

Nowoczesne leczenie

CHORÓB CYWILIZACYJNYCH

Dodatek specjalny



Terapie są, ale brakuje pieniędzy, by z nich korzystać

O otyłości, cukrzycy jako epidemii XXI wieku, o jej konsekwencjach dla zdrowia, o innowacyjnym podejściu do profilaktyki udaru mózgu, o trudnościach w leczeniu atopowego zapalenia skóry i łuszczycy, a także o chorobach układu oddechowego i ich zapobieganiu rozmawiano 18 października 2010 r. podczas debaty zdrowotnej poświęconej nowoczesnym metodom leczenia chorób cywilizacyjnych

Na spotkanie do Domu Dziennikarza przybyli przedstawiciele ministerstwa, środowisk lekarskich, organizacje praw pacjenta oraz dziennikarze.

- Otyłość, choroby skóry, układu oddechowego narastają w naszym społeczeństwie. Ogromnie ważną jest kompleksowa profilaktyka tych schorzeń oraz nowoczesne i skuteczne leczenie zapobiegające powikłaniom. Mimo że są nowoczesne terapie, często brakuje pieniędzy, wobec czego chorzy mają utrudniony dostęp do leczenia - mówi Jadwiga Kamińska, prezes stowarzyszenia Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia. Specjaliści podkreślali, że wielu chorobom można zapobiec, stosując odpowiednią profilaktykę. - Przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) jest szkodliwe działanie dymu tytoniowego na drogi oddechowe, za-

również wdychanego czynnie przez palacza, jak i biernie, przez osoby z ich otoczenia. Kluczem do skutecznego leczenia POChP jest wczesne rozpoznanie choroby. Im szybciej chory przestanie palić i rozpocznie leczenie, tym większa szansa na poprawę stanu zdrowia - mówi doc. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko, zastępca ds. nauki dyrektora Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, członek zarządu głównego European Respiratory Society oraz PTChP.

Jednak nie wszyscy chorzy na POChP przestrzegają zaleceń lekarzy i nadal palą. Specjaliści mówili, że jest zbyt mało poradni, które pomagają palaczom, a leki dla opornych palaczy, ułatwiające rozstanie się z nałogiem, nie są refundowane. - Leczenie chorego na POChP, który dodatkowo wciąż pali, jest mało skuteczne - mówi doc. Joanna Chorostowska-Wynimko.

Natomiast Marek Twardowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, powiedział podczas debaty, że w pierwszej kolejności będą finansowane leki tym chorym, którzy nie mieli żadnego wpływu na to, że zachorowali. Według ministra w najbliższym czasie preparaty pomagające rzucić palenie na pewno nie będą refundowane. Jego zdaniem ludzie, którzy podejmują decyzję o rzuceniu palenia, środki finansowe, które przeznaczali na papierosy, mogą wydać na tego typu leki.

Swoje wątpliwości przedstawili także dermatolodzy. - Od kilku lat domagamy się, by powstał program terapeutyczny leczenia łuszczycy lekami biologicznymi, ale mimo pozytywnej opinii Agencji Ochrony Technologii Medycznych nie możemy się doczekać wpisania go na listę. Są nowe możliwości leczenia, bardzo skuteczne, które potrafią doprowadzić do remisji choroby

i poprawić jakość życia pacjentów. Niestety leki, które w sposób spektakularny mogą cofnąć objawy choroby, nie są u nas refundowane - mówi prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski, prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Minister zapowiedział, że jeszcze w tym tygodniu odpowie, czy w najbliższym czasie znajdą się pieniądze na tego typu leczenie.

Podczas spotkania mówiono także o chorobach sercowo-naczyniowych, które są najczęstszą przyczyną zgonów Polaków.

- Na nadciśnienie tętnicze zapada rocznie 60 tys. rodaków, z czego około 20 tys. umiera - mówi prof. Zbigniew Gaciong z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. - Chwała Ministerstwu Zdrowia, że zauważyło ten problem, i do programu Polcard dopisano udary.

Dzięki temu w całym kraju powstała sieć ośrodków leczenia udarów - uważa profesor. Mówił także o tym, że migotanie przedsionków może być przyczyną udaru. - Migotanie przedsionków to zwykle występująca przewlekła arytmia serca, która najczęściej dotyczy osób starszych, z nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową i niektórymi wadami serca. Najlepszą metodą prewencji jest zapobieganie powstaniu skrzepin w przedsionkach poprzez podawanie doustnych leków przeciwkrzepliwych. Niestety, w katalogu Narodowego Funduszu Zdrowia takiego schorzenia w ogóle nie ma. A trzeba podkreślić, że co szósty chory z migotaniem wcześniej czy później dostanie udaru mózgu - podkreśla profesor Gaciong.

Organizatorami debaty było Centrum Komunikacji Medialnej oraz Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia. -a.u.

Choroby cywilizacyjne traktujemy priorytetowo

Marek Twardowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

W ramach działań profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych realizowane są programy zdrowotne w zakresie otyłości, cukrzycy, niedoboru jodu i udarów mózgu.

Od 2007 roku realizowany jest „Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez

poprawę żywienia i aktywności fizycznej Pol-Health na lata 2007 - 2011”. Jego celem jest edukacja żywieniowa społeczeństwa, która ma się przyczynić do ograniczenia problemu nadwagi i otyłości, a także zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne. W przyszłym roku, w ramach tego programu, o tym, jak prowadzić zdrowy tryb życia, dowiedzą się również najmłodszy.

Kolejną inicjatywą jest „Program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce”, w ramach którego będą prowadzone kampanie informujące m.in. o tym, czym jest cukrzyca, jak jej uniknąć i jak pomóc choremu. Zostaną zorganizowane szkolenia dla pacjentów i ich rodzin oraz wybranych grup zawodowych.

Celem „Programu eliminacji niedoboru jodu w Polsce na lata 2009 - 2011” jest zmniejszenie ryzyka zachoro-

walności z powodu niedoboru jodu. W jego ramach odbywają się szkolenia i akcje promocyjne, z których można się dowiedzieć m. in., jaką dawkę jodu powinna przyjmować kobieta ciężarna i karmiąca, dzieci oraz dorośli.

„Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2010 - 2012 Polkard” wspiera działania, które mają ograniczyć



umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Priorytetem jest doposażenie szpitali i wymiana wyeksploatowanego sprzętu. Dzięki programowi Polkard zostanie zakupiona aparatura medyczna dla pododdziałów udarowych, a także dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu, gdyż rehabilitacja jest istotnym elementem opieki nad nimi, poprawiającym ich sprawność i komfort życia.

Migotanie przedsionków przyczyną udaru

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Antoni Gaciong, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Udar oznacza nagłe niedokrwienie mózgu w wyniku nagłego zamknięcia naczynia doprowadzającego krew do mózgu lub jego pęknięcia i wylewu krwi. Ze względu na mechanizm uszkodzenia tkanki nerwowej udar dzieli się na niedokrwienno i krwotoczny. Ten pierwszy występuje znacznie częściej, bo u ponad 80 proc. pacjentów, i dotyczy tętnic zmienionych wcześniej przez miażdżycę, dlatego sprzyjają mu takie czynniki ryzyka, jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, palenie tytoniu, wysokie stężenie cholesterolu. Urazy krwotoczne także powstają częściej u chorych z nadciśnieniem tętniczym, ale nierzadko stwierdza się istniejące wcześniej lub nabyte nieprawidłowości budowy tętnic mózgu, jak np. tętniaki.



W krajowym rejestrze udarów mózgu co roku pojawiają się dane 60 tys. nowych ofiar tej choroby. Niestety, kilkanaście tysięcy z nich umiera jeszcze w szpitalu, a prawie wszyscy noszą trwale następstwa choroby. Pewnym stopniem kalectwa dotknięty jest nieomal każdy pacjent po przebytych udarze.

Jedynie 7 proc. chorych może korzystać z toalety bez specjalnych udogodnień, 65 proc. wymaga pomocy przy chodzeniu, a 29 proc. w trakcie jedzenia. Przebyty udar znacznie zwiększa ryzyko zgonu w wyniku następnego udaru czy innych chorób układu krążenia. W Polsce liczba udarów, jak i związana z nimi śmiertelność są dwu- trzykrotnie wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej. Dla polepszenia opieki nad pacjentem z udarem powstały w całym kraju ośrodki udarowe, w których oferuje się nowoczesne metody szybkiego udrożnienia zamkniętego naczynia, co może uratować mózg przed nieodwracalnym uszkodzeniem.

Kontrola ciśnienia i dieta to najlepsza profilaktyka.

Najważniejszą rzeczą jest jednak dbanie, by w ogóle nie doszło do udaru, czyli prewen-

cja pierwotna. Jej podstawa to walka z czynnikami ryzyka miażdżycy tętnic, czyli kontrola ciśnienia tętniczego, dieta zmniejszająca stężenie cholesterolu, zaprzestanie palenia tytoniu. Ważną przyczyną udaru jest migotanie przedsionków. To najczęściej występująca przewlekła arytmia, która powoduje, że mięsień przedsionków serca przestaje się rytmicznie kurczyć, a jedynie wykazuje chaotyczne drgania. Praca serca ulega zaburzeniu, a krew zalegająca w niekurczących się przedsionkach wykrzepianiu. Powstałe skrzepiny mogą być przeniesione przez prąd krwi z serca do innych narządów, w tym także do mózgu, powodując udar niedokrwienno. Migotanie przedsionków występuje częściej u osób starszych, z nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową i niektórymi wadami serca. Stwierdza się je

u kilkunastu procent osób po 70. roku życia. Każda forma migotania przedsionków - napaadowe i przewlekłe - wiąże się ze zwiększonym ryzykiem udaru, które może sięgać nawet kilkunastu procent rocznie! Najlepszą metodą prewencji jest zapobieganie powstaniu skrzepin w przedsionkach poprzez podawanie doustnych leków przeciwkrzepliwych. Dotychczas stosowano preparaty będące antagonistami witaminy K - niezbędnej dla prawidłowego krzepnięcia krwi. Były to związki podobne do popularnych trutek na szczury. Antagoniści witaminy K wymagają starannego nadzoru w trakcie terapii. Ze względu na bardzo indywidualną reakcję chorych na leczenie konieczne jest częste oznaczanie czasu krzepnięcia, modyfikacji dawki przy konieczności podawania innych leków. Nawet niewielka zmia-

na składu pożywienia może znacząco wpłynąć na ich skuteczność.

Zbyt mała dawka to brak skutecznej ochrony przed udarem, natomiast nadmierne zahamowanie krzepnięcia grozi krwawieniami. Poszukiwania lepszych metod zapobiegania powikłaniom migotania przedsionków zostały ostatecznie uwieńczony powodzeniem. Nowe leki, poprzez bezpośrednie hamowanie układu krzepnięcia (dabigatran, rivaroksaban) okazały się bardziej skuteczne i bezpiecznie niż dotychczas stosowane preparaty (acenokumarol, warfaryna). Leki te nie wymagają badania krwi, by oznaczyć czas krzepnięcia, są mniej podatne na interakcje z innymi lekami czy pożywieniem. Ułatwiają życie choremu z migotaniem, jednocześnie zapewniając większy stopień ochrony przed udarem.



500 milionów otyłych na świecie

Prof. dr hab. n. med. Władysław Grzeszczak, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrze

Otyłość jest chorobą przewlekłą, charakteryzującą się zwiększeniem tłuszczowej masy ciała u mężczyzn powyżej 25 proc., a u kobiet powyżej 30 proc. Otyłość to plaga początku XXI wieku. W 1995 roku na świecie z jej powodu cierpiało 200 mln osób, pięć lat później już 300 mln, a obecnie – 500 mln osób. Jak wykazano w badaniu Polonica Bis, w Polsce z powodu otyłości cierpi 26 proc. mężczyzn i 24 proc. kobiet w wieku 20 – 74 lat. Osobom tym towarzyszy najczęściej wzrost insulinooporności, wzrost ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, stłuszczenia wątroby, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, zaburzeń oddechowych, chorób neurodegeneracyjnych oraz nowotworów. U osób otyłych dziesięciokrotnie częściej niż u szczupłych dochodzi do zaburzeń rytmu serca, a dwa razy częściej rozwija się niewydolność krążenia. Obciążenie nadmierną masą ciała przyczynia się do zmian zwyrodnieniowych stawów kręgosłupa i kończyn dolnych oraz pojawienia się zylaków. Nadmiar tłuszczu w wątrobie działa toksycznie i wywołuje

zmiany podobne jak u osób nadużywających alkoholu. Otyłość zwiększa ryzyko kamicy żółciowej, a także niektórych nowotworów (trzonu macicy, sutka, jelita grubego i odbytnicy). U kobiet otyłych częściej występują zaburzenia hormonalne i powikłania ciąży. Przekroczenie należytej masy ciała może też utrudniać przeprowadzenie niektórych zabiegów operacyjnych oraz pogorszyć przebieg rehabilitacji po operacyjnej. Przyczynami otyłości są w 30 – 40 proc. przypadków czynniki genetyczne i w 60 – 70 proc. czynniki środowiskowe.

Lepiej zapobiegać

Do metod walki z otyłością należy prewencja populacyjna oraz prewencja indywidualna. Prewencja populacyjna polega na promowaniu i ułatwianiu dostępu do aktywności fizycznej, promowaniu edukacji żywieniowej w szkołach, promowaniu lokalnych programów prozdrowotnych, rzetelnej informacji na etykietach produktów spożywczych oraz nadzorze nad reklamami produktów spożywczych. Prewencja indywidualna polega na obniżeniu ciśnie-

nia tętniczego krwi, obniżaniu poziomu glukozy we krwi oraz wzroście wrażliwości na insulinę (bardzo istotne u chorych z upośledzoną tolerancją glikemii oraz cukrzycą), obniżeniu stężenia cholesterolu (spada cholesterol całkowity oraz frakcja LDL, natomiast korzystnie wzrasta frakcja HDL).

Otyli chorują na cukrzycę

Istnieje ścisłe powiązanie pomiędzy otyłością a cukrzycą typu 2. Szybko wzrasta ilość zachorowań na cukrzycę, zarówno na świecie, jak i w Polsce. Obecnie na tę chorobę w Polsce zapada 2,5 mln osób, 750 tys. z nich cierpi z powodu cukrzycy, jednocześnie nie wiedząc o tym, a co za tym idzie – nie poddając się stosownemu leczeniu. Ponadto, ponad 3 tys. chorych na cukrzycę w Polsce jest leczonych nerkozastępczo, gdyż cukrzycą jest najczęstszą przyczyną krańcowej niewydolności nerek. Każdego roku w naszym kraju z powodu powikłań cukrzycy u 14 tys. pacjentów przeprowadza się amputację kończyn. Przewiduje się, że tylko

w 2010 roku z powodu cukrzycy umrze ponad 29 tys. chorych. Jak widać, cukrzyca stanowi ogromny problem indywidualny i społeczny.

Aby skutecznie zapobiegać późnym powikłaniom cukrzycy, należy jak najlepiej wyrównać istniejące zaburzenia metaboliczne. Dostępne dotychczas leki hipoglikemizujące nie zapewniały skutecznego opanowania tych wszystkich nieprawidłowości. Celowi temu mają służyć nowe leki przeciwcukrzycowe wprowadzane na rynek. Wśród nowych medykamentów chciałbym wymienić przynajmniej trzy grupy leków: analogi inkretyn, blokery dipeptydylopeptydazy 4 (blokery DPP-4) oraz blokery kotransportera sodowo-glukozowego typu 2 w nerkach.

Do inkretyn należy zależny od glukozy peptyd insulinootropowy, zwany również żołądkowym peptydem hamującym (GIP, gastric inhibitory polypeptide) oraz glukagonopodobny peptyd-1 (GLP-1, glucagon-like peptide-1). Zaobserwowano, że odpowiadają one za około 70 proc. ilości insuliny wydzielonej przez komórki beta trzustki po spożyciu glukozy. Reakcja ta



tydylo-peptydazy IV – enzymu decydującego o szybkiej biodegradacji krążących inkretyn, a tym samym o bardzo krótkim okresie półtrwania tych hormonów. Lek o tym mechanizmie działania określa się niekiedy mianem gliptyn lub związków zwiększających działanie endogennych inkretyn. Pierwszym wprowadzonym do leczenia analogiem inkretyn jest exenatyd. To syntetyczny analog exendyny-4, związku wyizolowanego z gruczołów ślinowych jaszczurki *Heloderma suspectum*. Drugim wprowadzonym na rynek jest liraglutyd. Lek ten znacząco poprawiają wyrównanie metaboliczne u chorych na cukrzycę przy jednocześnie małym ryzyku wystąpienia hipoglikemii. Lek ten zostały wprowadzone do leczenia chorych na cukrzycę typu 2. W znamienny sposób obniżają poziom glikemii i HbA1c. W III fazie badań są leki blokujące kotransporter sodowo-glukozowy II. Lek ten obniżają próg wydalania glukozy z moczem. Prowadzi to do obniżenia glikemii we krwi. Nowe terapie są szansą dla chorych na wydłużenie czasu przeżycia i poprawę jakości życia.

Przewlekły kaszel objawem choroby

Prof. dr hab. n. med. Jan Zieliński, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest czwartą, a wkrótce będzie trzecią przyczyną zgonów na świecie. Na POChP umiera około 3 milionów ludzi rocznie. W Polsce około 14 tys. Choroba trwa kilkadziesiąt lat. Przez pierwsze 30 lat jedynym jej objawem jest przewlekły kaszel traktowany przez palącego jako niewinne następstwo palenia. Choroba jest rozpoznawana bardzo późno, kiedy ponad połowa oddechowych rezerw płucnych jest już bezpowrotnie utracona. Głównym powodem schorzenia jest palenie tytoniu. Udowodniono, że całkowite zaprzestanie palenia zatrzymuje jego postęp. Nie ma innej choroby spowodowanej paleniem tytoniu, w której zerwanie z nałogiem zatrzymuje jej postęp. Badanie spirometryczne jest pewnym, prostym i tanim sposobem rozpoznania choroby we wczesnym stadium. Nieprawidłowy wynik badania spirometrycznego jest także ważnym czynnikiem ryzyka przedwczesnego zgonu, tak jak wysoki poziom cholesterolu, otyłość i nadciśnienie tętnicze.

Choroba powinna być rozpoznawana wcześniej, aktywnie, bez oszczędzania środków. Można ją już rozpoznać u palącego tytoniu



w wieku 30 lat. Leczenie choroby na zaawansowaną postać POChP kosztuje NFZ około 5 tys. złotych rocznie. Wczesne, aktywne rozpoznanie jednego chorego kosztuje 200 złotych. Lek pomagający rzucić palenie powinny być refundowane. Spowodowanie zaprzestania palenia jest najtańszą procedurą medyczną spośród ratujących życie i zdrowie. Palacze tytoniu, obecni lub byli, są grupą, na której należy się skupić w aktywnym rozpoznawaniu POChP. Byli palacze zwykle mają cięższą postać choroby niż młodzi aktualni palacze.

Stwierdzono również, że osoby, które nigdy nie paliły papierosów, ale mają przewlekły kaszel i/lub duszność podczas wysiłku, a także osoby, które są lub były narażone na palenie bierne, pracownicy narażeni na wdychanie pyłów, dymów i gazów podczas pracy oraz kobiety używające kuchni węglowych, palące drewnem lub używający do palenia biomasy zapadają na POChP.

Wczesne rozpoznanie POChP powinni prowadzić lekarze rodzinni lub lekarze rejonowi (interniści). Konieczne jest szkolenie pielęgniarzek wykonujących badanie spirometryczne z okresowym sprawdzaniem, czy jakość techniczna tego badania jest dobra.

Leczenie nier refundowane

Prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski, prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu, dyrektor Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu

Atopowe zapalenie skóry (AZS) i łuszczyca to dwie najczęstsze przewlekłe dermatologiczne zapalenia. Częstość schorzeń alergicznych, w tym dermatoz alergicznych, włączając AZS, wzrasta w oszałamiającym tempie. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że do 2015 roku nawet co drugi Europejczyk będzie miał objawy alergii. AZS zazwyczaj ma początek w wieku dziecięcym. Częstość występowania choroby w populacji pediatrycznej ocenia się na 10 – 30 proc., natomiast u pacjentów dorosłych na 1 – 3 proc. Często współistnieją inne schorzenia o podłożu atopowym. Stres emocjonalny u większości chorych zaostrza chorobę. Chorzy cierpią na uporczywy świąd skóry, a ich jakość życia jest znacząco obniżona. Objawy chorobowe w ciężkich przypadkach uniemożliwiają wykonywanie codziennych czynności, chorzy mają obniżoną koncentrację, znacznie zaburzony sen. W przypadku chorego dziecka schorzenie ma istotny wpływ na całą rodzinę, która również „choruje” (nie śpi, pojawiają się reakcje stresowe czy lękowe). Leczenie miejscowe AZS, obok stosowania emolientów, polega na przyjmowaniu pre-



często otyli, mają nadciśnienie tętnicze, częściej zapadają na cukrzycę, częściej dochodzi u nich do licznych zaburzeń lipidowych. Łuszczyca jednoznacznie łączy się z tzw. zespołem metabolicznym. Ponadto u 20 – 30 proc. dochodzi do zajęcia stawów (łuszczyca stawowa). Chorzy na łuszczycę jest szczególnie narażony na rozwój schorzeń sercowo-naczyniowych. Zawał mięśnia sercowego jest dwukrotnie częstszy w tej grupie niż w ogólnej populacji. Chorzy na łuszczycę żyją krócej, a dotyczy to szczególnie tych, u których pierwsze zmiany łuszczycowe pojawiły się wcześniej, tzn. przed 25. rokiem życia.

Łuszczyca istotnie upośledza jakość życia w stopniu porównywalnym do chorób powszechnie w społeczeństwie uznawanych za ciężkie, takich jak niewydolność wieńcowa serca, cukrzyca czy nawet zawał mięśnia sercowego. Chorzy zazwyczaj czują się stygmatyzowani, czyli mają poczucie odrzucenia społecznego. W tym kontekście istnieje konieczność natychmiastowego wprowadzenia w naszym kraju programów terapeutycznych umożliwiających dostęp polskim chorym na łuszczycę do nowoczesnej terapii, jaką jest tzw. leczenie biologiczne.

Łuszczyca dotyczy 2 – 3 proc. ogółu populacji. Przez wielu rozumiana jest wyłącznie jako schorzenie skóry. Rzeczywistość jest jednak inna. Obecnie mamy coraz więcej dowodów naukowych na traktowanie łuszczycy jako choroby ogólnoustrojowej. Chorzy są

Badanie musi być prawidłowo wykonane

Prof. dr hab. Waldemar Tomalak, koordynator Światowego Dnia Spirometrii w Polsce, przewodniczący Komisji Akredytacyjnej Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Zakład Patofizjologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce

Spirometria jest podstawową techniką badania zaburzeń w układzie oddechowym. Pierwsze pomiary spirometryczne wykonał w Londynie w 1848 r. John Hutchinson, korzystając ze zbudowanego przez siebie spirometru. Oznaczał on pojemność życiową, a więc maksymalną ilość powietrza zawartą w płucach pomiędzy maksymalnym wdechem i wydechem, i uznal jej przydatność jako czynnika prognostycznego.

Spirometria polega na pomiarze objętości i pojemności

powietrza zawartego w płucach oraz prędkości przepływu powietrza przez drogi oddechowe w czasie wykonywania głębokiego wdechu i wydechu. Obecnie na polskim rynku mamy wiele typów spirometrów spełniających określone wymogi sprzętowe. W ciągu ostatnich kilkunastu lat spirometria przestała być domeną wysokospecjalistycznych szpitali. Spirometry są w większości gabinetów specjalistycznych chorób płuc, alergologicznych i u lekarza rodzinnego. Badanie nie jest jednak jeszcze wykorzystywane w należytej skali. Ograniczenie

prędkości przepływu powietrza w drogach oddechowych może mieć kilka źródeł: skurcz mięśni tworzących drogi oddechowe, zatykanie dróg oddechowych przez wydzieliny (śluz, ropę), zmiany elastyczności dróg oddechowych i otaczającego ich mięszu, co powoduje przy wzroście ciśnienia w klatce piersiowej ich zamykanie, a także (rzadziej) guzy uciskające drogi oddechowe z zewnątrz lub rosące w ich świetle. Wtedy na skutek spadku średnicy dróg oddechowych pojawia się utrudnienie (ograniczenie) przepływu powietrza.

Procedura oznaczania forsownych parametrów w badaniu układu oddechowego polega na wykorzystaniu maksymalnego wysiłku oddechowego. Badany wykonuje maksymalny forsowny wdech, po którym następuje maksymalny forsowny wydech trwający jak najdłużej. Ponieważ badanie spirometryczne ma charakter wysiłkowy i maksymalny, nie wolno poprzestawać na pojedynczym wykonaniu tej procedury. By się upewnić, że rzeczywiście wysiłek i zaangażowanie badanej osoby były maksymalne, wykonuje się co najmniej

trzy poprawne próby, a jeśli badany ma z tym kłopoty, to należy podjąć kolejne.

Prawidłowe wykonywanie spirometrii opiera się na współpracy osoby badanej (musi chcieć) i badającej (musi umieć wykonać). Jest to kluczowy element i być może z tych przyczyn spirometria jest w Polsce techniką niedowartościowaną.

Badanie spirometryczne nie jest trudne do wykonania, a ponieważ pojawia się w wywiadzie zwykle wyprzedza pojawienie się innych zmian charakterystycznych dla chorób układu oddechowego (zmiany w ra-

diogramie klatki piersiowej czy zadyszka początkowo podczas większego, a potem niewielkiego wysiłku), nie powinno się odkładać decyzji o wykonaniu spirometrii. Tym bardziej że większość palaczy bagatelizuje popularne objawy związane z paleniem, a więc kaszel i odkrztuszanie wydzieliny. Wskazania do wykonania tego badania są zresztą znacznie szersze, ale wiedza na ten temat potencjalnych pacjentów, ale i lekarzy, jest ciągle zbyt mała.

Dlatego tak ważne są takie dni, jak Światowy Dzień Spirometrii.

Papierosy przyczyną POChP

Doc. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko, zastępca ds. nauki dyrektora Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, członek Zarządu Głównego European Respiratory Society oraz PTChP

Przewlekłe choroby układu oddechowego przebiegające z obturacją, czyli zwężeniem oskrzeli, stanowią poważny i wciąż narastający problem zdrowotny w Polsce. Szacuje się, że najczęściej występujące astma oskrzelowa i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) dotyczą 5 - 7 milionów Polaków. Co więcej, dane staty-

styczne i obserwacje kliniczne wskazują, że liczba chorych stale rośnie. POChP jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób w naszym kraju, choruje na nią ponad 10 proc., a według niektórych badań nawet 20 proc. dorosłych Polaków.

Podstawową jej przyczyną jest szkodliwe działanie dymu tytoniowego na drogi oddechowe, zarówno wdychanego czyn-

nie przez palaczy, jak i biernie przez osoby z ich otoczenia. Kluczem do skutecznego leczenia POChP jest wczesne rozpoznanie choroby. Im szybciej chory rozstanie się z paleniem i rozpocznie leczenie, tym większa szansa na poprawę stanu zdrowia. Niestety, statystyki śmiertelności z powodu POChP są niepokojące. Według danych World Health Organization (WHO) choroba ta jest obecnie

czwartą przyczyną zgonów na świecie. Szacuje się, że w 2030 roku zajmie niechlubne trzecie miejsce.

Astma dotyka mieszkańców miast. Również astma oskrzelowa jest stale narastającym problemem zdrowotnym zarówno u dzieci, jak i dorosłych Polaków. Ocenia się, że objawy astmy obecne są nawet u 24 proc. dzieci i 14 proc. dorosłych mieszkańców miast, istotnie

mniejszy jest odsetek chorych wśród osób mieszkających na terenach wiejskich. Według danych szacunkowych liczba chorych na astmę podwaja się na świecie co 10 - 15 lat. Dynamiczny wzrost liczby chorych obserwowany jest również w naszym kraju. Ocenia się, że w ciągu ostatnich 30 lat jest on przynajmniej dwu - trzykrotny. Podobnie jak w przypadku POChP również astma oskrzelowa



powinna być jak najszybciej rozpoznana, wówczas może być skutecznie leczona. Istotną częścią procesu diagnostycznego w obu chorobach jest proste i stosunkowo łatwe do wykonania badanie czynności płuc, czyli spirometria.



♦ Z okazji Światowego Dnia Spirometrii Andrzej Supron, polski zapaśnik, mistrz świata i Europy, poddał się badaniu spirometrycznemu, wskazując, jak je prawidłowo wykonywać i jakie są korzyści dla osób aktywnych fizycznie i sportowców

Parlamentarzyści się zbadali

Pptk dr med. Piotr Dąbrowiecki, prezes Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP

Z inicjatywy Wojskowego Instytutu Medycznego i Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP 6 - 7 października w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej odbyły się dobrowolne powszechne badania spirometryczne oraz konsultacje specjalistyczne. Przebadali się posłowie, pracownicy Straży Marszałkowskiej oraz administracji Sejmu. Okazało się, że ponad 82 proc. wszystkich badanych nigdy nie wykonywało badania spirometrycznego. Obaliliśmy również mit, że spirometria jest „zwykłym dmuchaniem w rurkę”. Teraz przebadani już wiedzą, że jest to technicznie trudne, całkowicie bezbolesne badanie i w przypadku pierwszej spirometrii jest doświadczeniem uswia-



damiającym. Jeden z posłów po wykonaniu badania powiedział: „Nareszcie wiem, że mam płuca”. Łącznie wykonaliśmy 276 spirometrii. 26 osób dowiedziało się o chorobie, której wcześniej nie podejrzewało. Postawiono rozpoznanie

podejrzenia astmy oskrzelowej w 15 przypadkach oraz przewlekłej obturacji w 11.

37 proc. przebadanych osób przyznało się do palenia tytoniu i mam nadzieję, że wśród tej grupy wzrosła świadomość prawdopodobieństwa zapadalności na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, czwartą najczęstszą przyczynę śmierci na świecie. Jak wskazują statystyki Światowej Organizacji Zdrowia, na POChP na świecie umiera rocznie 3 miliony osób z 210 mln chorujących, w Polsce chorują na nią blisko 2 miliony, z czego jedynie 50 proc. przypadków jest rozpoznanych. Większość chorych dowiaduje się o tej chorobie zdecydowanie za późno, tj. w trzecim jej stadium, kiedy to szansa na uniknięcie całkowitego inwalidztwa oddechowego jest faktycznie znikoma.