

Rafał Dobek¹, Małgorzata Farnik², Monika Franczuk³, Zygmunt Konieczny⁴, Włodzimierz Mierzwa⁵,
Joanna Nowacka-Apiyo⁶, Andrzej Obojski⁷, Katarzyna Przybyłowska⁸, Krystyna Rastawska⁹,
Renata Rubinsztajn¹⁰, Joanna Tęsiorska¹¹, Iwona Damps-Konstańska¹²

¹II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

²Katedra i Klinika Pneumonologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Zakład Fizjopatologii Oddychania, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

⁴Oddział Pulmonologii z Pododdziałem Chemioterapii, SP ZOZ ZOZ w Głuchołazach

⁵Oddział Chorób Płuc Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. N.M.P. w Częstochowie

⁶Prywatny Gabinet Pulmonologiczny w Grudziądzu

⁷Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

⁸Klinika Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych, CSK MSWiA w Warszawie

⁹Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy, SP ZOZ Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głuchołazach

¹⁰Centrum Medyczne LUX MED w Warszawie

¹¹Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc, Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu

¹²Klinika Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Ścieżka chorego na POChP w Polsce: stan obecny i pożądany kierunek zmian. Perspektywa specjalistów pulmonologów

Streszczenie

Wstęp: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to jedna z najczęstszych chorób przewlekłych, która stanowi poważne obciążenie dla pacjentów i jest istotnym problemem społecznym. W Polsce POChP jest niedoceniana, zbyt późno diagnozowana, chorzy na POChP nie są optymalnie leczeni. W celu opisania ścieżki chorego na POChP w Polsce, zdefiniowania problemów pojawiających się na etapie rozpoznawania i leczenia choroby oraz zaproponowania możliwych rozwiązań zorganizowano spotkanie doradcze specjalistów chorób płuc.

Materiał i metody: Wirtualne spotkanie doradcze odbyło się w lipcu 2021. Wzięło w nim udział 12 ekspertów w dziedzinie chorób płuc reprezentujących ośrodki z całego kraju i posiadających doświadczenie w opiece nad chorymi na POChP. Na podstawie wypowiedzi ekspertów przygotowano raport końcowy przedstawiony w tej publikacji. Zawiera on opinie pogrupowane jako: zidentyfikowane nieprawidłowości i propozycje rozwiązań.

Wyniki: Podczas spotkania doradczego omówiono aktualną sytuację związaną z rozpoznawaniem i leczeniem POChP. Główne problemy to: późne rozpoznanie choroby (niewiedza pacjentów, późne kierowanie przez lekarzy POZ), ograniczona dostępność badania spirometrycznego i specjalistów, brak właściwego przepływu informacji między lekarzem POZ a pulmonologiem, brak informacji o przebytych zaostrzeniach, brak aktualnych polskich standardów leczenia POChP.

Podsumowanie: W dyskusji zaproponowano szereg rozwiązań (w tym tzw. systemowych), które w opinii ekspertów mogłyby poprawić obecną sytuację: zwiększenie wiedzy społeczeństwa o POChP, poprawa i standaryzacja komunikacji lekarz POZ-pulmonolog oraz edukacja kadr medycznych (wszystkich szczebli opieki nad chorymi) na temat profilaktyki i terapii POChP.

Słowa kluczowe: POChP, wczesne rozpoznanie, spirometria

Pneumologia Polska 2022; 1–2: 23–32

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) charakteryzuje się utrwalonym, zazwyczaj postępującym ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe. Jest ono wywołane przez przewlekły stan zapalny toczący się

w błonie śluzowej dróg oddechowych wskutek palenia papierosów, wdychania zanieczyszczonego powietrza lub ekspozycji na pyły i szkodliwe substancje chemiczne. W efekcie pojawiają się: przewlekły kaszel z wykrztuszaniem, ograniczenie tolerancji wysiłku i duszność. Przebieg POChP pogarszają zaostrzenia choroby, definiowane jako

Adres do korespondencji: Rafał Dobek, II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa

Otrzymano: 07.04.2022

Copyright © 2022 PTChP

ISSN 2719-2881, e-ISSN 2719-9002

ostre incydenty charakteryzujące się nasileniem objawów i zmuszające do zmiany dotychczasowego leczenia. Zaostrzenia wymagają nierzadko leczenia szpitalnego, a ich częstość i ciężkość narasta wraz z postępem choroby. Zaostrzenia pogarszają jakość życia pacjenta i stanowią zagrożenie ich życia [1, 2].

Na świecie POChP występuje u około 11,7% populacji i odpowiada za około 3 miliony zgonów rocznie. Między innymi ze względu na starzenie się społeczeństw przewiduje się, że do 2060 roku z powodu POChP będzie umierać około 5,4 miliona osób rocznie [1]. W Polsce POChP to jedna z najczęstszych chorób przewlekłych [2]. Dane epidemiologiczne wskazują, że choruje na nią około 2 milionów osób, w tym na postać zaawansowaną około 400 tysięcy [3]. Należy przypuszczać, że liczby te są niedoszacowane, ponieważ nie przeprowadzono badań na próbie reprezentatywnej, a wyniki wielu analiz pokazują, że POChP jest głównie rozpoznawana w jej ciężkiej i bardzo ciężkiej postaci [2].

POChP należy traktować jako chorobę ogólnoustrojową [4, 5], dlatego istotne jest jej wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia zanim dojdzie do powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego i innych narządów. Wczesne rozpoznanie daje szansę na wdrożenie profilaktyki trzeciorzędowej, opóźnienie postępu choroby i odsunięcie w czasie powikłań [1, 6, 7]. Wyniki leczenia zaawansowanej postaci POChP są niezadowalające i wielu chorych odczuwa nasilone objawy [8]. Za wczesnym rozpoznanem i interwencją leczniczą przemawiają również względy ekonomiczne: u chorych z zaawansowaną postacią POChP dochodzi przeciętnie do 2–3 zaostrzeń rocznie, wielu z nich wymaga leczenia szpitalnego, a koszt hospitalizacji chorych z powodu zaostrzeń POChP jest 6–9 razy wyższy niż koszt leczenia ambulatoryjnego [9].

Fakt, że zaostrzenia przyspieszają postęp POChP, pogarszają rokowanie i zwiększają koszty leczenia podkreśla światowy raport GOLD 2022 [1]. Tymczasem w Polsce, wielu chorych pozostaje pod wyłączną opieką lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), bez lub z ograniczonym dostępem do specjalisty [10], a badania sugerują, że nawet połowa zaostrzeń pozostaje poza obserwacją lekarzy [11].

Ponieważ z doniesień wynika, że POChP w Polsce jest chorobą niedocenianą, późno diagnozowaną i leczoną nieoptymalnie [2, 11, 12], zorganizowano spotkanie doradcze specjalistów chorób płuc posiadających doświadczenie w opiece nad chorymi na POChP. Celem dyskusji było

opisanie ścieżki chorego na POChP w Polsce, zdefiniowanie problemów pojawiających się na etapie rozpoznawania i leczenia choroby oraz dyskusja nad możliwymi rozwiązaniami.

Metodologia

Spotkanie doradcze pt. „Sytuacja i perspektywy leczenia w POChP w Polsce” odbyło się w lipcu 2021. Wzięli w nim udział eksperci w dziedzinie chorób płuc reprezentujący ośrodki z całego kraju, którzy są współautorami niniejszego opracowania. Spotkanie było moderowane przez doktora Rafała Dobka z II Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Uczestnicy wymieniali opinie co do rozpoznania i leczenia POChP, identyfikacji nieprawidłowości i propozycji praktycznych rozwiązań.

Praca przebiegała w dwóch etapach. Etapem 1 było spotkanie wirtualne w czasie rzeczywistym, podczas którego eksperci udzielali pisemnych odpowiedzi na pytania moderatora zadawane na czacie na platformie Within 3 (<https://within3.com>). Listę dyskutowanych zagadnień przedstawia tabela 1. W ciągu kolejnego tygodnia, eksperci logując się na platformie indywidualnie mieli możliwość komentowania wypowiedzi kolegów oraz wyrażania opinii na pytania dodatkowe (etap 2). Na podstawie transkryptu wypowiedzi na platformie, przygotowano raport końcowy przedstawiony w tej publikacji. Zawiera on opinie pogrupowane jako: identyfikacja problemów i propozycje rozwiązań. W obrębie każdego z nich analizowano etap rozpoznania i leczenia POChP (ryc. 1 i ryc. 2), wyróżniono ważne tematy jak: edukacja, komunikacja między lekarzami, badanie spirometryczne, ustalanie leczenia oraz problem zaostrzeń choroby.

Problemy zidentyfikowane na ścieżce pacjenta

Przed rozpoznaniem

Według ekspertów, POChP jest rzadko rozpoznawana przez lekarzy POZ. Jest to spowodowane ograniczonym dostępem do badania spirometrycznego, a także ograniczonym czasem, jaki lekarz POZ może poświęcić pacjentowi. W efekcie duża grupa chorych na POChP pozostaje bez rozpoznania i leczenia. Sugestie te znajdują potwierdzenie w literaturze. W jednym z badań wykazano, że w grupie 1026 osób właściwe rozpoznanie POChP ustalono u 1% osób, tymczasem badanie spirometryczne potwierdziło występowanie POChP aż u 6,04% tych osób [13]. Obecnie, wskutek pandemii COVID-19, sytuacja

Tabela 1. Szczegółowe zagadnienia dyskutowane przez ekspertów

Temat	Szczegółowe pytania
Rozpoznawanie POChP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jak ustalone jest rozpoznanie POChP przez lekarza POZ? 2. Jakie są największe problemy i wyzwania na etapie diagnostyki? 3. W jakim stopniu zaawansowania choroby pacjenci są kierowani przez lekarza POZ do specjalisty?
Leczenie POChP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jak wygląda komunikacja lekarz POZ-pulmonolog na etapie leczenia POChP? 2. Kto i w jaki sposób edukuje pacjentów nt. POChP? Jaka w Państwa doświadczeniu jest rola lekarza POZ a jaka pulmonologa?
Zaostrzenia POChP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Czy wśród pulmonologów jest powszechna wiedza na temat wpływu zaostrzeń na progresję POChP? Jak odzwierciedla się to w praktyce? 2. Czy i co zmieniają częste zaostrzenia POChP w postępowaniu lekarza POZ? 3. Według badań, w Polsce aż 55% incydentów kilkudniowego pogorszenia objawów POChP („zaostrzeń”) nie jest zgłaszanych lekarzom. Jakie mogą być tego przyczyny i z jakimi konsekwencjami może wiązać się taka sytuacja? 4. Jak rozmawiać z pacjentem, aby mieć pełną informację na temat przebiegu choroby?
Propozycje zmian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jakie obszary dotyczące opieki nad chorymi na POChP wymagają poprawy? 2. Jakie działania i inicjatywy powinny być podjęte aby poprawić zgłaszalność i leczenie zaostrzeń POChP? 3. Aspekt kosztów leczenia jest bardzo ważny dla chorych na POChP, ponieważ zazwyczaj cierpią z powodu wielochorobowości. Co zmieniłoby się w leczeniu POChP gdyby leki stosowane w leczeniu POChP były tanie i dostępne dla pacjenta? 4. Jakie zmiany można by wprowadzić w organizacji opieki nad chorymi na POChP? Co powinno zostać zmienione w pierwszej kolejności?

uległa pogorszeniu: badania spirometryczne są trudniej dostępne, a umiejętności personelu prawdopodobnie zmniejszyły się wskutek długiej przerwy w wykonywaniu takich badań.

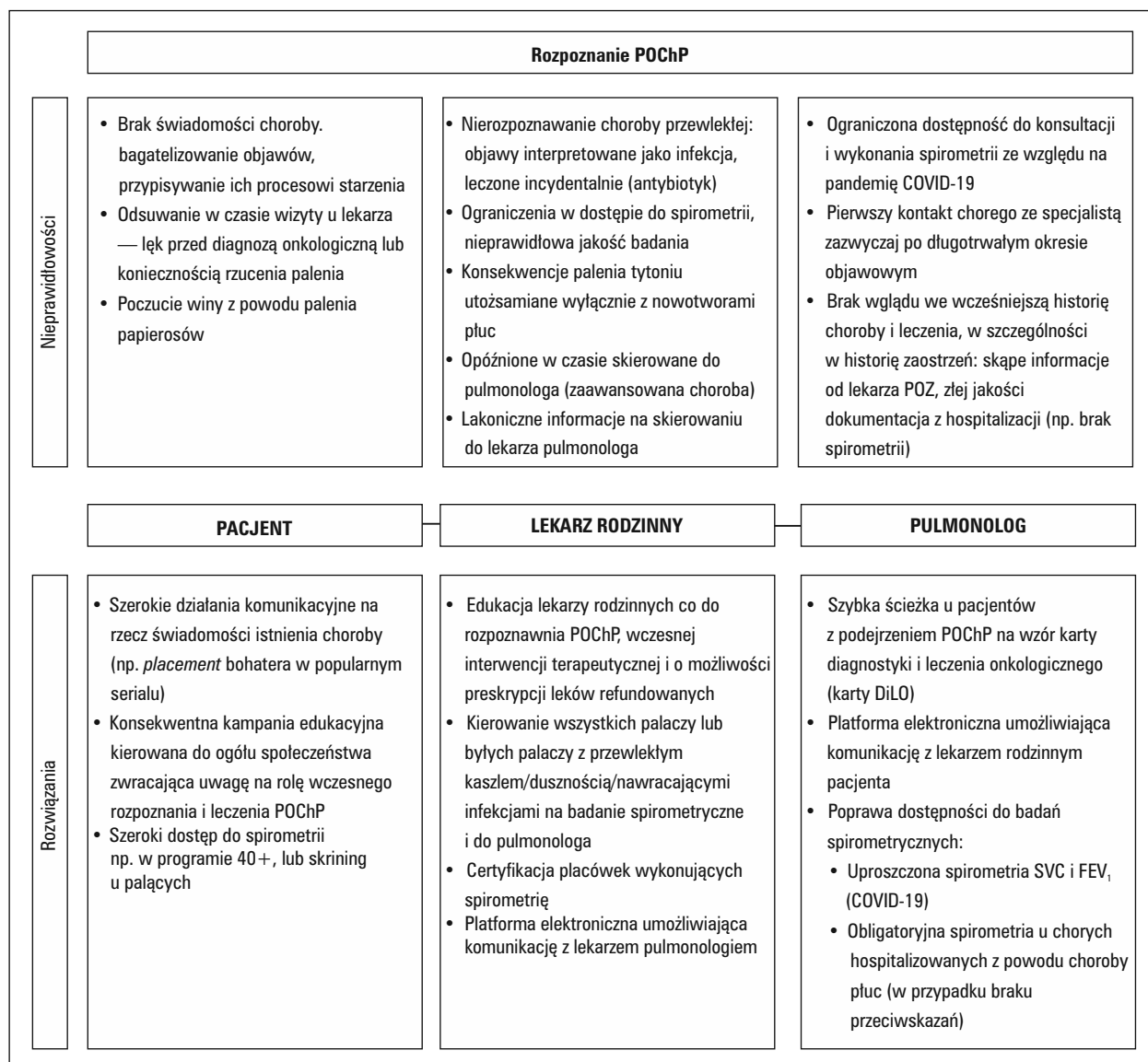
Na podstawie doświadczeń ekspertów biorących udział w spotkaniu: część lekarzy POZ ignoruje objawy zgłaszane przez pacjentów, przypisując je np. paleniu papierosów i uważając za nieuniknione. Część lekarzy POZ przypisuje zgłaszane objawy infekcjom układu oddechowego i — stosując antybiotyki — leczy domniemane zapalenie oskrzeli. Większość lekarzy POZ kieruje pacjentów do poradni chorób płuc z podejrzeniem POChP lub błędnym rozpoznaniem astmy.

Powszechnym zjawiskiem jest, że do specjalisty trafiają pacjenci z zaawansowaną chorobą, z nasilonymi dolegliwościami i często ciężką obturacją. Pacjenci należący do grupy A według *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* [1], charakteryzujący się małą intensywnością objawów oraz rzadko występującymi zaostrzeniami, należą do rzadkości. W takich przypadkach rozpoznanie zostaje najczęściej ustalone przypadkowo, dzięki np. badaniom w ramach leczenia onkologicznego, a ostatnio również w ramach badań kontrolnych po przebyciu zakażeniu wirusem SARS-CoV-2. Wśród osób trafiających do specjalisty po raz pierwszy przeważają pacjenci z grup B i D według GOLD, objawowi, często po

przebytym zaostrzeniu, a nawet z niewydolnością oddychania. W chwili rozpoznania POChP, u około 50% chorych występuje umiarkowana obturacja (GOLD 2), u 26% — ciężka obturacja (GOLD 3), u 5% — bardzo ciężka (GOLD 4). Zaledwie u 19% pacjentów udaje się potwierdzić rozpoznanie POChP na etapie łagodnej obturacji (GOLD 1) [14]. Część pacjentów jest kierowana do specjalisty dopiero po przebyciu ciężkiego zaostrzenia (wymagającego hospitalizacji) lub interwencji w SOR. U pozostałych rozpoznanie jest stawiane po długim (nawet kilkuletnim) okresie objawowym, w czasie którego byli jedynie krótkoterminowo leczeni w POZ.

Istotnym utrudnieniem jest mała dostępność lekarzy, zarówno POZ (szczególnie w czasie pandemii), jak i przede wszystkim specjalistów. Długi czas oczekiwania na wizytę opóźnia ustalenie rozpoznania. Dodatkowe trudności dotyczą chorych z małych miast i terenów wiejskich, którzy często nie są w stanie dotrzeć do odległej poradni specjalistycznej.

Do potwierdzenia podejrzenia POChP niezbędne jest badanie spirometryczne [1]. Według ekspertów, jednym z najważniejszych problemów na etapie rozpoznania POChP w Polsce jest ograniczony dostęp do dobrej jakości badań spirometrycznych w POZ. Z powodu niedostatecznego wyposażenia poradni POZ w sprzęt i braku



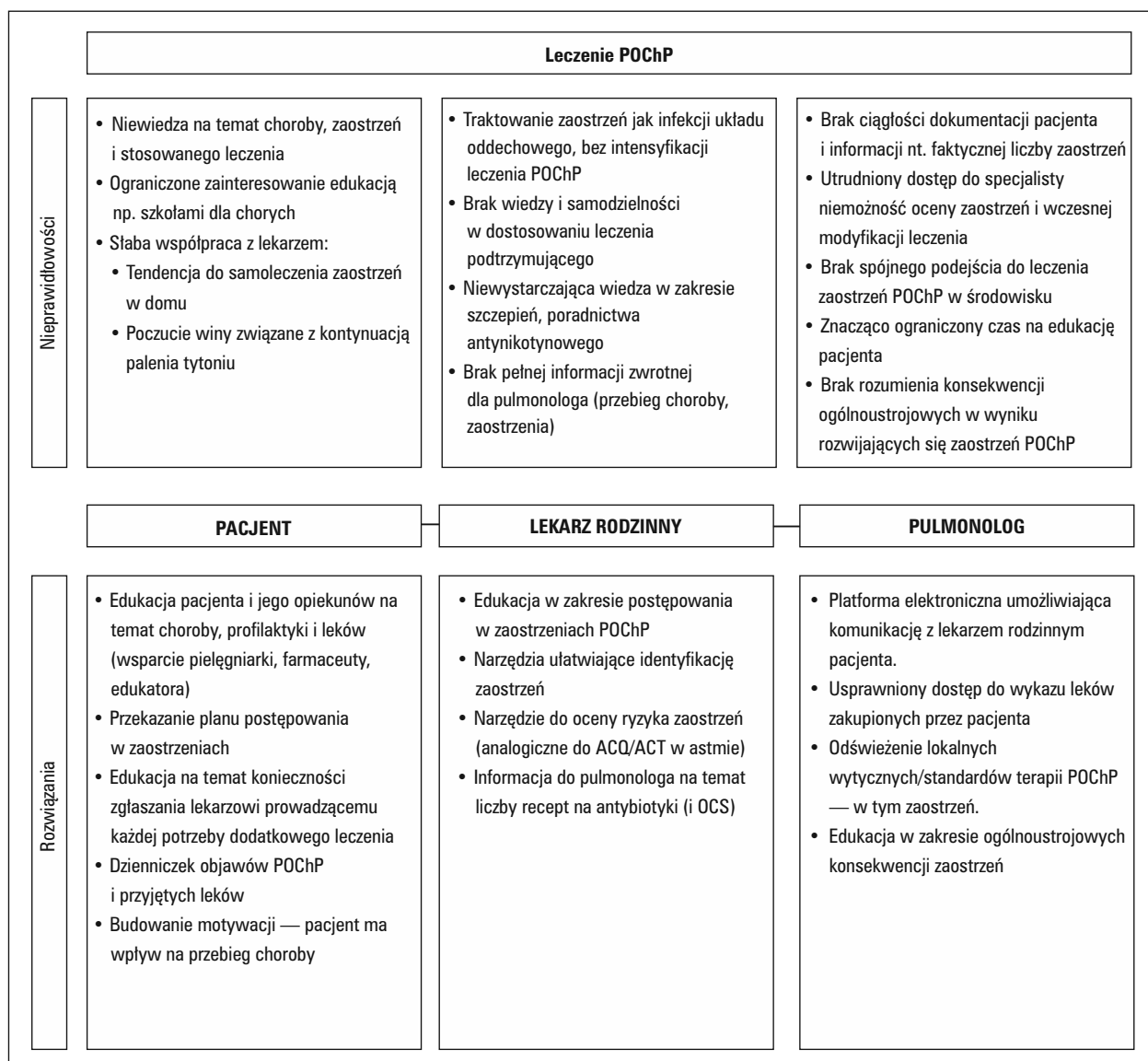
Rycina 1. Rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce: nieprawidłowości i propozycje rozwiązań

przeszkolonego personelu do wykonywania tych badań, konsultujący pulmonolog nie dysponuje jego wynikiem lub dostarczony wynik jest zły technicznie, co dodatkowo opóźnia rozpoznanie. Eksperti podkreślili również, że niska jakość badań spirometrycznych jest częstym i bardzo ważnym problemem.

Kolejnym problemem jest brak programów przesiewowych, w ramach których osoby z grup ryzyka, np. uzależnione od palenia tytoniu, powinny być kierowane na spirometrię, szczególnie, jeśli występują u nich objawy ze strony układu oddechowego. Obecnie nie są prowadzone programy profilaktyczne. Brak systemowych rozwiązań leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT), farmakoterapia nie jest refundowana.

Niezwykle istotnym problemem jest brak społecznej wiedzy na temat POChP i zagrożeń związanych z tą chorobą. Chorzy zwlekają ze zgłoszeniem się do lekarza, bagatelizują swoje objawy, traktując je jako zjawisko towarzyszące starzeniu się lub konsekwencją palenia papierosów.

Brak współpracy pomiędzy lekarzem pierwszego kontaktu a specjalistą negatywnie odbija się na jakości opieki medycznej [15]. Według ekspertów, w Polsce komunikacja między lekarzem POZ a lekarzem pulmonologiem jest ograniczona. Zazwyczaj skierowanie do specjalistycznej poradni jest lakoniczne, zawiera niewiele danych i sugestii rozpoznania. Oczekuje się, że lekarz specjalista po rozpoznaniu POChP, zaleci leczenie niefarmakologiczne, zaplanuje farmakoterapię



Rycina 2. Leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce: nieprawidłowości i propozycje rozwiązań

zgodnie z wytycznymi na podstawie intensywności objawów i częstości zaostrzeń oraz zapewni szkolenie w zakresie techniki aeroterapii. Ponadto specjalista wystawi pacjentowi zaświadczenie dla lekarza POZ opisujące plan leczenia (z uwzględnieniem przepisów refundacyjnych). Niestety, poza tymi dwoma dokumentami — skierowaniem od lekarza POZ i zaświadczeniem od lekarza specjalisty — komunikacja pomiędzy lekarzami praktycznie nie istnieje.

Komunikacja, niedoskonała już przed pandemią, pogorszyła się jeszcze bardziej podczas jej trwania, zarówno z powodu przeciążenia pracą lekarzy, jak i oddelegowania większości pulmonologów do leczenia chorych na COVID-19.

Powyższe czynniki powodują, że rozpoznanie POChP potwierdzone jest bardzo późno. Tymczasem wyniki dużych badań, takich jak KRONOS, *The Efficacy and Safety of Triple Therapy in Obstructive Lung Disease (ETHOS)* i *Informing the Pathway of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Treatment (IMPACT)* sugerują, że wczesne włączenie nowoczesnego leczenia umożliwi osiągnięcie lepszych efektów, pozwala na zmniejszenie ryzyka zaostrzeń choroby oraz śmiertelności [16, 17, 18].

W trakcie leczenia

Edukacja pacjentów

Istotnym warunkiem powodzenia terapii jest edukacja pacjentów oraz ich opiekunów. Pa-

cjent, który rozumie istotę swojej choroby i cele leczenia, czuje się współodpowiedzialny za jej przebieg i współpracuje z lekarzem. Ważne jest, aby pacjent znał objawy zaostrzenia oraz rozumiał jego znaczenie dla przebiegu POChP.

Niestety, ograniczenia czasowe zarówno lekarza POZ, jak i specjaliści bardzo utrudniają prowadzenie skutecznej edukacji. W czasie 15-minutowej wizyty edukacja pacjenta schodzi na dalszy plan. Przeniesienie zadań związanych z edukacją na personel średni również nie ma miejsca, ze względu na ograniczoną dostępność tych osób oraz niewystarczający stopień wykształcenia.

Edukacja chorych na POChP na poziomie POZ ogranicza się właściwie wyłącznie do informacji o szkodliwości palenia tytoniu i o szczepieniu przeciw grypie. Niestety wyszczepialność na poziomie 4% sugeruje, że działania te nie są zbyt skuteczne. Większość informacji chory otrzymuje albo podczas kolejnych wizyt u lekarza pulmonologa, albo w oddziale szpitalnym.

W niektórych ośrodkach w Polsce, np. w Gdańsku, odbywają się szkolenia dla chorych na POChP i ich opiekunów. Pandemia COVID-19 uniemożliwiła szkolenia stacjonarne chorych. Część chorych poszukuje informacji o POChP w portalach internetowych. Brak ogólnodostępnych narzędzi edukacyjnych dla pacjentów, a również pandemia sprawiają, że wiedza pacjentów o ich chorobie jest niewystarczająca, co negatywnie wpływa na skuteczność leczenia [1].

Leczenie POChP a zaostrzenia

Po ustaleniu rozpoznania, brak jest przepływu informacji od lekarza POZ do specjalisty. Na skutek tego specjalista nie posiada pełnego wglądu w historię leczenia pacjenta przy kolejnych konsultacjach. Potencjalne możliwości płynące z praktycznego zastosowania platformy Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) nie są wykorzystywane w codziennej praktyce. Najistotniejszym problemem jest brak informacji dotyczących rzeczywistej częstości i ciężkości zaostrzeń POChP u chorych pozostających pod opieką specjalistów.

Zaostrzenie POChP jest definiowane jako nasilenie objawów wymagające modyfikacji leczenia [1]. Ryzyko zaostrzeń wzrasta z każdym kolejnym przebytym zaostrzeniem, podwyższoną liczbą eozynofiliów we krwi, oraz współistniejącymi chorobami — szczególnie chorobami sercowo-naczyniowymi [1]. Ze względu na niekorzystny wpływ zaostrzeń na jakość życia chorych i rokowanie, zmniejszenie częstości zaostrzeń jest głównym celem leczenia POChP [1].

W zakresie zaostrzeń, należy podkreślić dwa problemy: pierwszy to odpowiednia modyfikacja leczenia w chwili wystąpienia objawów zaostrzenia (zazwyczaj przez lekarza POZ), a drugi, to optymalizacja leczenia podtrzymującego u pacjentów z nawracającymi zaostrzeniami (przez specjalistę).

W razie wystąpienia zaostrzenia, nie zawsze dochodzi do modyfikacji leczenia w odpowiednim momencie. Jest tu kilka powodów: istnieje tendencja pacjentów do samoleczenia i nie zwracania się po pomoc lekarską na początku objawów [19], brak kompetencji lekarzy POZ do intensyfikacji leczenia w zaostrzeniu, oraz trudny dostęp w razie nagłej sytuacji do konsultacji specjalistycznej.

Według ekspertów jedną z przyczyn tego stanu jest mała wiedza chorych na POChP na temat zaostrzeń ich choroby. Często chorzy bagatelizują początkowe objawy zaostrzeń, odwołują się do lekarza, starają się przeczekać pojawiające się objawy. Leczą się samodzielnie, zwiększając dawki stosowanych leków lub włączając antybiotyki posiadane w domu przepisane przez lekarza POZ. Nierzadko mają również dostęp do koncentratora tlenu, który w ich ocenie może pomagać bardziej niż leki wziewne. Tlenoterapia domowa prowadzona na własną rękę, bez ustalenia wskazań i bez regularnej kontroli gazometrii, może przynieść więcej szkód niż pożytku. Z jednej strony upowszechnienie koncentratorów tlenu jest korzystne dla pacjentów z niewydolnością oddychania, z drugiej strony należy pamiętać o wielu niebezpieczeństwach związanych z tlenoterapią bez kontroli lekarskiej. Stwierdzono, że leczenie tlenem nie przedłuża życia u chorych na POChP z umiarkowaną hipoksemią (pO_2 56–65 mmHg) [20].

Pacjent, który z powodu zaostrzenia zgłasza się do lekarza POZ, najczęściej otrzymuje leki o działaniu objawowym i antybiotyki, a rzadko glikokortykosteroidy systemowe czy teofilinę. Często jest również kierowany do szpitala.

Po ustąpieniu zaostrzenia następuje powrót do wcześniejszego leczenia; nieliczni lekarze POZ decydują się na intensyfikację dawkowania leków objawowych (SABA, SAMA i starszych generacji LABA), a włączenie leków nowej generacji (np. skojarzenia LABA/LAMA lub LABA/LAMA/wGKS) przez lekarza POZ zdarza się niezwykle rzadko.

Redukcja ryzyka zaostrzeń, co jest długofalowym celem leczenia POChP, to również obszar kilku problemów. Jednym z nich jest nieprzekazywanie przez chorych lekarzom pełnej informacji o liczbie i ciężkości zaostrzeń. Opinia ta znajduje

potwierdzenie w literaturze [21, 22] w niedawnym badaniu wykazano, że w Polsce zaledwie 46% zaostrzeń jest zgłaszanych lekarzom i odnotowanych w dokumentacji medycznej [11]. Jak się wydaje, chorzy uznają, że problem zniknął i nie mając świadomości, że są to zdarzenia ważne nie wspominają o nich lekarzowi przy kolejnej wizycie. Z drugiej strony lekarze często nie pytają aktywnie o epizody nasilenia objawów. Niezgłaszanie zaostrzeń w przebiegu POChP jest istotnym problemem, ponieważ utrudnia optymalny dobór leczenia, prowadzi do szybszego postępu choroby, a w konsekwencji gorszej jakości życia, wcześniejszego inwalidztwa i zgonu [22]. Niezgłaszanie przez pacjenta objawów i słaba komunikacja z lekarzem POZ sprawiają, że pulmonolodzy dowiadują się o zaostrzeniach z dużym opóźnieniem albo wcale toteż wpływ specjalistów na leczenie zaostrzeń bywa w praktyce niewielki.

Według ekspertów kolejnym problemem w optymalizacji leczenia podtrzymującego jest niespójność przekazu na szkoleniach i konferencjach naukowych oraz brak aktualnych krajowych wytycznych. Na przykład, dyskusja na temat roli wziewnych kortykosteroidów w leczeniu POChP i prewencji zaostrzeń wywołała niepewność co do skuteczności i bezpieczeństwa tych leków [23, 24]. Mimo wątpliwości, obecnie dostępne dowody na temat ich skuteczności w zapobieganiu zaostrzeniom uzasadniają szersze stosowanie tej grupy leków w połączeniu z LABA i LAMA [16, 25]. Eksperti podkreślili, że nie jest również jasne, kiedy stosować terapię trójskładnikową — czy decyduje liczba zaostrzeń czy np. liczba eozynofilów we krwi obwodowej. Rozwiązaniem byłoby wprowadzenie jasnych krajowych standardów postępowania, które byłyby modyfikowane wraz z postępem wiedzy.

Propozycje rozwiązań

Przed rozpoznaniem POChP

Budowanie świadomości POChP w społeczeństwie

Pierwszym krokiem do wcześniejszego rozpoznania POChP byłoby budowanie szerokiej publicznej świadomości istnienia tej choroby i związanych z nią zagrożeń. Tematyka szkodliwości palenia tytoniu oraz ryzyka POChP powinna być regularnie nagłaśniana w różnych mediach (artykuły o POChP w prasie popularnej, prezentacja problemów osoby chorej na POChP np. w popularnym serialu lub pozyskanie dla akcji znanego ambasadora). Kolejnym krokiem powinno być umożliwienie wszystkim zaintere-

sowanym kontaktem z lekarzem i wykonania badań. W każdej przychodni powinny znaleźć się plakaty i ulotki informacyjne na temat POChP.

Edukacja lekarzy POZ

Ogromne znaczenie ma edukacja lekarzy POZ oraz internistów z oddziałów niepulmonologicznych. Zwiększenie wiedzy lekarzy POZ na temat POChP, czynników ryzyka, objawów, konsekwencji zaostrzeń, relacji pomiędzy POChP i innymi chorobami, między zaostrzeniami POChP i incydentami sercowo-naczyniowymi oraz na temat przyczyn śmiertelności z powodu POChP. Powinni mieć świadomość wagi wczesnego rozpoznania i kierować pacjentów z podejrzeniem POChP jak najszybciej do poradni specjalistycznej. Zmiany w edukacji lekarzy POZ powinny dotyczyć procesu specjalizacji. Warto również przygotować cykl szkoleń dostępnych zdalnie na życzenie.

W razie potwierdzenia utrwalonej obturacji, w oczekiwaniu na wizytę u specjalisty i potwierdzenie rozpoznania, lekarz POZ powinien włączyć odpowiednie leczenie.

Poprawa dostępu do spirometrii

Ponieważ rozpoznanie POChP jest ustalane w oparciu o wynik badania spirometrycznego, niezbędne jest zwiększenie dostępności do dobrych technicznie badań oraz zlecenie tych badań przez lekarzy POZ na jak najwcześniejszym etapie. Do dyskusji pozostaje, czy należy szeroko wyposażać w spirometry placówki POZ oraz prowadzić szkolenia lekarzy i pielęgniarek w zakresie tego badania. Niemniej, problem większej dostępności, poprawy jakości oraz zwiększenie wyceny tego świadczenia, wydają się w chwili obecnej pilne do wdrożenia. Jednym z proponowanych w dyskusji rozwiązań, było uproszczenie badania (np. wykonywanie uproszczonej wersji spirometrii z pomiarem *slow vital capacity* (SVC) i *forced expiratory volume in 1 second* (FEV₁) i oceną wskaźnika FEV₁/VC), co mogłoby zachęcić lekarzy POZ do wykonywania tego badania. Jednak ze względu na wymogi NFZ taka zmiana mogłaby być wprowadzona jako rekomendacja Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Aby poprawić jakość spirometrii, sugerowano wprowadzenie mechanizmu weryfikacji jakości badań wykonywanych w POZ i systemu certyfikacji placówek.

Badania przesiewowe

Należałoby stworzyć ankietę ułatwiającą lekarzom POZ wcześniejszą identyfikację pacjentów z potencjalnym rozpoznaniem POChP.

Spirometria powinna być standardowo zlecana osobom z grup ryzyka: palący papierosy, osoby z dusznością, kaszlem, nawracającymi infekcjami układu oddechowego. Warto rozważyć organizację ogólnopolskich akcji wzorowanych np. na programie wczesnego wykrywania gruźlicy albo raka płuca, w czasie których pacjenci mogliby odbyć badanie spirometryczne i konsultację pulmonologiczną w POZ bez konieczności posiadania skierowania.

Poprawa dostępu do konsultacji specjalistycznych

Istotne byłoby skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u pulmonologa. Aby to osiągnąć, niezbędne byłoby zwiększenie liczby specjalistów chorób płuc na poziomie ogólnopolskim.

Stworzenie szybkiej ścieżki diagnostycznej

Warto rozważyć stworzenie strategii szybkiej diagnostyki (np. wzorowanej na Karcie Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) z określonym pakietem badań dodatkowych). Dostęp do szybkiej diagnostyki jest szczególnie ważny dla chorych z nawracającymi zaostrzeniami.

W trakcie leczenia

Edukacja pacjentów

Tak jak na etapie rozpoznania choroby, również w procesie leczenia kluczowym elementem jest edukacja chorych i ich opiekunów. Chory powinien rozumieć konieczność zaprzestania palenia, stosowania się do zaleceń regularnej terapii, rozumieć czym jest zaostrzenie, jak je rozpoznać i leczyć. Ważne są także działania nefarmakologiczne czyli prawidłowa technika inhalacji, rehabilitacja, szczepienia i dieta. Dla poprawy sytuacji mogłoby się przyczynić włączenie w proces edukacji pacjentów personelu średniego, w placówkach POZ, jak i w poradniach specjalistycznych czy na oddziałach szpitalnych. W zaawansowanej POChP korzystne jest wprowadzenie zintegrowanej opieki nad chorymi. Ciekawym rozwiązaniem stosowanym w innych krajach wydaje się wprowadzenie poradni konsultacyjnych lub strukturalno-funkcjonalnych centrów opieki nad chorymi, gdzie edukacja chorych jest prowadzona np. przez pielęgniarki i fizjoterapeutów, bez udziału lekarza. Podkreślono, że indywidualna edukacja pacjenta musi być edukacja bezpośrednią — z możliwością nauczania i skorygowania techniki inhalacji.

Edukacja lekarzy POZ

Dla skutecznej terapii POChP niezbędne wydaje się podniesienie kwalifikacji lekarzy POZ,

z naciskiem na edukację w zakresie stosowania leków wziewnych oraz rozpoznawania zaostrzeń.

Poprawa komunikacji między lekarzem POZ a specjalistą

Zdecydowanej poprawy wymaga proces wymiany informacji między lekarzem POZ a specjalistą. Specjalista powinien mieć dostęp do pełnej dokumentacji medycznej chorego oraz do wykazu przepisanych i wykupionych przez niego leków. Skuteczny przepływ informacji mogłyby zapewnić narzędzia teleinformatyczne, np. EDM, dające wgląd w ewentualne zmiany leczenia i zaostrzenia choroby. Wobec braku dostępnych szeroko narzędzi teleinformatycznych, warto rozważyć wprowadzenie zasady o szczegółowym informowaniu specjalisty przez lekarza POZ np. raz w roku, o przebiegu leczenia danego pacjenta, na wzór zaświadczeń, które rokrocznie specjalista przekazuje do lekarza POZ.

Stworzenie systemu opieki zintegrowanej

Chorem na POChP powinien zajmować się zespół specjalistów: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, dietetyk, psycholog, edukator. Wspieranie chorego w wypełnianiu lekarskich zaleceń, nadzorowanie ich wypełniania i edukacja pacjentów to zadanie dla wielospecjalistycznego zespołu profesjonalistów. Warto rozważyć utworzenie placówek kompleksowej koordynowanej opieki, zwłaszcza dla chorych na ciężką POChP, z częstymi zaostrzeniami czy niewydolnością oddychania. Inną propozycją jest opieka zintegrowana na wzór opieki wprowadzonej w kardiologii po ostrych epizodach wieńcowych. Opieka zintegrowana dla chorych na zaawansowaną POChP funkcjonuje ponad 10 lat w Gdańsku, jednak objęta jest nią niewielka grupa chorych, a schemat ten nie został zaadaptowany przez inne ośrodki.

Wykorzystanie telemedycyny

Warto rozważyć stosowanie w codziennej praktyce narzędzi telemedycznych, umożliwiających monitorowanie objawów i prostej oceny czynności płuc za pomocą pomiaru szczytowego przepływu wydechowego (PEF, *peak expiratory flow* (PEF)). Konsultacji dotyczących np. sposobu podania leku albo dostępnych placówek specjalistycznych mogłoby w ten sposób udzielać personel średni.

Dostępność rehabilitacji i specjalistycznej terapii

Chorzy na POChP powinni mieć dostęp do rehabilitacji pulmonologicznej, tlenoterapii,

poradnictwa antynikotynowego oraz opieki paliatywnej w przypadku zaawansowanej choroby. Wydaje się, że w tym zakresie jest wiele do zrobienia, aby świadczenia te były dostępne dla jak największej grupy pacjentów.

W zakresie dostępu do nowoczesnego leczenia, obowiązująca obecnie ustawa refundacyjna skutkuje znaczącą (z punktu widzenia chorego) dopłatą do nowoczesnych leków np. dwu- i trójskładnikowych, podawanych w jednym inhalatorze. Maksymalną akceptowalną przez pacjenta ceną jest wg ekspertów ok. 50 zł na miesiąc leczenia, co powoduje konieczność wyboru dla pacjenta różnych alternatyw i skojarzeń kilku inhalatorów, aby koszt leków dopasować do możliwości finansowych chorego. Nie należy zapominać, że chory na POChP najczęściej otrzymuje także leczenie z powodu chorób współistniejących. Jak się wydaje, najważniejszym praktycznym problemem jest edukacja pacjentów co do stosowania się do zaleceń, techniki stosowania leków oraz monitorowanie ich stosowania.

Aktualizacja standardów leczenia

Z uwagi na wątpliwości co do skuteczności i bezpieczeństwa stosowania wziwnych kortykosteroidów, wskazana jest aktualizacja polskich rekomendacji leczenia POChP. W standardach takich powinno się znaleźć również oznaczanie eozynofilii u chorych na POChP.

Relacja lekarz-pacjent

Aby mieć pełną informację o przebiegu choroby, niezwykle ważne jest budowanie trwałej, opartej na zaufaniu, relacji z pacjentem. Należy pamiętać, że każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia. Zarówno język, jak i sposób komunikacji trzeba dostosować do możliwości percepcyjnych oraz oczekiwań i potrzeb chorego. Warto okazywać pacjentowi wsparcie emocjonalne i stosować pozytywne wzmocnienia zamiast wzmocnień negatywnych. Chorzy na POChP to często osoby starsze, więc wskazane jest, by w proces ich leczenia włączać także ich opiekunów, co choremu da poczucie bezpieczeństwa, a lekarzowi może ułatwić zdobycie potrzebnych informacji. Konieczna jest aktywna postawa w czasie wywiadu, naprowadzająca pacjenta na istotne informacje i zadawanie ukierunkowanych pytań, które pozwolą uzyskać wiedzę na temat przebiegu choroby. Pacjenta trzeba uświadomić, że pełna informacja daje szansę na właściwe leczenie, które z kolei ma wpływ na jakość i długość jego życia. Ważne jest ciągłe edukowanie pacjenta, jak i jego opiekunów.

Zaostrzenia

Jak opisano wcześniej, istotna jest edukacja pacjentów, ich opiekunów, jak i lekarzy POZ, by byli w stanie rozpoznać zaostrzenie. Lekarze POZ powinni odnotowywać w dokumentacji wszystkie zdarzenia wymagające leczenia antybiotykami lub steroidami systemowymi. Należy usprawnić komunikację między lekarzem POZ a specjalistą, np. przez dostęp do EDM chorego i do wykazu leków wykupionych przez pacjenta. W uzyskaniu pełnej informacji może pomóc prowadzenie dzienniczka objawów na wzór rozwiązań stosowanych w kardiologii czy diabetologii, uwzględniającego nasilenie objawów i zmiany leczenia. Innym praktycznym narzędziem może być również Test Oceny POChP (CAT) [1], wypełniany na każdej wizycie. Przydatne byłoby stworzenie narzędzia do oceny zaostrzeń, a nie objawów, podobnego do kwestionariuszy ACQ/ACT stosowanych w astmie. Pomóc może także przygotowanie własnego algorytmu prowadzenia wywiadu.

Podsumowanie

Podczas spotkania doradczego pt. „Sytuacja i perspektywy leczenia w POChP w Polsce” omówiono aktualną sytuację związaną z rozpoznawaniem i leczeniem POChP. Zdefiniowano szereg problemów, takich jak:

1. późne rozpoznanie choroby (niewiedza pacjentów, późne kierowanie przez lekarzy POZ);
2. ograniczona dostępność badania spirometrycznego;
3. ograniczony dostęp do specjalistów;
4. brak właściwego przepływu informacji lekarz POZ-specjalista, a w szczególności brak informacji o przebytych zaostrzeniach;
5. brak aktualnych polskich standardów leczenia POChP.

Na sytuację chorych na POChP w ostatnim czasie wpłynęła pandemia COVID-19, dodatkowo nasilająca dotychczas występujące trudności.

W dyskusji zaproponowano szereg rozwiązań, które mogłyby poprawić status chorych na wszystkich etapach tzw. ścieżki pacjenta. Jak się wydaje, znaczna część z nich jest prosta i możliwa do wdrożenia, przy wsparciu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc oraz decydentów w ochronie zdrowia. Kluczowe wydają się zwiększenie wiedzy na temat POChP w społeczeństwie i edukacja w zakresie aktualnych standardów postępowania na wszystkich szczeblach opieki nad pacjentem.

Piśmiennictwo:

- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2022. <http://www.goldcopd.org> (28.02.2022).
- Śliwiński P, Górecka D, Jassem E, et al. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonol Alergol Pol.* 2012; 80(3): 220–254.
- Damps-Konstańska I, Jassem E. Współpraca z pomocą społeczną w opiece nad chorymi na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *PMP.* 2013; 7(2): 46–49.
- Agusti A, Soriano JB. COPD as a systemic disease. *COPD.* 2008; 5(2): 133–138, doi: [10.1080/15412550801941349](https://doi.org/10.1080/15412550801941349), indexed in Pubmed: [18415812](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18415812/).
- Huertas A, Palange P. COPD: a multifactorial systemic disease. *Ther Adv Respir Dis.* 2011; 5(3): 217–224, doi: [10.1177/1753465811400490](https://doi.org/10.1177/1753465811400490), indexed in Pubmed: [21429981](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21429981/).
- Csikesz NG, Gartman EJ. New developments in the assessment of COPD: early diagnosis is key. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014; 9: 277–286, doi: [10.2147/COPD.S46198](https://doi.org/10.2147/COPD.S46198), indexed in Pubmed: [24600220](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24600220/).
- Welte T, Vogelmeier C, Papi A. COPD: early diagnosis and treatment to slow disease progression. *Int J Clin Pract.* 2015; 69(3): 336–349, doi: [10.1111/ijcp.12522](https://doi.org/10.1111/ijcp.12522), indexed in Pubmed: [25363328](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25363328/).
- Curtis JR. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J.* 2008; 32(3): 796–803, doi: [10.1183/09031936.00126107](https://doi.org/10.1183/09031936.00126107).
- Jahnz-Różyk K, Targowski T, From S. Porównanie kosztów leczenia umiarkowanych i ciężkich zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych. *Pneumonol. Alergol Pol.* 2008; 76: 426–431.
- Damps-Konstańska I, Krakowiak P, Jassem E. Nierozwiązane problemy opieki nad chorymi na zaawansowaną postać POChP. *PMP.* 2009; 3(3): 144–149.
- Farnik M, Brzostek D. Late Breaking Abstract - Silent exacerbations: underreporting of COPD exacerbations in Poland. *Eur Respi J.* 2020; 56: 2467, doi: [10.1183/13993003.congress-2020.2467](https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2020.2467).
- Mapy potrzeb zdrowotnych — POChP 2018. www.mpz.mz.gov.pl (28.02.2022).
- Jassem E. Chory na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w opiece lekarza rodzinnego. *Pneumonologia i Alergologia Polska.* 2014; 82(II), doi: [10.5603/piap.2014.0039](https://doi.org/10.5603/piap.2014.0039).
- Mapel DW, Dalal AA, Blanchette CM, et al. Severity of COPD at initial spirometry-confirmed diagnosis: data from medical charts and administrative claims. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2011; 6: 573–581, doi: [10.2147/COPD.S16975](https://doi.org/10.2147/COPD.S16975), indexed in Pubmed: [22135490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22135490/).
- Chen AHM, Yee HF. Improving the primary care-specialty care interface: getting from here to there. *Arch Intern Med.* 2009; 169(11): 1024–1026, doi: [10.1001/archinternmed.2009.140](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.140), indexed in Pubmed: [19506170](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19506170/).
- Ferguson GT, Rabe KF, Martinez FJ, et al. Triple therapy with budesonide/glycopyrrolate/formoterol fumarate with co-suspension delivery technology versus dual therapies in chronic obstructive pulmonary disease (KRONOS): a double-blind, parallel-group, multicentre, phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2018; 6(10): 747–758, doi: [10.1016/S2213-2600\(18\)30327-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30327-8), indexed in Pubmed: [30232048](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30232048/).
- Martinez FJ, Rabe KF, Ferguson GT, et al. Reduced all-cause mortality in the ETHOS trial of budesonide/glycopyrrolate/formoterol for chronic obstructive pulmonary disease. A randomized, double-blind, multicenter, parallel-group study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2021; 203(5): 553–564, doi: [10.1164/rccm.202006-2618OC](https://doi.org/10.1164/rccm.202006-2618OC), indexed in Pubmed: [33252985](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33252985/).
- Lipson DA, Crim C, Criner GJ, et al. Reduction in all-cause mortality with fluticasone furoate/umeclidinium/vilanterol in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020; 201(12): 1508–1516, doi: [10.1164/rccm.201911-2207OC](https://doi.org/10.1164/rccm.201911-2207OC), indexed in Pubmed: [32162970](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162970/).
- Wilkinson TMA, Donaldson GC, Hurst JR, et al. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004; 169(12): 1298–1303, doi: [10.1164/rccm.200310-1443OC](https://doi.org/10.1164/rccm.200310-1443OC), indexed in Pubmed: [14990395](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14990395/).
- Górecka D, Gorzelak K, Śliwiński P, et al. Effect of long-term oxygen therapy on survival in patients with chronic obstructive pulmonary disease with moderate hypoxaemia. *Thorax.* 1997; 52(8): 674–679, doi: [10.1136/thx.52.8.674](https://doi.org/10.1136/thx.52.8.674), indexed in Pubmed: [9337824](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9337824/).
- Burge S, Wedzicha JA. COPD exacerbations: definitions and classifications. *Eur Respir J Suppl.* 2003; 41: 46s–53s, doi: [10.1183/09031936.03.00078002](https://doi.org/10.1183/09031936.03.00078002), indexed in Pubmed: [12795331](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12795331/).
- Calderazzo MA, Trujillo-Torralbo MB, Finney LJ, et al. Inflammation and infections in unreported chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019; 14: 823–832, doi: [10.2147/COPD.S191946](https://doi.org/10.2147/COPD.S191946), indexed in Pubmed: [31114182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31114182/).
- Barnes PJ. Inhaled corticosteroids in COPD: a controversy. *Respiration.* 2010; 80(2): 89–95, doi: [10.1159/000315416](https://doi.org/10.1159/000315416), indexed in Pubmed: [20501985](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20501985/).
- Ernst P, Saad N, Suissa S. Inhaled corticosteroids in COPD: the clinical evidence. *Eur Respir J.* 2015; 45(2): 525–537, doi: [10.1183/09031936.00128914](https://doi.org/10.1183/09031936.00128914), indexed in Pubmed: [25537556](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25537556/).
- Tashkin DP, Strange C. Inhaled corticosteroids for chronic obstructive pulmonary disease: what is their role in therapy? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018; 13: 2587–2601, doi: [10.2147/COPD.S172240](https://doi.org/10.2147/COPD.S172240), indexed in Pubmed: [30214177](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30214177/).