. Tylko 6% pali a 61% nigdy nie paliło. To dobry prognostyk. Niedawno zakończone, trwające od 50 lat, badania nad zgonami 34439 lekarzy brytyjskich (mężczyzn) w zależności od nawyku palenia wykazały, że palenie papierosów skracało ich życie o 10 lat (26). Z tej pracy wynika również ważna wskazówka dla lekarzy, którzy obecnie palą. Zaprzestanie palenia w wieku 30 lat wydłuża życie do takiej długości jak u niepalących. Porzucenie nałogu później jest mniej skuteczne. Zakończenie palenia w 40 r.ż. wydłuża życie o 9 lat, w 50 r.ż. o 6 lat a w 60 r.ż. o 3 lata.

### **Leczenie**

Podstawowymi lekami stosowanymi u chorych na POChP są leki rozszerzające oskrzela. Najczęściej stosuje się jednocześnie 2 leki o różnym me-

chanizmie działania. Takie postępowanie wdraża się nawet u chorych z umiarkowaną postacią choroby, w której wszystkie zalecenia sugerują podanie jednego leku. Drugi lek dodaje się jeśli monoterapia nie kontroluje objawów (3, 27). W przypadku monoterapii częściej, zgodnie z zaleceniami, stosuje się lek antycholinergiczny. Najrzadziej stosowana jest teofilina.

Ostatnio Lubiński i wsp. (28) stwierdzili, że teofilina jest najczęściej stosowanym lekiem rozszerzającym oskrzela u chorych na POChP. Drugim pod względem częstości lekiem był krótkodziałający agonista receptorów  $\beta$ -adrenergicznych. Chorzy ci byli mieszkańcami małych miejscowości i pozostawali pod opieką lekarzy POZ. Zaobserwowane różnice mogą odzwierciedlać też szybkie zmiany w postępowaniu leczniczym w ciągu czterech lat dzielących realizację obu badań.

Wyniki ankiety sugerują, że obecnie najczęściej stosowanym przez specjalistów lekiem rozkurczającym oskrzela są LABA, następnie krótkodziałający lek antycholinergiczny a na trzecim miejscu kortykosteroid wziewny ICS).

Kortykosteroidy wziewne są stosowane częściej niż sugerują to zalecenia. Tylko 34% R stosuje je zgodnie z ogólnie przyjętymi zaleceniami. Czterdzieści osiem procent R stosuje ICS niezgodnie z zaleceniami w tym u kilkunastu procent chorych z umiarkowaną postacią choroby. Dzieje się tak mimo, że w kilku badaniach należących do kategorii A udowodniono, że w łagodnej i umiarkowanej postaci choroby ICS nie mają wpływu na postęp choroby (29-31). Nadużywanie ICS u chorych na POChP jest obserwowane w wielu krajach (32-34).

Domowe leczenie tlenem stało się rutynowym postępowaniem w leczeniu przewlekłej niewydolności oddychania. Osiemdziesiąt procent R ma styczność z tą formą leczenia. Niestety pomimo,

że DLT jest stosowane w Polsce od prawie 20 lat zbyt mało chorych z niego korzysta. Świadczą o tym listy oczekujących na przydział koncentratora. Liczba leczonych chorych wynosi mniej niż 3000 a wskazania do leczenia ma około 20 000 chorych. Wyraźna obniżka kosztów zakupu lub wypożyczenia koncentratorów tlenu jaka ostatnio nastąpiła stwarza korzystne warunki do szerokiego stosowania DLT w ramach kontraktów finansowanych przez NFZ.

Podobna sytuacja dotyczy rehabilitacji. Uważa się, że rehabilitacja istotnie poprawia jakość życia chorych na POChP głównie przez zwiększenie możliwości wysiłku fizycznego (35). Wiele zaleceń podkreśla rolę rehabilitacji w postępowaniu leczniczym (2,8,9). Rehabilitacja podobnie jak DLT jest procedurą refundowaną przez NFZ i nieliczne, ośrodki pneumonologiczne w kraju już korzystają z tej możliwości. Należy jak najszybciej zacząć szerzej stosować rehabilitację w Polsce.

Wyniki ankiety należy przyjmować z ostrożnością. Na ankietę odpowiedziało tylko 10% potencjalnych respondentów. Niski procent odpowiadających jest typowy dla badań ankietowych. W badaniach belgijskich (11) wyniósł on 25% a w Argentynie (13) 36%.

Można też przypuszczać, że respondenci są szczególnie zainteresowani POChP i ich działania w dziedzinie tej choroby są większe niż przeciętne. Dlatego rzeczywisty stan postępowania w POChP w Polsce jest prawdopodobnie gorszy niż przedstawiono w tej pracy.

Analizie poddano sposób opieki nad chorymi na POChP na poziomie specjalisty. Bardzo potrzebne jest podobne badanie wśród lekarzy POZ, którzy opiekują się większością chorych na POChP w Polsce.

#### Podziękowania

Autorzy dziękują firmie Adamed za pomoc w przeprowadzeniu badania.

## Piśmiennictwo

1. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996;274:740-743.
2. www.thoracic.org/copd
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: August 2005.
4. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, i wsp. State of the Art Compendium: Canadian Thoracic Society recommendations for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J* 2004;11 Suppl B:7B-59B.
5. Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. *Thorax* 2004;59 Suppl1:1-232.
6. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonol Alergol Pol* 1997; 65, Supl. 2: 1-24.
7. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonol Alergol Pol* 2002; 70, Supl. 2: 1-44.
8. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonol Alergol Pol* 2004; 72, Supl. 1: 1-27.
9. Wytyczne postępowania w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POChP) dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wytyczne Kolegium Lekarzy Medycyny Rodzinnej w Polsce. Aktis, Kraków 2002.
10. Światowa Strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Aktualizacja 2003. *Med. Prakt.* Wydanie specjalne 7/2003, 1-106
11. Decramer M, Bartsch P, Pauwels R, Yernault JC, and the COPD Advisory Board. Management of COPD according to guidelines. A national survey among Belgian physicians. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003;59:62-80
12. Fritsch K, Jacot ML, Klarer A, i wsp. Adherence to the Swiss guidelines for management of COPD: experience of a Swiss Teaching Hospital. *Swiss Med Wkly* 2005;135:116-121.
13. Sivori ML, Raimondi GA. Survey of chest physicians regarding COPD diagnosis and treatment. *Medicina (B Aires)* 2004;64:113-119.
14. Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2004 roku. Red. Szczuka I. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2005.
15. Mannino DM, Brown C, Giovino GA. Obstructive lung deaths in the United States from 1979 through 1993. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;156:814-818.
16. Xu X, Dockery DW, Ware JH, i wsp. Effects of cigarette smoking on rate of loss of pulmonary function in adults: a longitudinal assessment. *Am Rev Respir Dis* 1992;146:1345-1348.
17. Burchfiel CM, Marcus EB, Curb JB, i wsp. Effects of smoking and smoking cessation on longitudinal decline in pulmonary function. *Am Respir Crit Care Med* 1995;151: 1778-1785.
18. 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.
19. Pena VS, Miravittles M, Gabriel R, i wsp. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000;118:981-989.
20. Mannino DM, Gagnon RC, Petty TL, i wsp. Obstructive lung disease and low lung function in adults in the United States: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Intern Med* 2000;160:1683-1689.
21. Sterk PJ. Let's not forget: the GOLD criteria for COPD are based on post-bronchodilator FEV1. *Eur Respir J* 2004;23: 497-498.
22. Pływaczewski R, Bednarek M, Jonczak L, Zieliński J. Częstość występowania POChP wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2003; 71: 329-335.
23. Zieliński J, MacNee W, Wedzicha J, i wsp. Causes of death in patients with COPD and respiratory failure. *Monaldi Arch Chest Dis* 1997;52:43-47.
24. Simmons MS, Connett JE, Nides MA i wsp. Smoking reduction and the rate of decline in FEV1: results from the Lung Health Study. *Eur Respir J* 2005;25:1011-1017.
25. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, i wsp. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality. A randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005;142: 233-239.
26. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-1533.
27. Taskhin DP, Cooper CD. The role of long-acting bronchodilators in the management of stable COPD. *Chest* 2004; 125:249-259.
28. Lubiński W, Toczyska I, Rożyńska R, Chciałowski A. Analiza sposobu leczenia chorych na POChP. *Pol Merk Lek* 2003;15,90:547-550.
29. Pauwels RA, Lofdahl CG, Laitinen LA, i wsp. Long-term effect of inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. *N Engl J Med* 1999;340:1948-1953
30. Burge PS, Calverley PMA, Jones PW, i wsp. Randomised, double-blind, placebo-controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease, the ISOLDE trial. *BMJ* 2000;320: 1297-1303.
31. Lung Health Study Research Group. Effect of inhaled triamcinolone on the decline in pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2000; 343:1902-1909.
32. Rennard S, Decramer M, Calverley PMA, i wsp. Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of confronting COPD international survey. *Eur Respir J* 2002; 20: 799-805.
33. Roche N, Lepage T, Bourcereau J, i wsp. Guidelines versus clinical practice in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2001; 18:903-908.
34. Calverley PMA. Medical therapy for COPD: lessons from the real world. *Eur Respir J* 2002; 20: 797-798.
35. Ries AL. Pulmonary rehabilitation and COPD. *Semin Respir Crit Care Med* 2005;26:133-141.

Wpłynęła: 8.07.2005 r.

Adres: II Klinika Chorób Płuc IGiChP, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa