

Czarna strefa



Szczepan Cofta

Ukazała się *European Lung White Book* – dokument opracowany przez *European Respiratory Society (ERS)* oraz *European Lung Foundation*. Przygotowania syntezy współczesnych zagadnień pulmonologicznych podjął się prof. Robert Loddenkemper z Berlina, były przewodniczący ERS. W najbliższym czasie powinniśmy doczekać się również polskiego wydania tej pozycji.

Cele Białej księgi

Europejska *Biała księga pulmonologiczna* stała się ważnym dokumentem, który przedstawia istotne wyzwania tej dziedziny. Można powie-

zieć o dwóch celach takich wydawnictw. Po pierwsze – zewnętrznym, dotyczącym ogółu społeczeństw europejskich. Chodzi o kształtowanie społecznej świadomości na temat roli

schorzeń układu oddechowego, które w całości zajmują 3. miejsce wśród przyczyn zgonów w skali świata, a przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) 5. przyczynę zgonów (ostatnio sugeruje się, że w ciągu 6 lat przesunie się na miejsce 4.). Zapalenia płuc, POChP, gruźlica oraz rak płuca stanowią łącznie ok. 18 proc. przyczyn wszystkich zgonów. Niezwykle istotne jest uświadomienie roli czynników powodujących olbrzymią część chorób układu oddechowego, przede wszystkim palenia tytoniu.

Drugim celem, wewnętrznym, dotyczącym środowisk medycznych, była kontynentalna integracja działań w zakresie epidemiologii oraz definiowania schorzeń układu oddechowego, przedstawienie impulsu do tworzenia zintegrowanych standardów postępowania w schorzeniach pulmonologicznych, wypracowanie standardu edukacyjnego w zakresie pulmonologii, a także pobudzenie do nowych poszukiwań metod diagnostyki i terapii pulmonologicznej.

Koszty pulmonologii

Koszty leczenia pulmonologicznego w Europie to ok. 102 mld euro rocznie, czyli wartość porównywalna z kwotą produktu krajowego brutto kraju, takiego jak Irlandia. Euro-

Pulmonologia, która przebyła w ostatnich dziesiętkach lat długą drogę, od ftyzjatrii (zajmującej się gruźlicą) do pełnoprawnej dziedziny interny, ma szczęście pozostawać w bliskiej współpracy z wieloma innymi specjalnościami. Ociera się o zagadnienia infekcji, alergologii bądź immunologii, intensywnej terapii, onkologii. Wymaga ścisłej współpracy z kardiologią, mikrobiologią, laryngologią, rehabilitacją, pediatrią oraz chirurgią klatki piersiowej.

Przegląd problemów pulmonologicznych

Biała księga pulmonologii europejskiej przedstawia przegląd najważniejszych problemów układu oddechowego. Mówiąc o astmie oskrzelowej, która jest najczęstszą chorobą przewlekłą dzieci, ukazuje zróżnicowanie zachorowalności oraz dynamizm wskaźników epidemiologicznych w krajach europejskich. Jest ona najczęściej rozpoznawana w Wielkiej Brytanii, gdzie dotyczy ok. 13 proc. populacji. Podkreślono, że większy odsetek przewlekłej ciężkiej astmy rozpoznawany jest w takich krajach, jak Niemcy, Polska, Holandia. Tylko na leki stosowane w astmie oskrzelowej Europejczycy wydają ok. 3,6 mld euro rocznie. W wielu krajach Europy Środkowej i Wschod-

” Schorzenia układu oddechowego zajmują 3. miejsce wśród przyczyn zgonów w skali świata ”

pejczycy wydają na leki pulmonologiczne 6,7 mld euro, na opiekę ambulatoryjną ok. 9 mld, na leczenie szpitalne 18 mld.

Okazuje się, że największa część opieki pulmonologicznej związana jest z chorobami obturacyjnymi dróg oddechowych – astmą oskrzelową oraz POChP. Ponad 90 proc. wszystkich konsultacji pulmonologicznych związanych jest właśnie z tymi schorzeniami. Jeśli chodzi natomiast o odsetek wszystkich konsultacji lekarskich związanych z problemami pulmonologicznymi (z infekcjami włącznie), to stanowią one 20 proc. wszystkich konsultacji lekarskich.

Koszty leczenia pulmonologicznego są wysokie, jednakże o wiele niższe niż w wielu innych specjalnościach, chociażby kardiologii czy hematologii. Nawet procedury onkologii pulmonologicznej, choć – przynajmniej – stosunkowo mało skuteczne, są o wiele tańsze od wielu procedur onkologicznych.

niej oczekuje się drastycznego wzrostu zachorowań, szczególnie u dzieci. Ostatnie trzy dziesiątki lat związane były z podwojeniem zachorowalności na astmę oskrzelową.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jedną z tych przyczyn zgonów, których znaczenie epidemiologiczne ciągle rośnie. Trendy zachorowalności i śmiertelności w odniesieniu do tego schorzenia są od wielu lat niezmiennie rosnące. Roczny koszt leków, który ponoszą Europejczycy, to 2,7 mld euro.

Innym problemem, którego wagę podkreśla dokument jest *epidemia* raka płuca. W Wielkiej Brytanii liczba kobiet umierających na raka płuca przekroczyła liczbę kobiet umierających z powodu raka piersi. Przeżycie roczne w raku płuca wynosi ok. 20 proc. Rak płuca stanowi ok. 20 proc. wśród onkologicznych przyczyn zgonów. Polska jest *czarną strefą* raka płuca, jednym z dwóch krajów o największej zachorowal-

ności w Europie, z liczbą powyżej 60 przypadków na 100 tys. mieszkańców.

Dokument ukazuje także zróżnicowanie zapadalności na infekcje układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem zapalenia płuc, problemy związane z opornością na penicylinę szczepów *Streptococcus pneumoniae* w izolatach z dolnych dróg oddechowych oraz oporność na erytromycynę. Przedstawiono też różnice między poszczególnymi krajami w tym zakresie.

Osobnym problemem jest zróżnicowanie problematyki gruźlicy w Europie, w której np. w Rosji czy na Białorusi zachorowalność (obecność prątków gruźlicy u chorych potwierdzona badaniem bakteriologicznym), wynosi 48 na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy we Francji zachorowalność wynosi 4,2 na 100 tys. mieszkańców. Polskie wartości zachorowań zbliżone są do krajów zachodnich (9 na 100 tys. mieszkańców potwierdzonej bakteriologicznie gruźlicy).

cja, lecz ewidentny wymiar społeczny. Ta dwójka korzyść musi być ukazywana w sposób jednoznacznie wyrazisty. Okazuje się, że działalność pulmonologiczna mogłaby być w znaczącej mierze (nawet co najmniej o połowę) zredukowana w przypadku skutecznej walki z nałogiem nikotynizmu.

Wyzwania opieki pulmonologicznej

Jeśli chodzi o szczególne wyzwania, które ukazuje omawiany dokument, to przede wszystkim rola intensywnej terapii w chorobach układu oddechowego. Sugeruje się rozwój opieki pulmonologicznej nie tylko na oddziałach intensywnej terapii, na które kryterium przyjęcia jest przede wszystkim niewydolność wielonarządowa, ale również tworząc oddziały (lub pododdziały) pulmonologiczne wzmożonego nadzoru, w których można byłoby w razie potrzeby zastosować inwazyjną wentylację mechaniczną, a także intensywne monitorowanie.

” Liczba kobiet, umierających na raka płuca w Wielkiej Brytanii przekroczyła liczbę kobiet umierających z powodu raka piersi ”

Dokument porusza także zagadnienia związane z innymi chorobami. Wspomnę tylko mukowiscydozę, która stała się również chorobą dorosłych. Obecnie 34 proc. pacjentów europejskich to chorzy dorośli. Średni czas ich życia wynosi 32 lata. Niewydolność oddechowa jest przyczyną śmierci w 98 proc. przypadków, a roczny koszt leczenia osób w zaawansowanych stadiach może wynosić u jednego pacjenta nawet powyżej 40–100 tys. euro. Warto powiedzieć, że średnia przeżycia w mukowiscydozie uznana jest za jeden z wskaźników jakości opieki medycznej. Okazuje się, że w tym względzie nie wyglądamy najgorzej.

Biała księga europejska porusza zagadnienia związane z najważniejszymi czynnikami ryzyka, przede wszystkim z paleniem tytoniu. Walka z *epidemią* nikotynizmu jest jednym z dwóch priorytetów trzeciego tysiąclecia wg Światowej Organizacji Zdrowia. Przypomnienie o nikotynizmie może być nudne, ale nie ma żadnej innej równie skutecznej interwencji medycznej, jak nakłonienie do zaniechania palenia tytoniu. Skuteczność ta ma wymiar nie tylko związany z korzyściami konkretnego pa-

Istotny jest również rozwój swego rodzaju ogniwa pośredniego, jakim byłyby tzw. *respiratory intermediate units*, do których kryterium przyjęcia byłaby izolowana niewydolność oddechowa. Typowa w działalności takiego oddziału jest nieinwazyjna wentylacja mechaniczna, a wyjątkowo wentylacja inwazyjna.

Kolejnym wyzwaniem współczesnej pulmonologii jest rosnąca rola rehabilitacji, która wymaga swego rodzaju emancypacji w tym zakresie. Rehabilitacja pulmonologiczna określana jest jako wielowymiarowe i konsekwentne działanie, skierowane do osób ze schorzeniami układu oddechowego i ich otoczenia, prowadzone przez wielodyscyplinarny zespół specjalistyczny w celu uzyskania i utrzymania indywidualnie optymalnego poziomu niezależności funkcjonowania społecznego. Korzyściami rehabilitacji pulmonologicznej są: poprawa tolerancji wysiłku, zmniejszenie nasilenia objawów, poprawa zależnej od zdrowia jakości życia oraz możliwość zmniejszenia intensywności opieki. Wyzwaniem jest tworzenie kompleksowych programów rehabilitacji oraz tworzenie ośrodków rehabilitacyjnych. Dokument zwraca

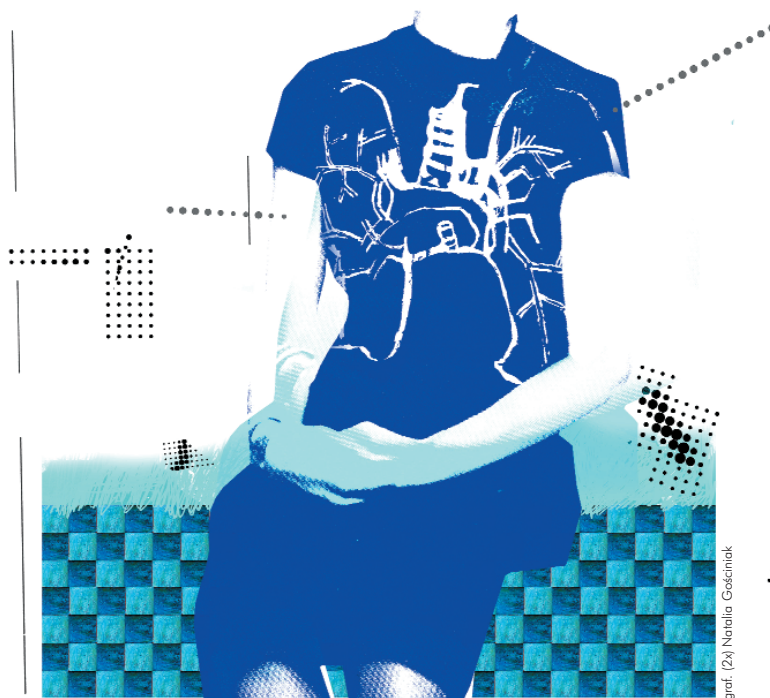
uwagę na konieczność pracy w zespole pulmonologicznym profesjonalistów, lekarzy, pielęgniarek pulmonologicznych, fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów, pracowników społecznych. Jest to konieczne przede wszystkim w przypadku pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową.

Warta podkreślenia jest szczególna rola pielęgniarek pulmonologicznych, które zapewniają pomoc w tlenoterapii domowej, technikach wentylacji, aerozoloterapii, biorą udział w programach rehabilitacyjnych oraz edukacyjnych, a także odgrywają szczególną rolę w działaniach antynikotynowych.

Pulmonologia jako specjalność

Przyjmuje się, że w Europie występują duże deficyty w nauczaniu pulmonologii na poziomie akademickim. Jest ona rozwinięta jako samodzielna dziedzina nauczania w 62 proc. ośrodków uniwersyteckich Europy. W Polsce wysycenie nią wydziałów lekarskich jest pełne.

Czas trwania specjalizacji w zakresie chorób płuc waha się od 3 do 7 lat (3 lata na Litwie, 7 lat w Belgii). Jeżeli chodzi o liczbę w pełni wykwalifikowanych pulmonologów, średnia



graf. (2) Natalia Gościński

piersiowej. W ostatnich latach liczba wykonywanych badań spadła w drastyczny sposób, przede wszystkim ze względu na zmieniony

„ U co najmniej 60 proc. pacjentów, u których rozpoznaje się raka płuca w naszym kraju możliwe jest tylko postępowanie paliatywne „

europijska to 3,2 specjalistów na 100 tys. mieszkańców (od 0,8 w Wielkiej Brytanii, przez 4,6 w Polsce, do 10,4 w Grecji, przy średniej 1,5 w Stanach Zjednoczonych).

Jako istotne wyzwanie w nauczaniu pulmonologii ukazana jest w omawianym dokumencie konieczność szkolenia w zakresie intensywnej terapii pulmonologicznej.

Polskie problemy w obliczu Białej księgi

W najbliższym czasie ma ukazać się polskie wydanie *Białej księgi pulmonologii*. Warto byłoby do niej dopowiedzieć komentarz, związany z najistotniejszymi bolączkami pulmonologii – dziedziny, która ubiega się o własne prawa wśród innych specjalności.

Okazuje się, że najbardziej palącym problemem w zakresie zapewnienia opieki pulmonologicznej jest dramatycznie trudna dostępność pacjentów do badań radiologicznych klatki

piersiowej. Wydając skierowanie na zdjęcie klatki piersiowej, lekarz rodzinny wykorzystuje roczną pulę przeznaczoną na badania dodatkowe dla trzech swoich podopiecznych. Jest to swego rodzaju skandalem, chociażby w kontekście szczególnego wyzwania, jakim jest diagnostyka i postępowanie w zakresie raka płuca. Nie można się dziwić, że u co najmniej 60 proc. pacjentów, u których rozpoznaje się raka płuca możliwe jest tylko postępowanie paliatywne.

Wydaje się, że wydanie *Europejskiej białej księgi pulmonologicznej* oraz jej polskiego tłumaczenia może stać się istotnym impulsem dla zapewnienia pulmonologii właściwego jej miejsca, także w zakresie odpowiedniego finansowania. Pulmonolodzy nie roszcżą sobie żadnych wyjątkowych praw. Oczekują jednak środków niezbędnych do zapewnienia opieki nad pacjentami, odpowiedniej co do jakości i dostępności w stosunku do innych specjalności. ■