

POChP coraz większym wyzwaniem zdrowia publicznego

Rozmowa z prof. Andrzejem M. Falem – kierownikiem Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie, prezesem Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, w skrócie POChP, zajmuje czwarte miejsce w Polsce i na świecie pod względem liczby zgonów. Do tej pory większość chorych stanowili mężczyźni. Obecnie wzrasta liczba zachorowań wśród kobiet, ponieważ coraz więcej z nich pali papierosy. Czy można to powstrzymać, stosując profilaktykę pierwotną i edukację prozdrowotną? W innych krajach to się udało.

Faktycznie POChP jest jedną z przewlekłych, ciężkich chorób, których częstość występowania na świecie wyraźnie wzrasta. W Stanach Zjednoczonych według raportu za 2013 r. choroba ta była już na trzecim miejscu, jeśli chodzi o przyczyny zgonów. Z kolei w Polsce – jak w większości krajów – jest na miejscu czwartym. Szacuje się, że do 2020 r., jeżeli trendy utrzymają się na obecnym poziomie, POChP będzie „killerem” numer trzy. Do tej pory w świecie zachodnim to mężczyźni częściej zapadali na POChP i częściej umierali z jej powodu, bo częściej palili papierosy. Ze względu na zmianę zwyczajów i stylu życia panie zaczęły więcej palić – w niektórych krajach już więcej niż mężczyźni, dlatego statystyki dotyczące zapadalności i umieralności się zmieniły. W Stanach Zjednoczonych już w 2009 r. stwierdzono taką samą liczbę zgonów z powodu POChP wśród kobiet i mężczyzn. Ten trend w świecie zachodnim wciąż się utrzymuje. Profilaktyka pierwszorzędowa i edukacja zdrowotna zdecydowanie są bardzo dobrymi narzędziami w walce o zmniejszenie zapadalności na POChP. Należy pamiętać, że choroba ta nie ma wielu zdywersyfikowanych czynników ryzyka. Podstawowym jest palenie tytoniu, głównie czynne. W związku z tym mogłoby się wydawać, że edukacja zdrowotna i profilaktyka skierowane na jeden czynnik powinny odnieść sukces. Niestety, to tak nie działa. Trzeba pamiętać, że palenie tytoniu jest silnie uzależniającym nałogiem, ale jest też w wielu miejscach i środowiskach przyjętym społecznie sposobem spędzania czasu. Walka z nałogiem może być wspomagana przez lekarzy farmakologicznie, ale zniesienie socjalnej pozycji palenia tytoniu to wspólne zadanie całego społeczeństwa. Uważam, że w Polsce jest kilka dobrych pomysłów na przeciwdziałanie nikotynizmowi, tylko każdy z nich idzie swoją drogą. Ważne jest, by Narodowy Program Przeciwdziałania Nikotynizmowi został bardziej usystematyzowany. Sądzę, że jest to jedyna droga do skutecznego zwalczania POChP.

Na POChP nie zapadają tylko palacze tytoniu, 15–20 proc. pacjentów nigdy nie paliło. Jakie są inne czynniki ryzyka zachorowania?

W wypadku osób, które nigdy nie paliły papierosów, a zachorowały na POChP, trudno udowodnić, jakie

inne czynniki, np. zanieczyszczenie powietrza, przyczyniły się do zachorowania. Dowiedziano natomiast, że ok. 50 proc. tzw. ciężkich palaczy, czyli osób, które palą ponad 20 papierosów dziennie, zapadnie na POChP, ale „tylko” ok. 20 proc. osób palących 10 papierosów dziennie także zachoruje. Znany jest jeden główny czynnik ryzyka tej choroby. O podłożu genetycznym w POChP nie wiemy tyle, ile o astmie czy alergii, ale sądzę, że niebawem to się zmieni. Pojawia się coraz więcej danych. Praktycznie nie ma choroby przewlekłej, która nie ma podłoża genetycznego. Predyspozycja niektórych komórek immunokompetentnych do produkcji tej czy innej cytokiny może decydować o łatwiejszym rozwijaniu się tej czy innej choroby.

Rozpoznanie choroby jest dość proste. Wykonuje się nieskomplikowane badanie spirometryczne. Co stanowi istotę takiej diagnostyki?

Spirometria jest niezbędna, by rozpoznać POChP. Trzeba jednak pamiętać, że samo wykonanie badania i stwierdzenie np., iż jakiś wskaźnik jest poniżej normy, nie wystarcza do jednoznacznego stwierdzenia choroby. Ważne jest, by na pacjenta patrzeć klinicznie, tj. zapoznać się z objawami, takimi jak duszność wysiłkowa, odkrztuszanie płwociny, szczególnie rano, oraz przeprowadzić wywiad. Dopiero gdy występują określone objawy i są przesłanki do wystąpienia POChP oraz wyniki spirometrii, można mówić o pełnej diagnozie. Aby badanie spirometryczne było wiarygodne, musi być prawidłowo przeprowadzone, co nie jest takie proste. Lekarz wykonujący badanie i interpretujący wynik spirometrii powinien mieć odpowiednie doświadczenie.

Wiadomo, że POChP jest chorobą nieuleczalną. Prowadzi do inwalidztwa oddechowego, a nawet do śmierci. Dzięki leczeniu można poprawić jakość życia pacjentów. Co stanowi jego podstawę? Czy są to leki rozkurczowe w formie inhalacji?

Jak najbardziej. Według zaleceń GOLD – Globalnej Inicjatywy dla Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc – w leczeniu kładzie się nacisk na leki zwiększające światło oskrzeli, poprawiające przepływ przez oskrzela. Są dwie grupy leków, każda ma podgrupy krótko i długo działających. W wypadku terapii przewlekłej mówimy głównie o lekach długo działających z grupy agonistów receptora beta2-adrenergicznego – LABA – i z grupy cholinolityków, które uniemożliwiają acetylocholinie działanie na receptory, w szczególności receptor muskarynowy M3 – LAMA. Obydwie te grupy leków rozszerzających oskrzela stanowią obecnie podstawę leczenia POChP.



Od niedawna w POChP stosuje się tzw. terapie skojarzone, polegające na łączeniu dwóch substancji czynnych w inhalatorze. Jakie korzyści mają pacjenci z takiego leczenia i czy wszyscy mogą z niego skorzystać?

W schematach leczenia GOLD równoczesne przyjmowanie obydwu długo działających preparatów jest podawane jako drugi wybór – u pacjentów począwszy od grupy B według obowiązującego podziału klinicznego. Przy takim wyborze leczenie dwiema substancjami umieszczonymi w jednym inhalatorze jest dla pacjentów bardziej wygodne i korzystne. Używanie jednego inhalatora zmniejsza liczbę pomyłek i jednocześnie pozwala na zwiększenie *compliance*, czyli zastosowania się pacjenta do zaleceń lekarskich.

Jakie leczenie daje możliwość najefektywniejszej redukcji liczby zaostrzeń POChP, co jest podstawowym celem długoterminowej opieki nad chorym?

Zapobieganie zaostrzeniom POChP, szczególnie ciężkim, jest jednym z najistotniejszych elementów terapii. Zaostrzenia znacząco obniżają jakość życia pacjentów, pogarszają także parametry spirometryczne i zwiększają ryzyko śmierci. Niestety, ok. 50 proc. osób, które z ciężkim zaostrzeniem trafiają do szpitala, po opuszczeniu go nie przeżywa 24 miesięcy. Udowodniono także, że u takich pacjentów czas do wystąpienia drugiego i kolejnego zaostrzenia choroby jest coraz krótszy. Ak-

tywnie i istotnie zapobiegają zaostrzeniom leki z grupy LAMA. Niestety stosuje je jedynie nikły procent pacjentów. Uważam, iż należy się zatroszczyć, by były one bardziej dostępne. Obecnie tylko pacjenci z bardzo ciężką postacią choroby mają dostęp do jednego z preparatów LAMA w cenie ryczałtowej. Pozostałe osoby płacą ponad 40 zł miesięcznie. To niestety znacząco zmniejsza dostępność leków z tej grupy. Z punktu widzenia powagi POChP, wzrostu inwalidztwa i umieralności z nią związanych należy dążyć do tego, by stopień refundacji tych leków był znacznie większy.

Terapia skojarzona LABA i LAMA jest dostępna dla pacjentów w większości państw europejskich. Czy w Polsce także?

Jestem zwolennikiem terapii skojarzonej LABA i LAMA. Obecnie żaden preparat w jednym inhalatorze nie jest refundowany. A przecież stosowanie obydwu typów preparatów – i beta2-agonisty, i cholinolityku łącznie, daje pacjentowi wymierne korzyści. Wierzę, że także w Polsce terapia skojarzona LABA i LAMA będzie dostępna jak najszybciej, że regulacje refundacyjne pójdą w kierunku zwiększenia tej dostępności. Uważam, że należy zacząć od tego, by choćby same LAMA były dostępne dla pacjentów za rozsądną cenę.

Reasumując – POChP stanowi z punktu widzenia zdrowia publicznego bardzo istotne wyzwanie. Wyzwanie celujące we wszystkie sektory holistycznego zdrowia publicznego: edukację zdrowotną, profilaktykę, wreszcie organizację wczesnej diagnostyki, rehabilitację itd. Musimy także mieć świadomość, jakie są koszty zaniechania – to 18 zgonów na każde 100 tys. mieszkańców Europy rocznie, a w Polsce ponad 600 tys. wizyt specjalistycznych i 60 tys. hospitalizacji. Ponadto są jeszcze koszty, o których nie pamiętamy – nie leczenia, ale tak zwane koszty pośrednie – utrata zarobku, zmniejszenie produkcji, zasiłki chorobowe, rentowe itd.

Jest pan jednym z kreatorów zdrowia publicznego w Polsce. Jakie są największe wyzwania zdrowia publicznego w odniesieniu do pulmonologii?

Jednym z największych zagrożeń w Europie jest wzrost zapadalności na POChP i co się z tym wiąże – raka oskrzela. Kolejne wyzwanie dla zdrowia publicznego stanowią zapalenia płuc, szczególnie atypowe. Coraz częściej u młodych ludzi występują ciężko przebiegające infekcje płucne, które wymagają hospitalizacji oraz podawania więcej niż jednego antybiotyku. Nie jest to jeszcze tak duży problem społeczny jak POChP, ale trzeba się do niego przygotować. Przyczyniają się do tego przejściowe niedobory odporności związane m.in. z trybem życia, co powoduje, że infekcje są częstsze. Jednocześnie coraz więcej szczepów bakterii staje się antybiotykooporne czy też bardziej agresywne.

Rozmawiała Kamilla Gębska