

Jan Zejda, Grzegorz Brożek

Katedra Epidemiologii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny
Sekcja Epidemiologii, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc

Przewlekła obturacyjna choroba płuc w Polsce — potrzeba populacyjnych badań epidemiologicznych

Praca nie była finansowana

Tłumaczenie pracy, należy cytować wersję oryginalną: Zejda J, Brożek G. Chronic obstructive pulmonary disease in Poland — a need for population-based epidemiological studies. *Pneumonol Alergol Pol* 2016; 84: 203–204. doi: 10.5603/PiAP.2016.0024

W wydawnictwie PZWL „Choroby Płuc”, przygotowanym w związku z XXXIV Zjazdem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (Wisła, 7–10 maja, 2016 roku) zamieszczono kilka ważkich opracowań prezentujących bieżący stan wiedzy w odniesieniu do kluczowych problemów pulmonologicznych, w tym doniesienie zatytułowane „Astma i przewlekła choroba płuc” [1]. Informacje zawarte w tym artykule skłaniają do refleksji odnoszącej się do faktografii epidemiologicznej. W świetle potrzeb dotyczących rozpoznania problemu w odniesieniu do polskiej populacji oraz na tle konfrontacji krajowych danych z danymi międzynarodowymi na uwagę zasługuje epidemiologia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) i ta okoliczność stała się inspiracją do zabrania głosu.

W cytowanym artykule przytoczono informację, że w Polsce, w populacji osób w wieku powyżej 40 lat, około 10% ludzi choruje na POChP. Pasuje to wielkość ryzyka w kraju na górnej granicy przedziału 5–10%, oszacowanego na podstawie ponad 100 badań nad POChP, prowadzonych od lat 70. XX wieku w wielu krajach [2]. Trzeba przy tym dodać, że cytowana wartość reprezentuje — w przypadku Polski — dane pochodzące z badania obejmującego 526 mieszkańców małopolski, uzyskane przed 10 laty w ramach międzynarodowego projektu *Burden of Obstructive Lung Disease* (BOLD) i odnosi się do

ówcześniej rekomendowanej klasyfikacji choroby w skali *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) (poziom ≥ 2) [3]. Podobna skala problemu (POChP u 10,7% osób w wieku ponad 40 lat) została ujawniona w nieco wcześniejszym badaniu obejmującym 676 mieszkańców Warszawy [4]. Z kolei wynik badania 559 mieszkańców Zabrze w wieku 19–69 lat wykazał obecność POChP u 13,9% mężczyzn i 7,2% kobiet [5]. W dwóch ostatnich badaniach stosowano kryteria diagnostyczne GOLD, a ich wyniki były opublikowane w latach 2002–2003. Inne współczesne, duże polskie badania dotyczące POChP odnoszą się głównie do klasyfikacji postaci klinicznej rozpoznanej już choroby, albo prezentują wyniki uzyskane u osób zarejestrowanych w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej (w tym przypadku częstość POChP na poziomie 12,8% wśród mężczyzn i 7,1% wśród kobiet, w wieku powyżej 39 lat) i tym samym mają ograniczone znaczenie dla szacowania rzeczywistego rozpowszechnienia POChP w Polsce [6, 7]. Najnowsze badanie, dotyczące obrazu klinicznego astmy i POChP w Polsce objęło reprezentatywną grupę 15973 osób w wieku ponad 60 lat i ujawniło obecność POChP u 20% kobiet i mężczyzn, diagnozowanych przy użyciu standardu GOLD. Trzeba jednak podkreślić, że ocena częstości występowania choroby nie była głównym celem tego badania [8]. Z kolei wyniki własnego badania

Adres do korespondencji: Grzegorz Brożek, Katedra Epidemiologii, Wydział Lekarski w Katowicach, SUM, e-mail: gbrozek@sum.edu.pl

Wpłynęło do Redakcji: 27.05.2016 r.

Copyright © 2016 PTChP

kwestionariuszowego zrealizowanego w ramach programu GA2LEN w Chorzowie w 2008 roku w reprezentatywnej grupie 2800 osób w wieku 15–75 lat wykazały, że 3,7% mężczyzn i 2,1% kobiet miało kiedykolwiek postawione przez lekarza rozpoznanie POChP, a rozpoznanie astmatycznego lub spastycznego zapalenia oskrzeli dotyczyło 9,8% mężczyzn i 10,8% kobiet, w całym przedziale wiekowym. Wyróżnienie grupy w wieku ponad 40 lat wykazało częstość POChP odpowiednio u mężczyzn i kobiet na poziomie 5,2% i 3,3%, a częstość astmatycznego/spastycznego zapalenia oskrzeli wynosiła 12,1% i 12,9%. Analogiczne częstości dotyczące grupy wiekowej 60 lat lub więcej wynosiły 7,2% i 3,3% dla POChP i 13,4% i 15,4% zapalenia oskrzeli („Wewnętrzny raport GA2LEN Katowice Center”). Te dane potwierdzają pogląd o znaczącym niedodiagnozowaniu POChP, w wielu krajach, a w Polsce sięgającego nawet 80% [7, 9].

Potrzeba lepszego rozpoznania problemów epidemiologicznych, etiopatogenetycznych i klinicznych w populacji Europy Wschodniej jest odnotowana w Białej Księdze Chorób Płuc [2]. To nie tylko konieczność, ale także okazja do zadresowania zagadnień uznanych za priorytetowe pytania naukowe. Obejmują one, poza poznaniem epidemiologii POChP, potrzebę uwzględnienia tak istotnych kwestii, jak klasyfikacja fenotypów choroby, z wykorzystaniem biomarkerów, nowoczesnych narzędzi molekularnych i technik genetycznych, metod obrazowania [2].

Tego typu wyzwaniom można sprostać jedynie poprzez wdrożenie dużego badania kohortowego, z przestrzeganiem zasad dobrej praktyki epidemiologicznej, w pełnym wymiarze i na każdym etapie badania [10]. Badania epidemiologiczne populacji dorosłych są niezwykle trudnymi przedsięwzięciami. Podstawowy problem stanowi dobór właściwej populacji źródłowej oraz ograniczona reprezentatywność populacji badanej wynikająca z niskich na ogół odsetków uczestnictwa. Przytoczona faktografia w jednoznaczny sposób

uzasadnia nie tylko potrzebę, ale wręcz konieczność przygotowania i wdrożenia kompleksowego, ogólnopolskiego badania epidemiologicznego nad POChP, obejmującego — w punkcie wyjścia — badanie typu przekrojowego i kontynuowanego jako badanie typu kohortowego. Było by to nie tylko ważkim przedsięwzięciem naukowym, ale także działaniem konsolidującym polskie środowisko pulmonologiczne zainteresowane pozyskaniem aktualnych i nowych danych, działaniem torującym większy udział całego środowiska w obiegu naukowym, a także działaniem skutecznie promującym pozycję i znaczenie naszego środowiska w skali międzynarodowej.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo:

1. Domagała-Kulawik J. Astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Choroby Płuc, PZWL Warszawa 2016; 6–9.
2. European Lung White Book. <http://www.erswhitebook.org/chapters/chronic-obstructive-pulmonary-disease>; 07.07.2016.
3. Niżankowska-Mogilnicka E, Mejza F, Buist AS i wsp. Prevalence of COPD and tobacco smoking in Malopolska region — results from the BOLD study in Poland. *Pol Arch Med Wewn* 2007; 117: 402–410.
4. Pływaczewski R, Bednarek M, Jończyk L, Zieliński J. Częstość występowania POChP wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy. *Pneumonol Alergol Pol* 2003; 71: 329–335.
5. Niepsuj G, Kozielski J, Niepsuj K i wsp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc u mieszkańców miasta Zabrze. *Wiad Lek* 2002; 55 (supl. 1): 354–359.
6. Wesołowski S, Boros PW, Dębowski T. Chronic obstructive pulmonary disease in Poland: distribution of patients according the new Gold 2011 classification. Cross-sectional survey. *Pneumonol Alergol Pol* 2014; 82: 511–517.
7. Bednarek M, Maciejewski J, Woźniak M, Kuca P, Zieliński J. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax* 2008; 63: 402–407.
8. Bożek A, Rogala B, Bednarski P. Asthma, COPD and comorbidities in elderly people. *J Asthma* 2016. doi:103109/0277090.2016.1170139.
9. Pena VS, Miravites M, Gabriel R i wsp. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000; 118: 891–999.
10. Bakke PS, Rönmark E, Eagen T i wsp. Recommendations for epidemiological studies on COPD. *Eur Respir J* 2011; 38: 1261–1277.