

Małgorzata Iwanicka-Michałowicz,
Iwona Grzelewska-Rzymowska

Received: 07.05.2009

Accepted: 26.05.2009

Published: 30.06.2009

Czynniki ryzyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc u pacjentów leczonych szpitalnie

Risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in hospitalised patients

Klinika Gruźlicy, Chorób i Nowotworów Płuc I Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Iwona Grzelewska-Rzymowska

Correspondence to: Klinika Gruźlicy, Chorób i Nowotworów Płuc Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

ul. Okólna 181, 91-520 Łódź, tel./faks: 042 617 72 95, e-mail: klinika.tbc.um@wp.pl

Praca finansowana z funduszy UM w ramach pracy statutowej nr 503-1095-2

Streszczenie

POChP należy obecnie do najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie. Najczęstszym czynnikiem, który odpowiada za rozwój POChP, jest palenie tytoniu, zarówno czynne, jak i bierne. Kolejnymi przyczynami warunkującymi rozwój POChP są narażenie zawodowe na pyły, substancje chemiczne, gazy drażniące. Czynnikiem ryzyka jest także wrodzony niedobór α_1 -antytrypsyny (czynnik genetyczny). Celem pracy była analiza czynników ryzyka warunkujących rozwój POChP. W badaniu wzięło udział 200 osób z rozpoznaniem POChP leczonych szpitalnie w latach 2005-2007. U wszystkich chorych przeprowadzono wywiad według kwestionariusza przygotowanego na potrzeby badania. Wyniki badania poddano analizie statystycznej. W badanej grupie było 76 kobiet (38%) i 124 mężczyzn (62%). Średnia wieku mężczyzn wynosiła 66,1 roku, kobiet – 66,4 roku. Głównym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby w badanej grupie było palenie tytoniu – stwierdzono je u 170 badanych (85%), przy czym 37,5% chorych było aktualnymi palaczami, a 47,5% byłymi palaczami. Średni czas trwania nałogu w grupie obecnych i byłych palaczy wyniósł 42 paczkoleta (rozpiętość 1-160). POChP rozpoznano również u 30 osób nigdy niepalących papierosów (15%). Narażenie na bierne palenie w pracy i/lub w domu podawało 175 chorych (87,5%). Narażenie na wdychanie szkodliwych substancji w środowisku pracy zgłaszało 150 badanych (75%). W związku z faktem, że nałóg palenia tytoniu jest zjawiskiem bardzo częstym wśród chorych na POChP, konieczne wydaje się zintensyfikowanie działań mających na celu upowszechnianie wiedzy na temat przyczyn i skutków POChP, realizację edukacji antytytoniowej oraz wdrożenie taniej i skutecznej metody badań przesiewowych.

Słowa kluczowe: POChP, czynniki ryzyka, palenie tytoniu, narażenie zawodowe, edukacja antytytoniowa

Summary

COPD is currently one of the most important health problems all over the world. The most frequent factor responsible for COPD development is smoking of cigarettes, both active and passive. Other reasons influencing COPD development are occupational exposure to dust, chemical substances, irritant gases. The risk factor is congenital deficiency of α_1 -antitrypsin (genetic factor). The aim of the paper was to analyse any risk factors influencing development of COPD. The study was performed in 200 people with diagnosed COPD treated between 2005 and 2007. A patient medical history based on a questionnaire prepared for the study was performed in all patients. The study results then underwent statistical analysis. Of the subjects 124 (62%) were males and 76 (38%) were females. Mean age of the males – 66.1 years and of the females – 66.4 years. The main risk factor of the disease in the group studied was cigarette smoking – found in 170 patients (85%), from them 37.5% were current smokers, 47.5% were former smokers. Smoking history of current and former smokers averaged 42 pack-years (range 1-160). COPD was also found in 30 lifelong non-smokers (15%). Exposure to passive smoking at work and/or at home was observed in 175 people (87.5%). The inhalation of hazardous substances in the work environment was reported in 150 of the people studied (75%). Due to the fact that the smoking habit is very frequently found among COPD patients, it seems necessary to intensify actions taken to spread knowledge regarding COPD's causes and effects, increase anti-smoking education and implement cheap and effective test screening methods.

Key words: COPD, risk factors, cigarette smoking, occupational exposure, anti-smoking education

WSTĘP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest obecnie jednym z największych i szybko narastających problemów zdrowotnych na świecie. Walka z chorobą, a także skuteczne jej zapobieganie stanowią poważne wyzwanie dla polityki zdrowotnej w wielu krajach. POChP cechują wysokie zachorowalność i śmiertelność. W kolejnym dziesięcioleciu przewiduje się dalszy wzrost zachorowalności. Z tego powodu konieczne jest podjęcie działań o szerokim zasięgu zmierzających do zmniejszenia niekorzystnych wskaźników zdrowotnych w odniesieniu do POChP. W celu opanowania tak ważnego z punktu widzenia zdrowia publicznego problemu konieczne jest skoordynowanie działań wszystkich osób zaangażowanych w realizację polityki ochrony zdrowia⁽¹⁻³⁾.

POChP rozwija się w wyniku interakcji zachodzących między czynnikami ryzyka, które warunkują jej powstawanie i rozwój. Najczęstszym czynnikiem, który odpowiada za rozwój POChP, jest zarówno czynne, jak i bierne palenie tytoniu^(1,4). Związki między nałogiem palenia tytoniu a występowaniem POChP zostały udowodnione w wielu badaniach⁽⁵⁻⁷⁾. Szczególnie interesujące jest szerokie i długotrwałe brytyjskie badanie Fletchera i Peto⁽⁷⁾. Autorzy przez 8 lat obserwowali dużą grupę pracowników transportu londyńskiego, u których co 12 miesięcy wykonywano pomiar wskaźników spirometrycznych. Badanie wykazało, że u części osób palących papierosy roczny spadek natężonej objętości wydechu 1-sekundowej (FEV₁) był większy niż u niepalących i u pozostałych palących. Do spowolnienia spadku FEV₁ do poziomu obserwowanego u osób niepalących dochodziło po zaprzestaniu palenia we wczesnym stadium choroby. Związek między nałogiem palenia tytoniu a rozwojem POChP wykazano także w 5-letnim kanadyjsko-amerykańskim badaniu The Lung Health Study I (Badanie Zdrowia Płuc) obejmującym 5887 pacjentów, u których rozpoznano łagodną lub umiarkowaną POChP⁽⁸⁾. W ramach programu 3923 osoby poddano intensywnemu leczeniu antynikotynowemu z zastosowaniem gumy z nikotyną oraz 12 sesji mających na celu zmianę zachowań. Leczenie to spowodowało, że nałóg porzuciło 22% badanych, podczas gdy odsetek osób nieobjętych terapią, które skutecznie zerwały z nałogiem, wyniósł zaledwie 6%. Ponadto w badaniu The Lung Health Study I wykazano, że u pacjentów nadal palących papierosy po 5 latach obserwacji spadek FEV₁ był o 300 ml większy niż u osób, które zaprzestały palenia tytoniu. Roczny spadek FEV₁ w tej ostatniej grupie badanych był porównywalny z tym, jaki zaobserwowano u osób zdrowych⁽⁸⁾. W badaniu Zagdańskiej i Grzelewskiej-Rzymowskiej mającym na celu ocenę wskaźników wentylacji u chorych na astmę i chorych na POChP zaobserwowano, że FEV₁ u chorych na POChP w ciągu 3 lat zmniejszyła się

o 170 ml (zmniejszenie o około 50 ml rocznie), podczas gdy w grupie chorych, którzy nie palili od co najmniej 3 lat, spadek FEV₁ był mniejszy i wynosił 130 ml (spadek o około 40 ml rocznie), natomiast u chorych nadal palących FEV₁ spadła o 200 ml (spadek o około 60 ml rocznie)⁽⁹⁾.

Kolejnymi istotnymi czynnikami ryzyka odpowiedzialnymi za około 10-20% przypadków POChP są narażenie zawodowe na pyły (węglowy, krzemowy), substancje chemiczne oraz gazy drażniące^(1,10). Jeżeli narażenie jest długotrwałe i/lub intensywne, choroba może rozwijać się niezależnie od palenia papierosów. Wzajemne działanie czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, zanieczyszczenie powietrza, narażenie zawodowe na dymy i pyły, może się wzajemnie kumulować. Obecnie za istotny czynnik ryzyka rozwoju POChP uważa się zanieczyszczenie powietrza w źle wentylowanych pomieszczeniach mieszkalnych powstające w wyniku gotowania lub ogrzewania mieszkań węglem, drewnem bądź torfem. Do postępu choroby mogą przyczyniać się także zakażenia wirusowe i bakteryjne^(11,12). Również zakażenie HIV u osób palących tytoń przyspiesza rozwój rozedmy⁽²⁾. W powstawaniu POChP może mieć także znaczenie genetycznie uwarunkowany wrodzony niedobór α_1 -antytrypsyny. Ciężki niedobór α_1 -antytrypsyny prowadzi do rozwoju przedwczesnej i szybko postępującej rozedmy, która obejmuje całe zraziki płuc. Jednak zaburzenie to odpowiada za niespełna 1% wszystkich przypadków POChP^(1,2).

W 2001 roku z inicjatywy Narodowych Instytutów Zdrowia Stanów Zjednoczonych (US National Heart, Lung and Blood Institute, NHLBI) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) powstała Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD). Celem raportu jest zwiększenie świadomości o POChP zarówno wśród społeczeństwa, jak i wśród pracowników ochrony zdrowia, a także wśród osób odpowiedzialnych za zdrowie publiczne, zmniejszenie chorobowości i umieralności z powodu POChP oraz poprawa działań w zakresie zapobiegania i leczenia⁽¹¹⁾. Wytyczne GOLD są corocznie aktualizowane⁽¹²⁾.

Celem pracy była ocena i charakterystyka rozpowszechnienia nałogu palenia tytoniu u chorych na POChP leczonych szpitalnie z powodu zaostrzenia tej choroby.

MATERIAŁ I METODY

Badanie wykonano u 200 chorych na POChP leczonych w Klinice Gruźlicy, Chorób i Nowotworów Płuc Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2005-2007 z powodu zaostrzenia objawów choroby. U wszystkich chorych przeprowadzono wywiad według kwestionariusza przygotowanego na potrzeby badania. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące wieku

rozpoczęcia palenia, liczby dziennie wypalanych papierosów, długości ekspozycji na dym tytoniowy, występowania biernego narażenia na dym tytoniowy, zawodowego narażenia na wdychanie szkodliwych substancji. Stopień uzależnienia od nałogu palenia oceniano Testem uzależnienia od nikotyny według Fagerströma, a liczbę wcześniejszych prób porzucenia nałogu oraz motywacji do zaprzestania palenia – Testem motywacji do zaprzestania palenia według Schneider. Średni czas trwania nałogu mierzono liczbą paczkołat (1 paczkorok = wypalanie 20 papierosów dziennie przez 1 rok). Badanych chorych podzielono w zależności od występowania nałogu palenia tytoniu na trzy grupy: A – palący obecnie, B – palący w przeszłości, C – nigdy niepalący. Otrzymane dane zapisane zostały w arkuszu kalkulacyjnym Statistica wersja 8.1 (StatSoft). Za pomocą tego programu dokonano też obliczeń statystycznych.

WYNIKI

W badanej grupie było 76 kobiet (38%) i 124 mężczyzn (62%) (tabela 1); 174 osoby (87%) mieszkały na stałe w mieście. Średnia wieku badanych wynosiła 66,3 roku (zakres 35-86 lat), średnia wieku badanych kobiet wynosiła 66,4 roku (zakres 45-86 lat) i była zbliżona do średniej wieku badanych mężczyzn, wynoszącej 66,1 roku (zakres 35-85 lat). Większość chorych była w wieku powyżej 45 lat, a najwięcej, to jest 20 kobiet (26,3% ogółu badanych kobiet) i 28 mężczyzn (22,6% ogółu badanych mężczyzn), było w wieku 70-75 lat. Szczegółową strukturę badanych chorych według wieku przedstawiono na rys. 1.

Nałóg palenia tytoniu w badanej grupie stwierdzono u 85% chorych, 15% chorych nigdy nie paliło. W grupie A było 75 chorych (37,5%) – 49 mężczyzn (24,5%) i 26 kobiet (13%). Grupa B liczyła 95 chorych (47,5%) – 63 mężczyzn (31,5%) i 32 kobiety (16%). W grupie C znalazło się 30 chorych (15%) – 12 mężczyzn (6%) i 18 kobiet (9%) (tabela 1). Średni wiek chorych w grupie A wyniósł 63,7 roku (rozpiętość 35-85 lat), odpowiednio 63,5 roku dla mężczyzn i 64 lata dla kobiet. Średni wiek chorych w grupie B wyniósł 66,5 roku (rozpiętość 45-86 lat), odpowiednio 68 lat dla mężczyzn i 65 lat dla kobiet. Średni wiek chorych w grupie C wyniósł 68,6 roku (rozpiętość 45-86 lat), odpowiednio

	Ogółem – n (%)	Kobiety – n (%)	Mężczyźni – n (%)
Badani chorzy	200 (100%)	76 (38%)	124 (62%)
Palący obecnie (grupa A)	75 (37,5%)	26 (13%)	49 (24,5%)
Byli palacze (grupa B)	95 (47,5%)	32 (16%)	63 (31,5%)
Nigdy niepalący (grupa C)	30 (15%)	18 (9%)	12 (6%)

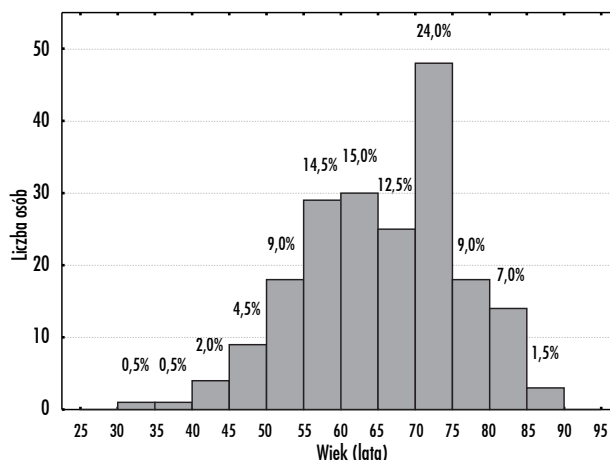
Tabela 1. Charakterystyka badanych chorych na POChP

66,9 roku dla mężczyzn i 70,3 roku dla kobiet.

Średnia liczba paczkołat w grupach A i B wynosiła 42 (rozpiętość 1-160). Zaobserwowano znamioną różnicę w liczbie paczkołat między kobietami i mężczyznami ($p=0,000023$) (tabela 2).

Średnia liczba paczkołat dla mężczyzn była większa niż dla kobiet, wynosiła odpowiednio 49,1 dla mężczyzn oraz 34,9 dla kobiet; u 38,2% chorych nałóg oceniono na 20-40 paczkołat. Nałóg palenia w grupie A sprowadzał się do 160 paczkołat (rozpiętość u mężczyzn 19-160, a u kobiet 1-60), a w grupie B do 100 paczkołat (rozpiętość u mężczyzn 5-100, a u kobiet 2-66). U 1 chorego z grupy A wypalającego około 5 papierosów dziennie nałóg palenia trwał 1 paczkorok. Jednak chory ten był przez ponad 40 lat narażony na bierne wdychanie dymu tytoniowego w domu i w pracy. Średnia liczba wypalanych papierosów w grupach A i B wynosiła 21,8 sztuki, przy czym większą ilość papierosów wypalali mężczyźni – średnio 24,2 sztuki (kobiety 19,4 sztuki) (tabela 2). Nie zaobserwowano znamionnych różnic w liczbie wypalanych papierosów między grupami A i B. W grupach A i B 43,5% chorych wypalało dziennie około 10-20 papierosów, 34,9% – 21-30 papierosów, 10% – mniej niż 10 papierosów, 7,6% – 31-40 papierosów, a 4% chorych – ponad 40 papierosów. U większości chorych wypalających mniej niż 10 papierosów dziennie nałóg oceniono na ponad 15 paczkołat. Nie stwierdzono istotnych różnic w liczbie dziennie wypalanych papierosów w grupach A i B.

W grupie A 42 mężczyzn (85%) i 16 kobiet (62%) miało duży stopień uzależnienia od nikotyny. Średni stopień uzależnienia od nikotyny według kwestionariusza Fagerströma wyniósł w punktach w grupie mężczyzn 8,3 (zakres 5-10) i był większy niż w grupie kobiet, u których wyniósł 5,2 (zakres 4-8) (tabela 2). Stopień uzależnienia od nikotyny nasilał się wraz ze zwiększaniem się liczby dziennie wypalanych papierosów oraz zwiększaniem się czasu narażenia na bierne wdychanie dymu tytoniowego. Nie zaobserwowano istotnej różnicy w stopniu uzależnienia od nikotyny między chorymi z grup A i B.



Rys. 1. Struktura wieku badanych chorych na POChP

W grupie A 71 chorych (94,6%) zgłosiło chęć działań prowadzących do zaprzestania palenia, chociaż wszyscy oni już podejmowali takie próby w przeszłości. Nie dotyczyło to zaledwie 4 chorych (5,3%), którzy nigdy nie próbowali przestać palić. W grupie A wśród przyczyn mających wpływ na motywację chorych do podjęcia próby rzucenia nałogu 24 osoby wymieniły chorobę, 20 chorych rodzinę, 19 badanych podjęło decyzję samodzielnie, 7 chorych zmotywował lekarz, a 1 osobę kolega. W grupie B 75 chorych porzuciło nałóg palenia po wielokrotnych próbach (≥ 5 prób), 13 osób porzuciło nałóg palenia już po pierwszej próbie, 7 chorych porzuciło nałóg po kilku próbach (2-4 prób). W grupie B przyczyną rzucenia nałogu u 49 osób była choroba, u 19 chorych rodzina, 14 badanych decyzję podjęło samodzielnie, 13 chorych zmotywował lekarz.

Jeżeli chodzi o choroby współistniejące z POChP, u 98 badanych (49%) występowały choroby układu krążenia, u 81 (40,5%) rozpoznano dodatkowo astmę, a u 13 osób (6,5%) występował rak płuca, przy czym u 65 chorych stwierdzono obok POChP współwystępowanie dwóch chorób, to jest chorób układu krążenia i astmy u 59 osób, chorób układu krążenia i raka płuca u 6 osób. Spośród chorób układu krążenia u badanych najczęściej rozpoznano nadciśnienie tętnicze – 60 osób (30%), zawał serca – 29 osób (14,5%) i udar mózgu – 6 osób (3%).

Bierne narażenie na dym tytoniowy podawało aż 175 chorych (87,5%) (tabela 3) – 147 chorych z grup A i B oraz 28 chorych z grupy C.

W badanych grupach 34 chorych (19,43%) było narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego przez 30 lat, 29 chorych (16,57%) – przez 20 lat, a u 24 chorych (13,71%) narażenie trwało ≥ 40 lat. W grupach A i B 48 chorych było biernie narażonych na dym tytoniowy w domu, 50 chorych w pracy, a 49 chorych zarówno

w domu, jak i w pracy. W grupie C 10 chorych było biernie narażonych na dym tytoniowy w domu, 6 chorych w pracy, a 12 chorych zarówno w domu, jak i w pracy. Źródłem biernego narażenia na dym tytoniowy w badanych grupach byli najczęściej ojciec (u 36 osób) i żona (u 36 osób), następnie mąż (u 32 osób) oraz dzieci (u 15 osób). Narażenie ze strony syna/synów wystąpiło u 14 osób i było znacznie większe niż narażenie ze strony córki/córek, które wystąpiło u 1 osoby. Bierne narażenie na dym tytoniowy w domu było wieloletnie i trwało od wczesnego dzieciństwa. Osoby będące źródłem biernego narażenia na dym tytoniowy w domu wypalały najczęściej około 20 papierosów dziennie.

Badani chorzy podawali, że w środowisku pracy zawodowej byli narażeni na zanieczyszczenia. Na obecność tego czynnika wskazało 150 badanych (75%) – 52 chorych (26%) z grupy A, 72 chorych (36%) z grupy B i najwięcej, bo 26 chorych (13%) z grupy C (tabela 3).

OMÓWIENIE

W badanej przez nas grupie chorych leczonych szpitalnie z powodu zaostrzenia POChP nałóg palenia był szeroko rozpowszechniony, ponieważ dotyczył aż 85% chorych, co zgodne jest z powszechnie panującym poglądem, iż u 80-90% chorych na POChP przyczyną jest nałóg palenia. Odsetek chorych palących w badanej przez nas grupie był większy niż w międzynarodowym badaniu BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease), które wykazało, że kiedykolwiek papierosy paliło średnio 60% osób badanych, a także większy niż odsetek palaczy z badania BOLD wykonanego w Polsce, gdzie wyniósł on 28% (badano losowo wybranych mieszkańców powiatów chrzanowskiego i proszowickiego)⁽¹³⁾. Należy jednak podkreślić, że badanie BOLD

	Ogółem średnio (rozpiętość)	Kobiety średnio (rozpiętość)	Mężczyźni średnio (rozpiętość)
Czas trwania nałogu palenia w paczkolatach	42 (1-160)	34,9 (1-66)	49,1 (5-160)
Liczba dziennie wypalanych papierosów	21,8 (2-80)	19,4 (2-40)	24,2 (5-80)
Stopień uzależnienia od nikotyny chorych z grupy A w punktach według Testu uzależnienia od nikotyny według Fagerströma	6,75 (4-10)	5,2 (4-8)	8,3 (5-10)

Tabela 2. Charakterystyka nałogu palenia u badanych chorych na POChP

	Bierne narażenie na dym tytoniowy		Narażenie na zanieczyszczenia w środowisku pracy	
	Tak – n (%)	Nie – n (%)	Tak – n (%)	Nie – n (%)
Palący obecnie (grupa A)	66 (33%)	9 (4,5%)	52 (26%)	23 (11,5%)
Byli palacze (grupa B)	81 (40,5%)	14 (7%)	72 (36%)	23 (11,5%)
Nigdy niepalący (grupa C)	28 (14%)	2 (1%)	26 (13%)	4 (2%)
Ogółem	175 (87,5%)	25 (12,5%)	150 (75%)	50 (25%)

Tabela 3. Występowanie biernego narażenia na dym tytoniowy i narażenia na zanieczyszczenia w środowisku pracy u badanych chorych na POChP

zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie populacyjnej, tak więc nie należy bezpośrednio porównywać danych z naszego badania z tymi uzyskanymi w badaniu BOLD.

Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie palenia w grupie chorych z rozpoznaną POChP z badania BOLD, które wykazało, że w Polsce nałóg palenia dotyczył 51,5% chorych, należy stwierdzić, że w badanej przez nas grupie A i B rozpowszechnienie palenia tytoniu było znacznie większe. W międzynarodowym badaniu o akronimie UPLIFT (Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium), obejmującym 5992 chorych na POChP, odsetek osób aktualnie palących papierosy wyniósł 30,5% (9,7% dla kobiet i 20,7% dla mężczyzn)⁽¹⁴⁾. W wielośrodkowym badaniu o akronimie TORCH (Towards a Revolution in COPD Health), w którym uczestniczyło 6184 chorych na POChP, odsetek aktualnych palaczy wyniósł 43%⁽¹⁵⁾. Z kolei w badaniu o akronimie INSPIRE (Investigating New Standards for Prophylaxis in Reducing of Exacerbations), przeprowadzonym w 179 ośrodkach w 20 krajach w grupie 1323 chorych na POChP, odsetek aktualnych palaczy wyniósł 38%⁽¹⁶⁾ i był zbliżony do odsetka aktualnych palaczy w naszym badaniu.

Obserwowany w naszej grupie mniejszy odsetek aktualnych palaczy w porównaniu z odsetkiem chorych, którzy kiedykolwiek palili papierosy, może być związany z nasileniem objawów choroby, które zmusiły badanych do rzucenia nałogu palenia.

W badaniu BOLD w Polsce rozpowszechnienie palenia tytoniu było częstsze wśród mężczyzn niż wśród kobiet, paliło odpowiednio 36,4% mężczyzn i 15,1% kobiet. Dane te są podobne do uzyskanych w naszym badaniu. Średnia wieku badanych przez nas chorych była o ponad 2 lata większa niż w badaniu UPLIFT, o 3 lata większa niż w badaniach TORCH i INSPIRE oraz aż o 9 lat większa niż w badaniu BOLD⁽³⁾. POChP rozpoznaje się głównie po 45. roku życia; w badanej przez nas grupie 194 chorych było w wieku powyżej 45 lat, niemniej najwięcej chorych było w wieku 70-75 lat. Podobnie jak w populacji mieszkańców Polski również w badanej grupie odsetek kobiet w wieku 70-75 lat był większy niż odsetek mężczyzn, co może wynikać z faktu, że długość życia kobiet jest większa od długości życia mężczyzn.

W piśmiennictwie panuje pogląd, że POChP rozwija się co najmniej po 20 paczkołatach⁽¹¹⁾. Porównując średnią liczbę paczkołat w badaniach UPLIFT, TORCH, INSPIRE oraz w naszym badaniu, należy stwierdzić, że w badanej przez nas grupie była ona zbliżona do średniej z badania INSPIRE, gdzie wyniosła 40. Natomiast średnie liczby paczkołat w badaniach UPLIFT i TORCH były nieznacznie większe i wyniosły odpowiednio 46 w badaniu UPLIFT i 48 w badaniu TORCH. Warto podkreślić, że choroba rozwinęła się także u chorych zgłaszających krótszy okres trwania nałogu (poniżej 20 paczkołat), co jest zgodne z danymi z piśmiennictwa^(1,2).

Średnia liczba wypalanych papierosów przez osoby biorące udział w polskim badaniu przesiewowym mającym na celu wczesne rozpoznawanie i profilaktykę POChP, przeprowadzonym w latach 2000-2002 w grupie 91 859 osób, wyniosła około 19 i była zbliżona do średniej wypalanych papierosów obserwowanej w badanej przez nas grupie^(17,18). Panuje pogląd, że mężczyźni wypalają więcej papierosów niż kobiety, również w naszych badaniach zaobserwowano taką tendencję.

Gotowość do rzucenia nałogu zgłoszona przez większość badanych chorych w grupie A może świadczyć o dużym stopniu świadomości chorych o zagrożeniach zdrowotnych, które powoduje palenie papierosów. Biorąc pod uwagę fakt, iż większość badanych przez nas rzuciła nałóg dopiero z powodu choroby, istotna wydaje się rola lekarzy w motywowaniu pacjentów do rzucenia nałogu, zanim dojdzie do rozwoju chorób odtytoniowych. W badanych grupach, podobnie jak w populacji mieszkańców Polski, choroby układu krążenia występowały u około 50% chorych. Według danych z piśmiennictwa chorzy na POChP umierają głównie z powodu chorób układu krążenia (25%), raka (głównie raka płuca – 20-30%) oraz z innych powodów (30%). Choroby układu oddechowego, głównie niewydolność oddechowa spowodowana zaostrzeniem POChP, odpowiadają za 4-35% przyczyn zgonów, głównie u chorych z ciężką postacią choroby⁽¹⁹⁾. W badaniu TORCH wykazano, że u 27% badanych główną przyczyną zgonów były choroby układu krążenia, u 35% choroby układu oddechowego, a u 21% rak⁽¹⁵⁾. Pogląd, że bierne palenie może doprowadzić do rozwoju POChP, został po raz pierwszy sformułowany w raporcie GOLD z 2003 roku. Nie wiadomo jednak, jak długo chory musi być narażony. Prawdopodobnie POChP rozwija się u biernych palaczy tylko wtedy, gdy są oni podatni na rozwój tej choroby. Nie ma jednak badań, które określałyby wskaźniki mogące wyróżniać tę grupę osób. Nasze badanie wskazuje, że niepalący chorzy byli najczęściej narażeni na bierne wdychanie dymu tytoniowego głównie tam, gdzie najdłużej przebywali, czyli w domu i w pracy, co może sugerować, że choroba rozwinęła się u nich na skutek długotrwałego narażenia. Literatura podaje, że narażenie na zanieczyszczenia w środowisku pracy może prowadzić do rozwoju choroby w 10-20% przypadków. W badaniu BOLD odsetek osób narażonych na zanieczyszczenia w środowisku pracy wyniósł 50%. Zaobserwowany w naszym badaniu znacznie wyższy odsetek chorych narażonych na zanieczyszczenia w środowisku pracy może być związany z miejscem przeprowadzonego badania. Region łódzki przez wiele lat stanowił wiodący ośrodek włókienniczy, a wiele osób zamieszkujących ten region było zatrudnionych w tym sektorze. Wieloletnie narażenie na szkodliwe substancje w tkalniach, farbiarniach, przędzalniach mogło mieć istotny wpływ na rozwój POChP w badanej populacji.

WNIOSKI

1. Nałóg palenia papierosów w grupie chorych leczonych szpitalnie z powodu zaostrzenia POChP był zjawiskiem bardzo częstym – stwierdzono go u 85% badanych, a podczas badania 37,5% chorych nadal paliło papierosy.
2. Czas trwania nałogu wyniósł od 1 do 160 paczkolet, więcej u mężczyzn niż u kobiet (odpowiednio 49 i 35 paczkolet).
3. Na bierne palenie narażonych było 87,5% chorych, na wdychanie szkodliwych substancji w środowisku pracy 75%.
4. Chęć porzucenia palenia zgłaszało około 95% chorych nadal palących papierosy. Fakt ten powinien skłonić lekarzy, aby w większym stopniu angażowali się w leczenie nałogu palenia tytoniu.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Devereux G.: ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Definition, epidemiology, and risk factors. *BMJ* 2006; 332: 1142-1144.
2. Vieg G., Pistelli F., Sherrill D.L. i wsp.: Definition, epidemiology and natural history of COPD. *Eur. Respir. J.* 2007; 30: 993-1013.
3. Mejza F., Bała M., Jaeschke R.: Rozpowszechnienie POChP w różnych krajach świata – badanie BOLD. *Med. Prakt.* 2007; 11: 116-118.
4. Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B. i wsp.: Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur. Respir. J.* 2006; 27: 188-207.
5. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O. i wsp.: Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur. Respir. J.* 2007; 29: 390-417.
6. Ind P.W.: COPD disease progression and airway inflammation: uncoupled by smoking cessation. *Eur. Respir. J.* 2005; 26: 764-766.
7. Fletcher C., Peto R.: The natural history of chronic air-flow obstruction. *Br. Med. J.* 1977; 1: 1645-1648.
8. Anthonisen N.R., Connett J.E., Kiley J.P. i wsp.: Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁. The Lung Health Study. *JAMA* 1994; 272: 1497-1505.
9. Zagdańska R., Grzelewska-Rzymowska I.: Ocena spadku wartości wskaźnika FEV₁ po 3 latach obserwacji u chorych na ciężką astmę i POChP. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2004; 72: 307.
10. Trupin L., Earnest G., San Pedro M. i wsp.: The occupational burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur. Respir. J.* 2003; 22: 462-469.
11. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Wytyczne Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD 2001). *Med. Prakt.* 2002; 1: 1-72.
12. GOLD – Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Aktualizacja 2007. *Med. Prakt.* 2008; 2: 1-100.
13. Niżankowska-Mogilnicka E., Mejza F., Buist A.S. i wsp.: Częstość występowania POChP i rozpowszechnienie palenia tytoniu w Małopolsce – wyniki badania BOLD w Polsce. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2007; 117: 1-8.
14. Tashkin D.P., Celli B., Senn S. i wsp.: UPLIFT Study Investigators: A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 2008; 359: 1543-1544.
15. Calverley P.M.A., Anderson J.A., Celli B. i wsp.: TORCH investigators: Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 2007; 356: 775-789.
16. Wedzicha J.A., Calverley P.M.A., Seemungal T.A. i wsp.: INSPIRE Investigators: The prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations by salmeterol/fluticasone propionate or tiotropium bromide. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2008; 177: 19-26.
17. Górecka D., Zieliński J.: Wczesne rozpoznawanie i profilaktyka POChP w Polsce; stan obecny i perspektywy. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2005; 73: 112-115.
18. Zieliński J., Bednarek M., Górecka D. i wsp.: Increasing COPD awareness. *Eur. Respir. J.* 2006; 27: 833-852.
19. Fabbri L.M., Luppi F., Beghé B., Rabe K.F.: Complex chronic comorbidities of COPD. *Eur. Respir. J.* 2008; 31: 204-212.