

Przewlekła obturacyjna choroba płuc w oczach chorych i lekarzy

Chronic obstructive pulmonary disease – patients and doctors perspective

JERZY KOZIELSKI

Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruzlicy, Śląska Akademia Medyczna, ul. Koziółka 1, 41-803 Zabrze

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z najczęstszych chorób występujących wśród ludzi. W pracy przedstawiono przegląd opublikowanych badań ankietowych przeprowadzonych wśród chorych w 9 krajach Ameryki Północnej i Europy oraz losowo wybranych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów. Wyniki te pozwoliły ocenić częstość występowania POChP, poznać opinie ankietowanych na temat choroby i jej leczenia oraz zdanie lekarzy o chorych i leczeniu POChP. Dane uzyskane w badaniach międzynarodowych porównano do wyników podobnych badań przeprowadzonych w Polsce. Należy mieć nadzieję, że uzyskane informacje pomogą lekarzom lepiej zrozumieć chorego, a tym samym poprawić postępowanie lecznicze.

Alergia Astma Immunologia, 2004, 9(4), 175-177

Słowa kluczowe: POChP, objawy, leczenie, samoocena choroby

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of the most common disorders. The author overviews the results of a questionnaire survey performed in 9 countries of North America and Europe on patients with COPD, general practitioners and specialist. The survey assessed the prevalence of COPD and allowed to estimate patients' opinions on the impact of the disease on the quality of life as well as their views on the quality of treatment, and doctors' opinions on the patients and the effectiveness of the employed treatment procedures. The results of that international study are compared to similar data obtained in Poland. It is hoped that the information obtained in the survey will enable better understanding of patients' needs and, thereby, employ better treatment procedures.

Alergia Astma Immunologia, 2004, 9(4), 175-177

Key words: COPD, symptoms, treatment, self-assessment

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest chorobą rozpowszechnioną na świecie, w tym również w Polsce, a częstość jej występowania stale wzrasta. Charakterystycznymi cechami choroby są narastająca w miarę jej postępu duszność i ograniczenie zdolności wysiłkowej. Wykrycie POChP we wczesnym okresie i przerwanie działania czynników ją wywołujących pozwalają na zahamowanie jej rozwoju. W stadiach bardziej zaawansowanych, mimo przerwania narażenia, choroba postępuje. Leczenie POChP jest objawowe, ma na celu zmniejszenie dolegliwości, ograniczenie częstości zaostrzeń, poprawę samopoczucia chorych, zmniejszenie postępu choroby i opóźnienie zgonu [1,2,3].

Choć opracowano wiele wytycznych rozpoznawania i leczenia chorych na POChP [2,3], nasze informacje na temat ich zastosowania w praktyce dnia codziennego są szczątkowe. Lekarze nie wiedzą, jak chory na POChP odczuwa swoją chorobę, co myśli o terapii, czy zalecona terapia jest przez niego stosowana oraz czy jest właściwa wobec ustalonych wytycznych.

POChP w badaniach międzynarodowych

W roku 2000/2001 przeprowadzono w Ameryce Północnej (USA, Kanada) i Europie (6 krajów Europy Zachodniej) badania ankietowe dotyczące występowania i leczenia POChP [4]. Metodą tych badań była bardzo ciekawa. Ankietę zbierano telefonicznie od osób wyselekcjonowanych z populacji mieszkańców na podstawie wieku, objawów chorobowych, palenia papierosów (w tym liczby wypalanych papierosów). Do badań zakwalifikowano wstępnie 201921 gospodarstw domowych. Spośród tych gospodarstw wybrano 5566, w których była osoba w wieku powyżej 45. roku życia, z diagnozą POChP lub objawami przewlekłego zapalenia oskrzeli, z wywiadem palenia 10 lub więcej paczko/lat. Ankietę zebrano w tych państwach również wśród 905 lekarzy, w tym 625 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i 280 pneumonologów. Pełny wywiad indywidualny przeprowadzono u 3265 osób. Średni wiek ankietowanych wynosił 64,4 lat \pm 10,6, a aktualnie paliło papierosy 46% osób. Wśród ankietowanych było 44,2% kobiet. Badane osoby zakwalifikowały się wg

własnej oceny jako: chore łagodnie – 31,8%, średnio ciężko – 44,1% i ciężko – 21%. U osób tych wstępnie stawiane były przez lekarzy różne rozpoznania, najczęściej przewlekłe zapalenie oskrzeli (36%), rzadziej rozedma płuc (26%) i POChP (23,4%). Pozostałe osoby, tj. 15,4% nie miały rozpoznania. Najwięcej osób niezdiagnozowanych było w Wielkiej Brytanii (30%), najmniej w USA (9%). Choroba dotyczyła z podobną częstością osób w wieku 45-54 lat (25%), co w pozostałych grupach wiekowych (55-64 lat – 29%, 65-74 lat – 29%, powyżej 75 r.ż. – 18%). POChP rozpoznano u 6% do 8,6% badanych (w Holandii).

Wpływ choroby na życie pacjentów

W grupie chorych na POChP, zarówno palących, jak i niepalących papierosy, około połowa codziennie lub przez większość dni w ciągu 3 miesięcy ostatniego roku miała uczucie krótkiego oddechu. Spośród tych chorych 15% miało kaszel, odkrztuszanie, duszność i budziło się w nocy z powodu tych objawów. Wymienione powyżej objawy występowały pojedynczo u około 80% chorych na POChP. Najczęściej duszności odczuwane były przy przyspieszonym kroku po płaskim lub pochyłym terenie (28% ankietowanych) lub po kilkunastominutowym spacerze (25%). Prawie 70% chorych odczuwało duszności przy wejściu na pierwsze piętro, a przy myciu, ubieraniu się i wykonywaniu drobnych, codziennych czynności w domu – 34%.

21% chorych oceniło swój stan jako ciężki, 44% – umiarkowany, 32% – jako lekki. Oceny stopnia duszności dokonywano na podstawie jej opisu przez pacjenta. W piątym stopniu jej nasilenia wg skali duszności MRC, czyli duszności odczuwanej w spoczynku, 62% chorych oceniło swój stan jako ciężki, podczas gdy w pierwszym stopniu tylko 7%. Jednak wśród ankietowanych swój stan jako zły lub bardzo zły oceniło 26% chorych, a 35% jako dobry.

Ponad 1/3 chorych na POChP (36%) nie była zdolna do pracy. Aż 45% osób w wieku produkcyjnym straciło pracę w ciągu ostatniego roku, co może wskazywać na zaawansowanie procesu chorobowego. Ograniczenie dziennej aktywności dotyczyło podobnie często chorych w wieku do i powyżej 65 lat, z wyjątkiem tolerancji wysiłku, która była znamienne częściej ograniczona u osób w wieku powyżej 65 lat. Spośród ankietowanych chorych z powodu choroby było hospitalizowanych 28% osób, z tego 13% w ciągu ostatniego roku. Około 1/3 badanych z powodu POChP korzystała w ciągu ostatniego roku z pomocy doraźnej. Znamienne częściej hospitalizacji poddawani byli chorzy powyżej 65. r.ż. U osób młodych, poniżej 45. r.ż. aż 45% przebywało na zwolnieniu chorobowym z powodu choroby.

Większość chorych miała świadomość, że ich stan zdrowia ulegnie pogorszeniu. 40% chorych nie czyniło

żadnych planów na przyszłość. Ponad 1/3 chorych bała się zaostrzenia choroby z dala od domu. Głównie bały się tego stanu osoby powyżej 65. r.ż.

Zakres i efektywność postępowania leczniczego

Chorzy na POChP najczęściej byli leczeni przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (71% chorych). Większość chorych (79%) miała wykonane badanie spirometryczne. Najmniej tych badań wykonano u chorych we Włoszech – 55%, najwięcej w USA – 87%. Ponad 60% chorych podawało, że ma poczucie, że leczącym ich lekarzom zależy na udzieleniu im pomocy, że posiadają oni dużą wiedzę na jej temat, w tym i jej leczenia. Tyle samo chorych podawało, że lekarz włącza ich w decyzje terapeutyczne. Chorzy ci byli w tym samym procencie zadowoleni ze swojego lekarza. Ponad 60% chorych uważało, że porada lekarska pomogła im w opanowywaniu objawów choroby. Ponad 80% chorych uważało, że postęp w nasileniu duszności może być zahamowany, chociaż 70% miało świadomość, że z wiekiem ich duszność pogorszy się bez względu na leczenie. Około 70% chorych uważało, że ich choroba może być obecnie lepiej kontrolowana niż 5 lat temu i że dzięki odpowiedniemu leczeniu mogą żyć aktywnie, pełnią życia. Jednak 40% ankietowanych chorych zdawało sobie sprawę, że nie ma obecnie tak naprawdę skutecznego leczenia choroby. Prawie 80% chorych wiedziało, że palenie papierosów jest najczęstszą przyczyną choroby.

Przedstawiono również opinie lekarzy na temat choroby. Według nich obecnie, w porównaniu do sytuacji sprzed 10 lat, opieka zdrowotna nad chorym na POChP jest lepsza. Ankietowani lekarze prawie wszystkim swoim chorym (95%) zalecają szczepienia przeciw grypie. Większości chorych z postacią umiarkowaną choroby przepisują oni wziewne glikokortykosteroidy (ponad 60%), krótkodziałające β_2 -mimetyki (około 60%), długodziałające β_2 -mimetyki (około 52%), cholinolityki (około 50%).

Stosują oni również u chorych w niewielkim procencie steroidy doustnie (8%), teofilinę (11%), leki antyleukotrienowe (6%) oraz u 7% profilaktycznie antybiotyki.

Z kolei chorzy podawali, że pobierają następujące leczenie: krótkodziałające β_2 -mimetyki (22%), wziewne glikokortykosteroidy (22%), leki cholinolityczne (14%), teofilinę (8%), długodziałające β_2 -mimetyki (7%), systemowe steroidy (3%) i leki antyleukotrienowe (4%). Stosowane przez chorych leczenie prawie wszystkim dało możliwość nieprzerywanego snu przez całą noc. 1/3 chorych uważała, że stosowane leczenie utrudnia im prowadzenie aktywnego życia i wolałaby przyjmować leki wygodniejsze w użyciu, np. takie, które byłyby podawane tylko 2 razy dziennie i w mniejszej ilości. Około połowa chorych nosi zawsze przy sobie inhalator, a większość, bo 74% uważało, że są to skuteczne leki łagodzące objawy

choroby. 80% chorych było zdania, że są bardzo dobrze, odpowiednio poinformowani o swojej chorobie i leczeniu, chociaż 87% chorych odczuwało potrzebę większej ilości informacji na ten temat. Aż 73% chorych uważało, że lekarze powinni posiadać lepszą wiedzę na temat ich choroby, a 66%, że potrafi sobie poradzić ze swoją chorobą. Innego zdania byli lekarze, którzy twierdzili, że takich chorych jest mniej (45% w ich ocenie), a ponad 75% chorych wymaga lepszej edukacji w zakresie swojej choroby, tak jak lepszej edukacji wymagają na temat POChP pracownicy służby zdrowia. 41% chorych z ciężką postacią choroby, ocenianą w skali duszności wg MRC, uważa, że choroba jest źle kontrolowana. W postaci lekkiej 63% chorych twierdzi, że choroba jest całkowicie i dobrze kontrolowana.

POChP w badaniach polskich

Badania ankietowe przeprowadzone wśród chorych na POChP w wybranych krajach świata dowiodły, że POChP jest chorobą rozpowszechnioną, występującą u około 6% osób powyżej 45. r. ż. Prawie połowa chorych to kobiety. Mimo istniejących kryteriów jej rozpoznania tylko część chorych miała ustalone właściwe rozpoznanie. Część chorych zdiagnozowana była jako przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc. Średnio 15% chorych nie było zdiagnozowanych. Badanie czynnościowe zostało wykonane u prawie 3/4 chorych. W Polsce oszacowano, że choroba występuje u około 10% dorosłych. Wyniki przedstawianych badań w innych krajach wykazały, że wśród chorych na POChP było około 1/3 niepalących; w naszym kraju niepalący stanowili 1/5 [5]. W badaniach krajowych stwierdzono, że prawie połowa chorych na POChP była niezdiagnozowana. Zjawisko to obecnie najpewniej uległo poprawie w związku z realizacją Narodowego Programu Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP, w którym wzięło udział już kilkadziesiąt tysięcy osób [6]. Podobnie do analizowanych danych nasze badania dowiodły, że odczucie przez chorego ciężkości choroby wzrasta wraz ze stopniem odczuwanej przez niego duszności w skali MRC. Stwierdziliśmy ponadto, że ryzyko względne POChP było największe u osób podających w wywiadzie świszczący oddech

przez większość dni w roku. Zależało ono również od ilości paczko/lat. Pytania w wywiadzie osób podejrzanych o POChP powinny, oprócz pytania dotyczącego występowania krótkiego oddechu, dotyczyć również odczuwania duszności przy wejściu na I piętro, odczuwania duszności przy przyspieszonym kroku na płaskim lub lekko nachylonym terenie lub duszności odczuwanych po kilkuminutowym spacerze. Większość chorych na POChP w naszych badaniach, bo aż 79%, nie stosowała żadnego leczenia. W cytowanych badaniach ten procent był mniejszy. Leczenie przez chorych pobierane było okazjonalnie, bowiem znaczna ich część nie pamiętała nazw zażywanych leków. Mimo istniejących wytycznych dotyczących leczenia POChP, lekarze stosują często inną terapię. Dotyczy to powszechnego stosowania glikokortykosteroidów wziewnych, stosowania leków antyleukotrienowych i profilaktycznego podawania antybiotyków. Stosowane są nadal systemowo glikokortykosteroidy w stabilnej postaci choroby. Podobne leczenie odbiegające od wytycznych stwierdzono również w innych krajach [7]. Być może właściwe stosowanie leczenia poprawiłoby kontrolę nad chorobą i zmniejszyłoby liczbę chorych korzystających z pomocy doraźnej i ograniczyłoby częstość hospitalizacji. Samoocena przebiegu choroby i stosowanego leczenia jest często zmienna i niejednoznaczna. Ale determinantami zdrowia są też, oprócz zachowań jednostkowych, status społeczny i ekonomiczny chorego, wsparcie ze strony otoczenia oraz środowiska otaczającego, w tym warunki mieszkania i pracy. Różna jest jakość życia tych chorych, oceniana jako świadomość zaspokojenia własnych potrzeb oraz postrzeganie możliwości rozwoju osobowego [8,9]. U większości chorych ocena swojej przyszłości jest niekorzystna.

Analizowane dane uzmysłowiły konieczność opracowania wspólnie z chorym planu jego leczenia, w tym planu postępowania w zaostrzeniu choroby. Znajomość choroby powinna poza lekarzami dotyczyć również innych pracowników służby zdrowia. Implementacja wytycznych rozpoznawania i leczenia POChP zawsze powinna być przeprowadzona również w środowisku pracy lekarza [10]. Badania wskazały na potrzebę szerzenia edukacji o chorobie również wśród pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Doll R, Peto R, Boreham J i wsp. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 22: 1-9.
2. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego rozpoznawania i leczenia POChP. *Pneumonol Alerg Pol* 2002; 70 (Suppl. 2).
3. Światowa strategia rozpoznawania i leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Raport NHLBI/WHO. *Med Prakt* 2001.
4. Confronting COPD. *Respiratory Med* 2003; 97 (Suppl. C).
5. Niepsuj G, Kozielski J i wsp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc u mieszkańców miasta Zabrze. *Wiad Lek* 2002; 55 (Suppl. 1): 354-359.
6. Zieliński J, Roszkowski Śliż K. Narodowy Program Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP. *Pneumonol Alergol Pol* 2002; 70: 125-129.
7. Decremier M, Bartsch P, Pauwels R, Yaurneult 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.
8. Farnik-Brodzińska, Pierzchała W. Badanie jakości życia w chorobach układu oddechowego. *Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice* 1999.
9. WHO Copenhagen Cart Glossary. *Copenhagen* 1989.
10. Heffner JE, Alberts WM, Irvin R i wsp. Translating guidelines into clinical practice. *Chest* 2000; 118: 708-770.