

Jan Zieliński

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

POChP — choroba zbyt rzadko rozpoznawana nie tylko we wczesnym okresie

COPD — diagnosed too rarely, not only at an early-stage

Pneumonol. Alergol. Pol. 2007; 75: 2–4

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest chorobą bardzo rozpowszechnioną. W niedawno opublikowanej metaanalizie licznych badań epidemiologicznych nad częstością występowania POChP, wyłącznie takich, w których rozpoznanie było potwierdzone badaniem spirometrycznym, Halbert i wsp. [1] wykazali, że na POChP choruje około 10% ludzi w wieku 40 lub więcej lat.

Z tymi danymi zgodne są wyniki wycinkowych badań epidemiologicznych nad rozpowszechnieniem POChP w Polsce. Niepsuj i wsp. [2] ocenili częstość POChP wśród mieszkańców Zabrza, badając 559 osób w wieku 19–69 lat. Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc rozpoznano u 10,1% badanych. Pływaczewski i wsp. [3] wykryli POChP u 10,2% spośród 676 mieszkańców Warszawy w wieku 42–71 lat. Na podstawie tych badań można szacować, że w Polsce żyje około 2 miliony chorych na POChP. Tylko niewielka część tych osób ma rozpoznaną chorobę i jest leczona.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest schorzeniem trwającym kilkadziesiąt lat, z których ponad połowa przebiega bez objawów niepokojących chorego. W badaniach epidemiologicznych nad występowaniem POChP tylko 20–30% chorych na POChP miało wcześniej postawione rozpoznanie. W największych amerykańskich badaniach *National Health and Nutrition Survey* (NHANES III) 37% chorych na POChP miało rozpoznaną chorobę (POChP lub astmę) [4], w Hiszpanii 22% [5], w Szwecji 31% [6], a w Japonii 9% [7]. W Polsce Niepsuj i wsp. [2] stwierdzili, że 50% chorych miało rozpoznaną chorobę, w grupie Pływaczewskiego [3]

15,3%, a w praktyce lekarza rodzinnego w Sierpcu — 19% (dane nieopublikowane). Wyniki te, w większości, są zgodne z danymi pochodzącymi ze sprawozdań służby zdrowia. W Wielkiej Brytanii chorzy na POChP stanowią nieco mniej niż 3% [8], a w Kanadzie nieco ponad 3% ogółu leczonych chorych [9].

Potwierdzenie rozpoznania lekarskiego POChP za pomocą badania spirometrycznego uściśla rozpoznanie. Walker i wsp. [10], specjaliści chorób płuc, zaproponowali okolicznym lekarzom rodzinnym bezpłatne badanie spirometryczne chorych, którzy byli leczeni przez nich jako chorzy na POChP. Około połowa skierowanych chorych, dotychczas leczonych na POChP, nie miała cech obturacji oskrzeli, czyli nie spełniała głównego kryterium rozpoznania. Jednocześnie, należy pamiętać, że badanie spirometryczne u palaczy tytoniu niemających objawów choroby zwiększa o połowę liczbę wczesnych rozpoznań choroby [11].

W bieżącym numerze „Pneumonologii i Alergologii Polskiej” opublikowany jest interesujący artykuł Niedożytko i wsp. [12]. W artykule tym autorzy poddają analizie zgony z powodu astmy, POChP i serca płucnego zarejestrowane w Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego. W przeprowadzonej analizie rozpoznaniem POChP obejmowano też zgony z powodu PZO i rozedmy płuc. W latach 2001–2004 wskaźnik ten wzrósł z 12,5/100 000 ludności do 15,6/100 000 w 2004 roku. Większość zgonów nastąpiła w szpitalu.

Stwierdzone wskaźniki zgonu są zaskakująco niskie, ale nie odbiegają od podawanych przez Zakład Epidemiologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc danych dotyczących całej Polski. W 2004 roku

Adres do korespondencji: e-mail: j.zielinski@igichp.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 8.03.2007 r.
Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 0867–7077

wskaźnik zgonów z powodu POChP w Polsce (J40-44) wyniósł 17,6/100 000 [13].

W Stanach Zjednoczonych w 2002 roku skorygowany dla wieku wskaźnik zgonów z powodu POChP wyniósł 43/100 000 mieszkańców [14]. W Kanadzie w 1995 roku wskaźnik ten wynosił 17/100 000 wśród kobiet i 26/100 000 wśród mężczyzn.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w krajach Europy Zachodniej wśród mężczyzn wskaźnik wynoszący 50–60 zgonów/100 000 mieszkańców występował w Holandii, Danii i Wielkiej Brytanii, około 40–50/100 000 — w Hiszpanii, a 30–40/100 000 — w Niemczech, Portugalii, Włoszech, Szwajcarii, Finlandii i Austrii. Tylko we Francji i Szwecji wskaźnik wahał się między 20–30/100 000 [15].

W związku z rozpowszechnieniem nałogu palenia w Polsce oraz na podstawie wyników wycinkowych badań epidemiologicznych nad POChP można przypuszczać, że w Polsce wskaźnik zgonów z powodu tej choroby może być zbliżony do 50/100 000 mieszkańców.

Duża różnica między tymi szacunkami a rejestrowanym wskaźnikiem jest trudna do wytłumaczenia. Jednym z możliwych powodów mogłoby być zjawisko znacznej liczby zgonów z powodu chorób towarzyszących POChP. Niedawno opublikowano prospektywną analizę zgonów dużej, liczącej 15 759 osób, grupy dorosłych w wieku 43–66 lat, którą obserwowano do 11 lat, studiując głównie przyczyny i następstwa miażdżycy. W badanej grupie zmarły 1242 osoby. Wśród chorych na POChP, z ciężką i bardzo ciężką postacią choroby, z powodu choroby zasadniczej zmarło 31,5%, z powodu raka płuc — 23,9%, chorób serca — 13% i wszystkich innych przyczyn — 31,5% [16].

Wyniki te potwierdzają wcześniejsze spostrzeżenia Zielińskiego i wsp., którzy analizowali przyczyny zgonu 215 chorych na krańcowo ciężką postać POChP, powikłaną niewydolnością oddychania, którzy skorzystali z domowego leczenia tlenem. Niewydolność oddychania i serce płucne były powodem zgonu 50% badanych, rak płuca — 16%, natomiast zawał serca — 12% [17].

W innym, niedawno opublikowanym opracowaniu opartym na analizie ponad 40 milionów wypisów szpitalnych chorych na POChP, zebranych w okresie 22 lat (1979–2001), stwierdzono, że w prawie 10 milionach kart wypisowych POChP było pierwszym rozpoznaniem, a w pozostałych — rozpoznaniem wtórnym. Porównano je z wypisami szpitalnymi chorych niemających rozpoznania POChP. Rozpoznanie tego schorzenia wiązało się ze zwiększonym ryzykiem zgonu w czasie ho-

spitalizacji. Dotyczyło to głównie zgonów z powodu niewydolności oddychania (to wydaje się oczywiste), ale również z powodu zapalenia płuc, niewydolności serca, choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego i raka płuc [18].

Do zaskakującego wniosku doszli autorzy innej analizy, opartej na 8-letniej obserwacji 5648 osób w jednej z prowincji Kanady. Chorobowość i umieralność wśród osób chorych na POChP była większa niż w populacji ogólnej. Na podstawie szczegółowej analizy autorzy doszli do wniosku, że choroby sercowo-naczyniowe w przebiegu POChP są większym obciążeniem medyczno-społecznym niż samo POChP [19].

Polska jest krajem o bardzo wysokiej umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych i raka płuc. Być może w Polsce na choroby te umiera więcej niż 2/3 chorych na POChP, a w następstwie jest mniej zgonów na niewydolność oddychania i serce płucne, najczęstszych przyczyn zgonu u chorych na POChP.

Drugim możliwym wytłumaczeniem jest niedostatecznie częste rozpoznawanie POChP, nawet w ciężkim stadium choroby. Główną przyczyną takiego zjawiska może być niedostatecznie częste wykonywanie badania spirometrycznego. Niedawno Damaria i wsp. [20] zbadali obecność w historii choroby wyniku badania spirometrycznego wśród chorych hospitalizowanych w ciągu 8 lat w amerykańskich szpitalach akademickich z rozpoznaniem POChP i porównali go z obecnością wyniku badania echokardiograficznego w historii choroby pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca. Tylko 31% chorych na POChP miało w ciągu ostatnich 8 lat wykonane badanie spirometryczne. Natomiast droższe i bardziej skomplikowane badanie echokardiograficzne wykonano u 82% chorych na niewydolność serca.

Także w innym bardzo dużym badaniu, którym objęto 197 878 osób z niedawno rozpoznaną POChP, stwierdzono, że tylko u 33,7% chorych wykonano badanie spirometryczne [21].

Jeśli takie zjawisko występuje w kraju o bardzo łatwym dostępie do badania spirometrycznego, w którym nie oszczędza się na wykonywanych badaniach, to można przypuszczać, że występuje ono także w Polsce. Z doświadczeń własnych autora wynika, że nierzadko chorzy z ciężką postacią POChP przez lata są leczeni na niewydolność serca.

Według autora niniejszego artykułu, wszyscy chorzy skarżący się na duszność przyjęci do szpitala powinni mieć wykonane badanie spirometryczne. To badanie, podobne do rutynowego oznaczania stężenia cukru czy kreatyniny w surowicy,

może spowodować rozpoznanie dotychczas nie-podejrzewanej POChP.

Można też mieć nadzieję, że program wczesnego rozpoznawania POChP Narodowego Funduszu Zdrowia, realizowany już czwarty rok przez lekarzy POZ i specjalistów pneumonologów w Polsce, zwiększy liczbę chorych na POChP, którzy mieli wykonane badanie spirometryczne i chorobę rozpoznaną już we wczesnym lub umiarkowanym stadium. Badani

biorący udział w programie otrzymują Legitymację Zdrowia Płuc z wpisanym wynikiem badania spirometrycznego, trwale dokumentującą chorobę.

Pneumonolodzy polscy powinni wzmoczyć działania edukacyjne na temat POChP wśród internistów, a egzamin specjalizacyjny z chorób wewnętrznych musi obejmować więcej pytań dotyczących POChP oraz sprawdzian umiejętności interpretacji badania spirometrycznego.

Piśmiennictwo

- Halbert R.J., Natoli J.L., Gano A. i wsp. Global burden of COPD: systematic review and metaanalysis. *Eur. Respir. J.* 2006; 28: 523–532.
- Niepsuj G., Kozielski J., Niepsuj K. i wsp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc wśród mieszkańców Zabrze. *Wiad. Lek.* 2002; 55 (supl. 1): 354–359.
- Pływaczewski R., Bednarek M., Jonczak L., Zieliński J. Częstość występowania POChP wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2003; 71: 329–335.
- Mannino D.M., Gagnon R.C., Petty T.L., Lydick E. Obstructive lung disease and low lung function in adults in the United States: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 1683–1689.
- Pena S.V., Miravitlles M., Gabriel R. i wsp. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000; 118: 981–989.
- Lindberg A., Bjerg-Backlund A., Ronmark E. i wsp. Prevalence and underdiagnosis of COPD by disease severity and the attributable fraction of smoking report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir. Med.* 2005; 100: 264–272.
- Fukuchi Y., Nishimura M., Ichinose M. i wsp. COPD in Japan the Nippon COPD epidemiological study. *Respirology* 2004; 9: 458–465.
- Soriano J.B., Maier W.C., Egger P. i wsp. Recent trends in physician diagnosed COPD in women and men in the UK. *Thorax* 2000; 55: 789–794.
- Chapman K.R. Chronic obstructive pulmonary disease: are women more susceptible than men? *Clin. Chest Med.* 2004; 25: 331–341.
- Walker P.P., Mitchell P., Diamantea F., Davies L. Effect of primary — care spirometry on the diagnosis and management of COPD. *Eur. Respir. J.* 2006; 28: 945–952.
- Buffels J., Degryse J., Heyman J., Decramer M. Office spirometry significantly improves early detection of COPD in general practice: the DIDASCO Study. *Chest* 2004; 125: 1394–1399.
- Niedoszytko M., Porzezińska M., Chelmińska M. i wsp. Analiza gonów z powodu obturacyjnych chorób płuc w latach 2001–2004 w województwie pomorskim. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007; 75: 40–45.
- Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2005 roku. Szczuka I. (red.). Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2006; 130.
- Jemal A., Ward E., Hao Y., Gano A. i wsp. Trends in the leading causes of death in the United States, 1970–2002. *JAMA* 2005; 294: 1255–1259.
- Vestbo J., Lange P. *Epidemiology*. W: Calverley P.M.A., MacNee W., Pride N.B., Rennard S.I. Chronic obstructive pulmonary disease. Wyd. II. Arnold, London 2003; 21–38.
- Mannino D.M., Doherty D.E., Buist A.S. Global initiative on obstructive lung disease (GOLD) classification of lung disease and mortality: findings from atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Respir. Med.* 2006; 100: 115–122.
- Zieliński J., MacNee W., Wedzicha J. i wsp. Causes of death in patients with COPD and chronic respiratory failure. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 1997; 52: 43–47.
- Holguin F., Folch E., Redd S.C., Mannino D.M. Comorbidity and mortality in COPD — related hospitalizations in the United States, 1979 to 2001. *Chest* 2005; 128: 2005–2011.
- Huiart L., Ernst P., Suissa S. Cardiovascular morbidity and mortality in COPD. *Chest* 2005; 128: 2640–2646.
- Damaria M., Celli B.R., Mellerova H.X., Pinto Plata V.M. Discrepancy in the use of confirmatory tests in patients hospitalized with the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease or congestive heart failure. *Respir. Care* 2006; 51: 1120–1124.
- Lee T.A., Bartle B., Weiss K.B. Spirometry use in clinical practice following diagnosis of COPD. *Chest* 2006; 129: 1509–1515.