

**Program profilaktyki
przewlekłej obturacyjnej
choroby płuc**

I. UZASADNIENIE CELOWOŚCI WDROŻENIA „PROGRAMU PROFILAKTYKI PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC”, zwanego dalej Programem.

1. Opis problemu zdrowotnego

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, zwana dalej POChP, jest nową nazwą łączącą dotychczas znane schorzenia: przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc. Obie choroby często występują razem, a ich najczęstszą przyczyną jest wieloletnie palenie papierosów. Choroba ta prowadzi do upośledzenia wymiany gazowej w płucach, skutkującego przewlekłym niedotlenieniem organizmu i powstaniem zespołu serca płucnego. Początek choroby jest nieuchwytny, a w pierwszych latach niemal bezobjawowy. Pierwsze objawy choroby - kaszel i skąpe odkrztuszanie płwociny – najczęściej nie wzbudzają niepokoju chorych i są przez nich lekceważone. Ponieważ przyczyną POChP w zdecydowanej większości przypadków jest palenie papierosów, powyższe objawy są kojarzone z tym faktem, a nie z samą chorobą. Dokuczliwym objawem POChP jest duszność. Niestety jest to późny objaw, który pojawia się w chwili, gdy około połowa powierzchni wentylacyjnej płuc zostaje nieodwracalnie zniszczona. Według zaleceń rozpoznawania i leczenia POChP opracowanych przez Polskie Towarzystwo Ftyzjopneumonologiczne PTFP¹ - wyróżnia się IV stadia zaawansowania POChP.

Wczesny okres choroby (stadium I) nie powoduje, poza porannym kaszlem, innych objawów. Duszność pojawia się dopiero w II (umiarkowanym) lub w III (ciężkim) stadium choroby i dopiero wtedy stawia się rozpoznanie. Ostatnie stadium choroby (IV - bardzo ciężka POChP) cechuje się znaczną skłonnością do infekcji dróg oddechowych, postępującym inwalidztwem oddechowym z koniecznością częstych hospitalizacji.

Leczenie farmakologiczne, rehabilitacja oraz tlenoterapia stosowane w ciężkich postaciach POChP jest kosztowne i poprawiają jedynie jakość życia nie hamując postępu choroby. Skuteczne leczenie, które mogłoby zahamować postęp już rozwiniętej choroby nie jest znane. Jedynym skutecznym działaniem jest zaprzestanie przez chorego palenia tytoniu. Wiadomo również, że choroby można uniknąć, jeśli osoby z wysokim ryzykiem zachorowania na POChP (palacze papierosów mający przewlekły kaszel) przestają palić.

Profilaktyka pierwotna i wtórna oraz właściwe leczenie hamuje jej dalszy rozwój i zapobiega inwalidztwu oddechowemu.

¹ Zalecenia rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego. *Pneumologia i Alergologia Polska* 2004;72:suplement 1. Dokument dostępny w internecie: www.towarzystwo.witaj.pl (szkolenia podyplomowe)

Według cytowanych wyżej zaleceń PTFP uważa się, że:

- 1) główną przyczyną POChP jest palenie tytoniu zarówno czynne jak i bierne;
- 2) dodatkowymi czynnikami usposabiającymi do wystąpienia POChP jest praca w zawodach: górnictwo, hutnictwo, transport, przemysł drzewny, papierniczy, włókienniczy, cementownie i przetwórstwo zboża a także niski status socjoekonomiczny;
- 3) najbardziej skuteczną i najtańszą metodą zapobiegającą chorobie oraz istotnie wpływającą na rokowanie i przebieg POChP jest zaprzestanie palenia tytoniu (czynnego i biernego) na każdym etapie choroby;

Wynika z tego wniosek, że uzasadnionym i ważnym ekonomicznie postępowaniem jest:

- wykrycie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w początkowej fazie (stadium I lub II);
- objęcie świadczeniobiorców stałą opieką lekarza POZ;
- stałe motywowanie świadczeniobiorców do rzucenia nałogu palenia papierosów i ochrona palaczy biernych.

Jedynymi sposobami zmniejszenia chorobowości i umieralności na POChP jest wczesne rozpoznanie choroby i konsekwentne działania antynikotynowe. Chorobę można rozpoznać w każdym, nawet we wczesnym „bezobjawowym” stadium, za pomocą badania spirometrycznego.

2. Przyczyny istnienia problemu zdrowotnego.

Za główny czynnik etiologiczny POChP uważa się palenie tytoniu (czynne i bierne), które także wpływa na cały przebieg choroby. Według danych statystycznych w Polsce pali tytoni ok. 9-10 mln. osób. Ograniczenie tego zjawiska powinno być zasadniczym działaniem profilaktycznym, związanym z dużymi korzyściami zdrowotnymi, jak również obniżałoby społeczne i ekonomiczne koszty leczenia chorób tytoniozależnych, w tym POChP.

3. Waga problemu zdrowotnego dla społeczeństwa.

Według corocznego raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na POChP cierpi około 600 milionów ludzi. Rocznie z jej powodu umiera około trzech milionów ludzi.

W Polsce na POChP choruje przeszło 2 mln osób, co stanowi ponad 5 proc. społeczeństwa. Aktualnie wykrywa się 3,03 przypadków na 1000 mężczyzn i 1,71 na 1000 kobiet. Badania wykazują, że co dziesiąty Polak powyżej 30-tego roku życia ma objawy POChP. Każdego roku 3,6 proc. z hospitalizowanych pacjentów to chorzy na tę chorobę. Jest ona częstą przyczyną zwolnień chorobowych, rent inwalidzkich i przedwczesnej śmierci. Stanowi ok. 20 proc. wszystkich przyznawanych rent inwalidzkich (rocznie ok. 20 tys.).

Renty przyznaje się chorym, często w średnim wieku, między 50 a 60 rokiem życia. Oznacza to zmniejszenie produktywności oraz rosnące z roku na rok pośrednie i bezpośrednie koszty leczenia. Rocznie około 15 tysięcy Polaków umiera z powodu POChP.

Koszty leczenia POChP w Polsce nie są znane. Tymczasem na świecie są porównywalne z kosztami leczenia nowotworów płuc. Długość życia chorych na POChP jest 4-krotnie dłuższa niż chorujących na raka płuc stąd koszty leczenia w bilansie kilkuletnim są na tym samym poziomie, a czasem wyższe.

4. Dotychczasowe próby rozwiązania problemu.

W latach 2000-2002 realizowano w Polsce program profilaktyczny POChP „Poznaj wiek swoich płuc” (www.pochp.org). Wykonano badanie spirometryczne u około 100 000 osób z grupy ryzyka (palacze papierosów powyżej 40 roku życia). Co piąta zbadana osoba miała spirometryczne cechy POChP. W żadnym programie profilaktycznym nie uzyskano tak wysokiego procentu nowo wykrytych chorych.

Działania profilaktyczne obejmujące wieloletnich palaczy tytoniu przy stosunkowo niewielkich kosztach pozwalają osiągnąć wymierne efekty zdrowotne, ekonomiczne i społeczne.

II. CELE OGÓLNE I SZCZEGÓŁOWE PROGRAMU

1. Cel główny:

ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu POChP poprzez kompleksowe działania edukacyjno-diagnostyczne i terapeutyczne w grupach wysokiego ryzyka.

2. Cele pośrednie:

- 1) upowszechnienie wiedzy o POChP, czynnikach jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutkach choroby,
- 2) wdrożenie taniej i skutecznej metody badań przesiewowych, wykrywających POChP w grupach ryzyka,
- 3) realizowanie programu edukacji antytytoniowej i leczenie nałogu palenia u osób zagrożonych i chorych na POChP,
- 4) diagnozowanie i leczenie chorych na POChP wg przyjętego algorytmu postępowania,
- 5) przeprowadzenie specjalistycznej diagnostyki różnicowej u osób mających objawy

kliniczne a nie spełniających kryteriów rozpoznania stadium POChP,

- 6) zwiększenie skuteczności wykrywania wczesnych stadiów POChP przez lekarzy POZ i rodzinnych oraz właściwe kwalifikowanie pacjentów do leczenia specjalistycznego,
- 7) zmniejszenie liczby hospitalizowanych z powodu późno wykrytej POChP,
- 8) obniżenie kosztów leczenia chorych na POChP,
- 9) zmniejszenie liczby rent inwalidzkich, przyznawanych z powodu rozwiniętej POChP,
- 10) włączenie lekarzy POZ i rodzinnych do aktywnej profilaktyki POChP wśród swoich podopiecznych.

III. SPOSÓB REALIZACJI DZIAŁAŃ NA POSZCZEGÓLNYCH ETAPACH REALIZACJI PROGRAMU.

1. Tryb zapraszania do Programu.

Dla osiągnięcia zamierzonych celów optymalny jest system zaproszeń imiennych, prowadzony przy współdziałaniu samorządu lokalnego, uzupełniony o akcję medialną (informacje m.in. w internecie, prasie, radiu, telewizji).

2. Populacja objęta Programem:

- 1) Program adresowany jest w szczególności do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 rokiem życia, którzy nie mieli wykonanych badań przesiewowych w ramach programu profilaktyki POChP w ciągu ostatnich 36 miesięcy (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia).
- 2) Do włączenia do programu kwalifikują się palacze:
 - a) czynni,
 - b) byli (z wywiadem więcej niż 10 paczkolet palenia),
 - c) bierni (w dzieciństwie)u których występują: przeziębienia - kilka razy w roku
ostre zapalenie oskrzeli - kilka razy w roku
kaszel
duszność podczas przeziębień, małego i dużego wysiłku
uprzednie rozpoznanie rozedmy, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub POChP
nie poparte wynikiem badania spirometrycznego.
- 3) Programem mogą być objęci świadczeniobiorcy w wieku 40-65 lat nigdy nie palący, ale mający objawy typowe dla POChP – kaszel i duszność podczas wysiłku.

Kryteria wykluczające:

Programem nie mogą być objęci świadczeniobiorcy, u których już wcześniej zdiagnozowano przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (lub przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedmę), a rozpoznanie było potwierdzone badaniem spirometrycznym.

3. Świadczenia zdrowotne na poszczególnych etapach realizacji Programu.

1) porada na etapie badań podstawowych obejmuje:

- a) zarejestrowanie przez świadczeniodawcę świadczeniobiorców, którzy zgłoszą się do Programu na podstawie imiennego zaproszenia lub bez skierowania,
- b) zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami Programu przez przeszkoloną pielęgniarkę (**Załącznik nr 1** do Programu – informacja dla pacjenta),
- c) przedstawienie świadczeniobiorcy do wypełnienia ankiety określonej w **załączniku nr 2** do Programu,
- d) wykonanie badania spirometrycznego,
- e) przeprowadzenie badania fizykalnego i wypełnienie Karty badania lekarskiego, wg wzoru określonego w **załączniku nr 3** do Programu, przez lekarza,
- f) porada antynikotynowa dla palących papierosy zgodnie ze schematem określonym w **załączniku nr 6** do Programu.
- g) kwalifikacja do grupy ryzyka z zaleceniem ponownego zgłoszenia się do Programu po 36 miesiącach w razie kontynuacji palenia lub skierowanie świadczeniobiorcy do dalszego postępowania zgodnie ze schematem określonym w **załączniku nr 4** do Programu,
- h) wszyscy świadczeniobiorcy z nieprawidłowym wynikiem badania spirometrycznego kierowani są do Etapu badań pogłębionych.

2) porada na etapie badań pogłębionych obejmuje:

- a) zarejestrowanie świadczeniobiorcy skierowanego przez realizatora Etapu badań podstawowych Programu,
- b) wykonanie badania pirometrycznego, w przypadku potwierdzenia nieprawidłowego wyniku spirometrii – wykonanie spirometrycznej próby rozkurczowej.
- c) badanie podmiotowe i przedmiotowe, pogłębione o wywiad dotyczący palenia tytoniu,
- d) porada antynikotynowa,

e) ocena informacji o pacjencie, zebranych w obu etapach Programu, celem potwierdzenia lub wykluczenia rozpoznania POChP,

f) udokumentowanie w Karcie konsultacji specjalistycznej, której wzór określony jest w **załączniku nr 5** do Programu, rozpoznania postawionego na etapie badań pogłębionych i zaleceń co do dalszego postępowania;

3) organizacja udzielania świadczeń:

a) świadczeniodawca realizujący etap badań podstawowych zapewnia (np. na podstawie umowy podwykonawczej) i finansuje (w ramach przyznaných na ten cel środków finansowych) konsultację specjalistyczną na etapie badań pogłębionych,

b) liczba porad na etapie badań pogłębionych powinna stanowić 30- 40 % liczby porad wykonanych na etapie badań podstawowych;

4) dokumentacja realizacji Programu:

Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia obok dokumentacji medycznej dokumentacji realizacji Programu w oparciu o wzory dokumentów stanowiące **załączniki nr 2, nr 3, nr 5** do niniejszego Programu.

IV. WSKAZANIE DALSZYCH PROCEDUR DIAGNOSTYCZNYCH

I LECZNICZYCH

Świadczeniobiorcy wymagający dalszej diagnostyki (w szczególności z innych powodów niż POChP) lub leczenia zostaną skierowani do odpowiedniego świadczeniodawcy (poza Programem w ramach kontraktu z NFZ na odrębne rodzaje świadczeń).

V. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA OCZEKIWANYCH EFEKTÓW

1. Skuteczność zapraszania na badania:

- 1) liczba świadczeniobiorców w populacji objętej Programem,
- 2) liczba świadczeniobiorców zaproszonych imiennie do Programu
- 3) liczba świadczeniobiorców , którzy zgłosili się do Programu.

2. Efekty etapu badań podstawowych:

- 1) liczba świadczeniobiorców objętych Programem,
- 2) liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do grupy ryzyka,
- 3) liczba świadczeniobiorców z rozpoznaniem POChP,

- 4) liczba świadczeniobiorców skierowanych do etapu badań pogłębionych,
 - 5) liczba świadczeniobiorców skierowanych do poradni antynikotynowej (poza programem w ramach kontraktów z NFZ w innych rodzajach świadczeń),
 - 6) liczba świadczeniobiorców, którzy ograniczyli lub rzucili palenie w wyniku uczestnictwa w programie.
3. Efekty etapu badań pogłębionych:
- 1) liczba świadczeniobiorców, którzy zgłosili się do etapu badań pogłębionych,
 - 2) liczba świadczeniobiorców, u których wykonano spirometryczną próbę rozkurczową,
 - 3) liczba świadczeniobiorców, u których rozpoznano POChP
 - 4) liczba świadczeniobiorców skierowanych na dalszą diagnostykę lub leczenie poza Programem w ramach kontraktów z NFZ w trybie ambulatoryjnym,
 - 5) liczba świadczeniobiorców skierowanych na dalszą diagnostykę lub leczenie poza Programem w ramach kontraktów z NFZ w trybie szpitalnym.

VI. CZAS TRWANIA PROGRAMU

Program będzie realizowany w roku 2007 z możliwością przedłużenia okresu jego realizacji do 2008 r.

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Szanowna Pani/Szanowny Panie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, znana też pod nazwą rozedma lub przewlekłe zapalenie oskrzeli jest bardzo rozpowszechnioną na świecie i w Polsce chorobą. występującą najczęściej u wieloletnich palaczy tytoniu. W Polsce zapada na nią co piąta osoba paląca, czynnie lub biernie narażona na działanie dymu tytoniowego.

Choroba rozpoznawana jest późno, między 50 a 60 rokiem życia, kiedy jest znacznie zaawansowana i postępuje mimo leczenia.

Choroba zaczyna się od przewlekłego kaszlu i odpluwania niewielkiej ilości wydzieliny - szczególnie rano. Po około 20 latach pojawia się duszność (brak powietrza) podczas wysiłku. Początkowo występuje ona kilkakrotnie w ciągu roku, zazwyczaj podczas przeziębień. Z czasem duszność utrwała się, ograniczając zdolność do pracy i wykonywania prostych czynności życiowych, a w końcu staje się nieznosna. W końcowym okresie choroba powoduje przewlekłe niedotlenienie organizmu, niewydolność serca i przedwczesny zgon. Jest czwartą w kolejności przyczyną zgonu w Polsce.

Proponujemy Pani/Panu wypełnienie ankiety służącej do ustalenia czy jest Pani/Pan zagrożony, a może jest już chory na POChP.

Jeśli tak będzie to zostanie Pani/Pan, zakwalifikowany(a) do „grupy ryzyka chorób płuc” i będzie Pani/Pan zaproszony(a) na **badanie spirometryczne**.

Badanie spirometryczne jest prostym, nieinwazyjnym testem oceniającym czynność płuc. Badanie polega na wykonaniu kilku głębokich wdechów i mocnych wydechów przez ustnik aparatu spirometrycznego.

Spirometr jest przyrządem elektronicznym wyposażonym w pamięć i kalkulator. Aparat sprawdza czy badanie było wykonane prawidłowo oraz oblicza stosunek otrzymanych wyników do norm zależnych od wieku, płci i wzrostu. Badanie wykonuje się w przychodni i jest całkowicie bezpłatne.

W przypadku wykrycia zmian w badaniu spirometrycznym zostanie Pani/Pan objęty odpowiednią opieką lekarską.

Załącznik nr 2 do Programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Pieczętka świadczeniodawcy

**Ankieta dla uczestnika programu
profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc**

Imię i nazwisko:

Numer PESEL

Rok urodzenia: Płeć:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy:

Nr telefonu komórkowego:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji Programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Podpis świadczeniobiorcy

Instrukcja:

Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zakwalifikowania do badania spirometrycznego.

Czytając uważnie pytania, proszę udzielić pisemnej odpowiedzi na każde z nich, zakreślając znakiem “x” właściwą odpowiedź lub wpisując dane odpowiadające objawom i problemom zdrowotnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych z wyników badań **wyłącznie** do celów statystycznych i epidemiologicznych.

Data

Podpis świadczeniobiorcy

ANKIETA

1. PALENIE PAPIEROSÓW:

nigdy nie paliłam/paliłem

paleń czynnie od lat

wypalam dziennie sztuk papierosów

paleń biernie (przebywanie w dymie papierosowym): nie tak

w domu pracy w dzieciństwie

nie paleń odlat

wcześniej paliłam/paliłem przezlat.

2. PRZEZIĘBIENIA: (katar, ból gardła, kaszel lub jego nasilenie, niewielka gorączka)

rzadziej niż 1x w roku 1x w roku kilka razy w roku

3. OSTRE ZAPALENIE OSKRZELI:

(gorączka, kaszel, odpływanie ropnej (żółtej lub zielonkawej) płwociny, może być duszność i „granie w piersiach”)

nigdy rzadziej niż 1x w roku 1x w roku kilka razy w roku

4. KASZEL:

Mam poranny kaszel dla „oczyszczenia” płuc, przez przynajmniej 3 miesiące w roku od przynajmniej dwu lat nie tak

5. UCZUCIE DUSZNOŚCI:

nie mam duszności , mam duszność tylko podczas przeziębień , podczas

dużego wysiłku fizycznego , podczas małego wysiłku

mam duszność napadową z „graniem w piersiach”, zwykle w nocy tak nie

6. CZY KIEDYKOLWIEK LEKARZ ROZPOZNAŁ U PANI/PANA:

astmę oskrzelową nie tak

rozedmę płuc nie tak

przewlekłe zapalenie oskrzeli (przewlekły bronchit) nie tak

przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) nie tak

Karta badania lekarskiego

w programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Imię i nazwisko: Data urodzenia

Płeć: K M

PESEL:

1. Sinica języka

tak nie

2. Badanie kl. piersiowej

widoczna praca dodatkowych mięśni oddechowych tak nie

klatka piersiowa beczkowata tak nie

a) cechy rozedmy:

wypuk nadmiernie jawny/ bębenny tak nie

ściskanie szmeru pęcherzykowego tak nie

b) cechy zwężenia oskrzeli

wydłużony wydech tak nie

świsty tak nie

furczenia tak nie

3. Wątroba - powiększona

tak nie

4. Obrzęki kończyn dolnych

tak nie

5. Rozpoznanie:

6. Zalecenia:

Data

Pieczętka i podpis lekarza

Algorytm postępowania

w programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Etap badań podstawowych

➤ **Możliwość I**

- SPIROMETRIA prawidłowa
- BADANIE LEKARSKIE prawidłowe
- PALACZ CZYNNY/ BIERNY tak

Grupa ryzyka POChP (dawne stadium „0”).

Postępowanie

- 1) Nakłanianie świadczeniobiorcy przy każdej wizycie lekarskiej do zaprzestania palenia,
- 2) Powtórzenie badania spirometrycznego po 36 miesiącach, jeśli palenie papierosów będzie kontynuowane.

➤ **Możliwość II**

- SPIROMETRIA prawidłowa
- BADANIE LEKARSKIE odchylenia ze strony układu oddechowego
- PALACZ CZYNNY/ BIERNY tak/nie

Postępowanie

Skierowanie świadczeniobiorcy na konsultację specjalisty pulmonologa (etap badań pogłębionych).

➤ **Możliwość III**

- SPIROMETRIA nieprawidłowa
- BADANIE LEKARSKIE prawidłowe/nieprawidłowe
- PALACZ CZYNNY/ BIERNY tak/nie

Postępowanie

Skierowane na konsultację specjalisty pulmonologa (etap badań pogłębionych)

Etap badań pogłębionych

➤ **Możliwość I**

Nie potwierdzono POChP lub rozpoznano grupę ryzyka POChP

Postępowanie

Świadczeniobiorca pozostaje pod opieką lekarza POZ

➤ **Możliwość II**

Rozpoznano POChP w stadium łagodnym lub umiarkowanym ($FEV_1 \geq 50\%$ wartości
należnej)

Postępowanie

Świadczeniobiorca pozostaje pod opieką lekarza POZ

➤ **Możliwość III**

➤ Rozpoznano POChP w stadium ciężkim lub bardzo ciężkim ($FEV_1 < 50\%$ wartości
należnej)

Postępowanie

Świadczeniobiorca pozostaje pod opieką specjalisty pulmonologa

➤ **Możliwość IV**

Rozpoznano astmę lub inną chorobę układu oddechowego

Postępowanie

Świadczeniobiorca pozostaje pod opieką lekarza POZ lub pulmonologa w zależności od
rozpoznania lub stanu Świadczeniobiorca.

**Karta konsultacji specjalistycznej
w programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.**

Konsultacja pulmonologiczna

Imię i nazwisko: Data urodzenia

Płeć: K M PESEL:

Rozpoznanie:

.....
.....
.....

Zalecane postępowanie:

.....
.....
.....
.....

Data

.....

Pieczętka i podpis lekarza

**Propozycja porady antynikotynowej
programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc**

Porada antynikotynowa powinna składać się z następujących elementów.

- Należy spytać w jakim wieku nastąpił początek palenia, ile papierosów jest wypalane dziennie i obliczyć liczbę paczkolet palenia. Jeden paczkolet oznacza palenie 1 paczki (20 sztuk) papierosów dziennie przez rok.
- Należy pokazać świadczeniobiorcy wynik jego spirometrii naniesiony na diagram Fletchera (załącznik Nr 7). Jeśli wynik spirometrii jest prawidłowy należy poradzić palącemu zaprzestanie palenia motywując je potrzebą zapobieżenia POChP a także innym chorobom odtytoniowym takim jak rak płuca, zawał serca i udar mózgu. Jeśli wynik spirometrii sugeruje rozpoznanie POChP należy pokazać świadczeniobiorcy, na diagramie Fletchera, nieunikniony postęp choroby z jego groźnymi następstwami jeśli palenie będzie kontynuowane (duszność, inwalidztwo i przedwczesny zgon). Jedynym sposobem uniknięcia tych niebezpieczeństw jest całkowite zaprzestanie palenia. Zaprzestanie palenia zatrzymuje postęp choroby i chroni przed jej powikłaniami.
- Radząc zaprzestania palenia należy ustalić jego datę, najlepiej w najbliższych dniach wolnych od pracy. Palić należy przestać całkowicie. Stopniowe zmniejszanie liczby wypalanych papierosów jest mało skuteczne.

Poradź pozbycie się papierosów z mieszkania i unikanie osób palących. Uprzedź, że pierwszych kilka tygodni będzie trudnych ale im dalej od dnia zaprzestania palenia tym będzie łatwiej, należy więc wytrwać. Ruch fizyczny, dieta z dużą ilością jarzyn, owoców i płynów (woda, soki) ułatwiają przebycie tego okresu. Wsparcie rodziny jest też bardzo ważne. Należy wręczyć badanemu ulotkę z diagramem Fletchera i zalecić, **jeśli próba zaprzestania palenia w ciągu 8 tygodni się nie powiedzie**, zgłoszenie się do najbliższej poradni antynikotynowej.

Badanie spirometryczne płuc

Płuca są organem niezbędnym dla życia. Głównym zadaniem płuc jest dostarczanie organizmowi tlenu i usuwanie nadmiaru dwutlenku węgla. Aby te zadania wypełnić płuca muszą być odpowiednio sprawne. Podczas badania spirometrycznego mierzy się rezerwy oddechowe płuc. Są one największe około 25 roku życia. Potem płuca zaczynają się bardzo powoli starzeć. Ilustruje to zielone pasmo na rysunku przedstawionym jako załącznik Nr 7. W wieku 75 lat zdrowy człowiek zachowuje 75% sprawności płuc, jaką miał w młodości. U części osób palących papierosy, lub pracujących w warunkach stałego zapylenia płuca starzeją się znacznie szybciej. Przyspieszona utrata sprawności płuc jest chorobą nazywaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP). Na rysunku zaznaczono ją czerwoną linią. **POChP** jest chorobą trwającą kilkadziesiąt lat. Po około 20 latach choroby chory zaczyna odczuwać duszność podczas wysiłku. Duszność z roku na rok nasila się doprowadzając do inwalidztwa i przedwczesnej śmierci.

Badanie spirometryczne nie tylko pomaga rozpoznać **POChP**, ale także określa stopień zaawansowania choroby. Można to zrobić umieszczając wynik badania spirometrycznego na rysunku. Jeśli wynik wypadnie na zielonym paśmie lub powyżej sprawność płuc jest bardzo dobra. Jeśli wynik wypada pomiędzy pasmem zielonym i czerwoną linią podejrzenie **POChP** jest bardzo duże. Należy zgłosić się dla lekarza, aby potwierdził rozpoznanie.

Palenie papierosów jest przyczyną **POChP** u 90% chorych. Palenie papierosów zagraża zdrowiu każdego palącego ale u palaczy chorych na **POChP** jest ono szczególnie szkodliwe. Nieprawidłowy wynik spirometrii oznacza **konieczność zaprzestania palenia!**

Jeśli wynik **FEV₁% normy** jest poniżej **50%** wynik spirometrii należy nosić stale ze sobą. W razie nagłej choroby lekarz leczący musi wiedzieć, że ma do czynienia z chorym o niewydolnych płucach.

Nieprawidłowy wynik spirometrii oznacza również zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuc, zawał i udar mózgu.

