

POChP

– ciągła edukacja to składowa terapii

OPIS PROGRAMU EDUKACYJNEGO

1. TYTUŁ PROGRAMU

„POChP – ciągła edukacja to składowa terapii”

2. PRZEDMIOT PROGRAMU

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) to choroba układu oddechowego, która stanowi istotny problem zdrowotny zarówno w praktyce lekarza podstawowej opieki, jak i w poradnictwie specjalistycznym. Schorzenie to ma charakter postępujący i nieodwracalny, a zbyt późna rozpoznawalność i trudności w leczeniu powodują, że według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organisation*, WHO) POChP stanowi obecnie trzecią przyczynę zgonów na świecie. Szacuje się, że choroba ta dotyczy około 10% światowej populacji w wieku 30–79 lat.

W krajach rozwiniętych w niemal 80% przypadków proces chorobowy jest reakcją układu oddechowego na szkodliwe pyły lub gazy, najczęściej na dym tytoniowy (z tego powodu POChP zaliczana jest również do tzw. „chorób odtytoniowych”, wraz z m. in. chorobami układu krążenia i nowotworami płuca i krtani). Kolejne istotne czynniki ryzyka to narażenie na dymy, pyły i gazy w miejscu pracy oraz na zanieczyszczenia powietrza wewnątrz słabo wentylowanych pomieszczeń; rzadko (<1%) do rozwoju choroby może przyczynić się genetycznie uwarunkowany niedobór $\alpha 1$ -antytrypsyny lub mała maksymalna czynność płuc osiągnięta w młodym wieku. Powtarzające się narażenie na czynniki toksyczne we wdychanym powietrzu – w tym przede wszystkim dym tytoniowy – przyczynia się do rozwoju przewlekłego zapalenia w drogach oddechowych, destrukcji miąższu płucnego oraz zmian strukturalnych w ścianie małych naczyń płucnych. Wprowadzenie czynnika/czynników drażniących do dróg oddechowych prowadzi do sekwencji zjawisk patologicznych:

- ▶ **nadmierne wydzielanie śluzu**, upośledzenie oczyszczania rzęskowego;
- ▶ **ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe** (obturacyja małych oskrzeli i oskrzelików, skurcz mięśni gładkich oskrzeli oraz wypełnienie światła oskrzeli przez komórki zapalne, śluz i wysięk);
- ▶ **zniszczenie pęcherzyków płucnych (rozedma)** prowadzące do spadku sprężystości płuc, zwiększenia wysiłku oddechowego i pogorszenia wydolności płuc;
- ▶ **zaburzenie wymiany gazowej**, co oznacza ograniczenie przyswajania tlenu (hipoksemia) oraz usuwania dwutlenku węgla (hiperkapnia);
- ▶ **rozwój nadciśnienia płucnego** (efekt skurczu naczyń z powodu niedotlenienia, zmian strukturalnych ścian małych tętnic płucnych, utraty włóściczek płucnych) i serca płucnego.

Należy jednak pamiętać, że POChP ma charakter heterogenny i może mieć różnorodny przebieg. Manifestacja kliniczna POChP to najczęściej przewlekły kaszel, duszność i odkrztuszanie plwociny, którym mogą towarzyszyć: uczucie ucisku w klatce piersiowej, zmęczenie i stopniowe ograniczenie wydolności fizycznej. Na podstawie obrazu klinicznego oraz wyników



badania dodatkowych wyróżnia się obecnie kilka fenotypów choroby, m.in.: przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę, POChP przebiegającą z częstymi zaostrzeniami, POChP przebiegającą bez zaostrzeń oraz współistnienie astmy i POChP.

Postępujące uszkodzenie tkanki płucnej, z wytworzeniem nieanatomicznego przecieku żylnego pomiędzy pęcherzykami perfundowanymi i niewentylowanymi, prowadzi do przewlekłego niedotlenienia tkanek i narządów, co powoduje **konsekwencje ogólnoustrojowe** – m.in. kacheksję, zaniki i zaburzenia funkcji mięśni szkieletowych, ubytek masy kostnej, niedokrwistość, zaburzenia czynności OUN. Stan kliniczny dodatkowo modyfikują **choroby współistniejące** (m.in. rozstrzenie oskrzeli, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca, cukrzyca i zespół metaboliczny, oraz zaburzenia lękowo-depresyjne), **pogarszając rokowanie**.

Niezbędne dla postawienia rozpoznania jest wykonanie badania spirometrycznego, w tym podaniu leku rozszerzającego oskrzela, którego wynik potwierdza występowanie obturacji: stosunek nasilonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (ang. *Forced Expiratory Volume*, **FEV₁**) do pojemności życiowej płuc (ang. *Vital Capacity*, **VC**) wynosi **<5. percentyla (Z-score <-1,64)**. Ocenę stanu klinicznego uzupełnia określenie stopnia obturacji, wpływ choroby na stan ogólny oraz ryzyko zaostrzeń; zawsze należy określić status w zakresie palenia tytoniu. Wobec doniesień, wskazujących na negatywny wpływ papierosów elektronicznych na rozwój i przebieg POChP, ten aspekt również powinien być uwzględniony.

Postępowanie terapeutyczne ma charakter kompleksowy, leczenie obejmuje **modyfikację stylu życia** (najważniejszy aspekt: zaprzestanie palenia tytoniu), **farmakoterapię**, **profilaktykę czynną zakażeń układu oddechowego** oraz **rehabilitację** (oddechową i ogólnie usprawniającą), a w przypadkach wystąpienia przewlekłej niewydolności oddechowej – **leczenie tlenem lub nieinwazyjną wentylacją mechaniczną**.

Złożona strategia terapeutyczna wymaga przyswojenia i realizacji jej składowych, a to – **właściwej edukacji pacjenta** (czasem również jego otoczenia). Optymalny model zakłada, że pacjent ma wiedzę na temat istoty swojej choroby, zna jej uwarunkowania i zasady leczenia, opanował technikę stosowania leków wziewnych, przyswoił informacje dotyczące powikłań i rokowania, zna objawy wskazujące na zaostrzenie choroby i konieczność uzyskania pomocy/porady poza rutynową kontrolą. W praktyce dla wielu osób życie z POChP stanowi pakiet wyzwań, stąd globalnie rekomendowane jest wdrożenie ciągłej edukacji: **każda wizyta** powinna być **okazją do sprawdzenia aktualnego stanu klinicznego** pacjenta, **adherencji** terapeutycznej oraz **przekazu edukacyjnego adekwatnego do indywidualnych potrzeb** pacjenta.

W ramach edukacji należy kłaść **silny nacisk na nefarmakologiczne metody zapobiegania postępowi choroby** – przede wszystkim uświadamiać pacjentom konieczność bezwzględnego niepalenia papierosów. Równie istotna jest edukacja w zakresie profilaktyki zakażeń układu oddechowego, w tym promowanie **regularnych szczepień ochronnych** (np. przeciwko grypie czy pneumokokom), które skutecznie chronią przed groźnymi dla chorych na POChP zaostrzeniami. W chorobach obturacyjnych, w których fundamentem leczenia jest terapia wziewna, właściwie przeprowadzona edukacja musi zawierać **elementy nauki i kontroli technik inhalacyjnych**. Nawet najlepszy lek nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, jeśli z powodu błędów inhalacji nie dotrze on do płuc w odpowiedniej dawce.

3. CELE PROGRAMU

Celem Programu Edukacyjnego jest przekazanie kompaktowego pakietu informacji na temat POChP: istoty choroby, rokowania, metod leczenia i zapobiegania zaostrzeniom i powikłaniom. Przygotowany Materiał Edukacyjny ma stanowić wsparcie działań edukacyjnych adresowanych do pacjentów z rozpoznaniem POChP i realizowanych w trakcie leczenia ambulatoryjnego. Celem dodatkowym jest zebranie podstawowych informacji demograficznych i klinicznych o pacjentach i wdrażanej terapii.

4. WARTOŚCI SPOŁECZNE PROGRAMU

Pacjent świadomy swojej choroby i wymagań procesu terapeutycznego, współpracujący w zakresie postępowania leczniczego i uzupełniającego, to pacjent z szansą na utrzymanie optymalnego poziomu codziennej egzystencji. Ważne jest, aby programy edukacyjne dostarczały nie tylko wiedzę, ale i praktyczne narzędzia – takich jak pisemna strategia postępowania (plan działania) w stabilnym okresie choroby oraz w przypadku wystąpienia zaostrzenia. W wymiarze jednostkowym to również szansa na funkcjonowanie osoby z POChP w środowisku domowym i otoczeniu społecznym.

Poprawa świadomości pacjenta przekłada się na lepszą kontrolę choroby i znaczące zmniejszenie ryzyka zaostrzeń oraz hospitalizacji, a ten aspekt ma już wymiar społeczny i ekonomiczny. System opieki zdrowotnej, który aktywnie włącza elementy edukacyjne do ścieżki leczenia, zauważalnie zwiększa odsetek pacjentów przestrzegających zaleceń – i zmniejsza koszty diagnostyki i leczenia zaostrzeń i powikłań, również wtórnych, związanych z koniecznością leczenia skutków wielochorobowości.

5. DOBÓR UCZESTNIKÓW PROGRAMU

POChP jest heterogenną jednostką chorobową, której rozpoznanie nierzadko stawiane jest w późniejszym etapie toczącego się procesu chorobowego. Osoby z takim problemem otrzymują pomoc zarówno w obszarze podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej, a w warunkach codziennej praktyki ambulatoryjnej opieka koordynowana nie wszędzie jest osiągalna. Program Edukacyjny będzie realizowany w grupie dorosłych pacjentów, u których rozpoznano POChP zgodnie z obowiązującymi kryteriami i włączono dedykowane leczenie, oraz tych, u których na podstawie obrazu klinicznego wysunięto podejrzenie POChP, włączono leczenie i skierowano do specjalisty celem objęcia dalszą opieką. Tym samym działaniami edukacyjnymi zostanie objęta Osoba:

- ▶ w wieku >40. r.ż;
- ▶ z rozpoznaniem POChP, z powodu której włączono dedykowane leczenie;
- ▶ zdolna do wyrażenia świadomej, ustnej zgody na udział w Programie.

Udział chorych w Programie będzie anonimowy i całkowicie dobrowolny. Kwalifikacja do Programu nie wymaga żadnych dodatkowych badań wykraczających poza rutynową praktykę ambulatoryjną ani nie egzekwuje konieczności wykonania badań innych niż wykonane u poszczególnych chorych dla celów bieżącej oceny klinicznej.

6. KWALIFIKACJA LEKARZA DO PROGRAMU

W Programie Edukacyjnym mogą uczestniczyć: lekarze specjaliści oraz w trakcie specjalizacji w dziedzinie alergologii lub chorób płuc, lekarze rodzinni, interniści prowadzący ambulatoryjną praktykę lekarską, w której leczą pacjentów spełniających kryteria włączenia do Programu

Publikacja informacji o możliwości wzięcia udziału w Programie Edukacyjnym nastąpi w sposób umożliwiający zapoznanie się z ogłoszeniem przez nieograniczony krąg zainteresowanych osób – informacja dostępna będzie przez cały czas trwania Programu na stronie internetowej: www.brass.com.pl.

Kryteria włączania lekarza do Programu:

- ▶ Aktualne prawo wykonywania zawodu.
- ▶ Wypełnienie w formie elektronicznej Formularza zgłoszenia do Programu.
- ▶ Rejestracja w ogólnodostępnym SYSTEMIE BRASS PLF umowy o dzieło pomiędzy Edukatorem a Brass Research and Development sp. z o.o., zawierającej szczegółowe zasady prowadzenia Programu Edukacyjnego. **Potwierdzeniem dokonania rejestracji jest umowa, która jest wysłana na e-mail Edukatora wskazany podczas rejestracji. Edukator rozpoczyna pracę po dokonaniu rejestracji umowy w SYSTEMIE BRASS PLF – nie wcześniej! Data pierwszej edukacji nie może być wcześniejsza niż zawarcie/rejestracja umowy.**

Ze względu na ograniczoną liczbę edukacji Brass Research and Development sp. z o.o. zastrzega sobie prawo włączenia do Programu Edukacyjnego jedynie wybranych lekarzy, spełniających kryteria włączenia do Programu. Decyduje kolejność zarejestrowanych zgłoszeń do Programu.

Lekarz będzie miał możliwość dokonania wyboru formy realizacji Programu – wersja papierowa lub elektroniczna (eCRF).

W obu przypadkach rejestracja do Programu dokonywana będzie za pośrednictwem specjalnej strony: <https://login.brass.com.pl/>. Po dokonaniu rejestracji w Systemie BRASS PLF, na adres e-mail, podany w formularzu zgłoszenia, zostanie wysłana do lekarza umowa wraz z instrukcją do Programu. Zachęcamy do wyboru elektronicznej formy wypełnienia dokumentacji. Jest on (eCRF) zdecydowanie wygodniejszy i szybszy do uzupełnienia oraz przekazania danych. Pozwala również na szybką eliminację wprowadzonych błędnych danych, co z kolei zdecydowanie przyspiesza proces realizacji projektu.

7. METODOLOGIA PROGRAMU

Program Edukacyjny będzie realizowany w trakcie jednorazowej wizyty ambulatoryjnej. Ma charakter ankietowy, anonimowy i dobrowolny. Do udziału w Programie zostaną zaproszeni pacjenci spełniający **kryteria włączenia**.

W trakcie rutynowej wizyty ambulatoryjnej, realizowanej zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami, Lekarz (Edukator) odnotuje dane metrykalne i antropometryczne Pacjenta, podstawowe informacje na temat samej choroby (czas trwania, nasilenie objawów, występowanie zaostrzeń i powikłań oraz schorzeń towarzyszących) i leczenia (model farmakoterapii i jego przestrzegania).

nie). Wywiad obejmie również aspekty stylu życia (ekspozycja na dym tytoniowy, aktywność fizyczna) oraz zalecanej profilaktyki czynnej. W ramach realizacji panelu edukacyjnego zweryfikowany zostanie zasób posiadanych przez Pacjenta informacji na temat POChP oraz aspekty techniczne stosowania leków wziewnych, a następnie – w oparciu o przygotowany, załączony do Programu materiał edukacyjny dla Pacjenta – przeprowadzone będą działania edukacyjne adekwatne do indywidualnych potrzeb Pacjenta. W podsumowaniu wizyty lekarz/Edukator odnotuje ewentualne zalecenia dotyczące modyfikacji farmakoterapii i/lub elementów stylu życia u danego Pacjenta. Podstawą przekazu będzie materiał edukacyjny dla Lekarza, natomiast omawiając przekazywany Pacjentowi materiał, Lekarz/Edukator będzie akcentował kwestie najistotniejsze dla Pacjenta w jego osobistej sytuacji zdrowotnej i stanie klinicznym. W zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta będzie możliwość kontynuacji jego edukacji, w ramach realizowanego Programu, na kolejnych wizytach.

8. ZASTRZEŻENIA PRAWNE

Nie są wymagane żadne procedury laboratoryjne, diagnostyczne czy terapeutyczne inne od tych, które standardowo stosowane są w terapii, zaś sam Program opiera się wyłącznie na gromadzeniu określonych danych medycznych dotyczących terapii stosowanej u pacjentów.

Wyłącznym kryterium stosowania u pacjentów jakiegokolwiek produktu leczniczego jest decyzja terapeutyczna lekarza, oparta na praktyce klinicznej i akceptacji przez pacjenta proponowanej metody leczenia, podjęta zgodnie z zasadami wykonywania zawodu lekarza zawartymi w Rozdziale 5. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2020.514 t.j. z dnia 2020.03.24).

Firma Brass Research and Development sp. z o.o. oświadcza, że spełnia wymagania potrzebne do przetwarzania danych osobowych lekarzy zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

9. AUTORKA PROGRAMU

dr n. med i n. o zdr. Katarzyna Mycroft-Rzeszotarska

BIBLIOGRAFIA

1. Śliwiński P, Górecka D, Jassem E, Pierzchała W. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2014; 82 (3): 227–263
2. Pierzchała W, Niżankowska-Mogilnicka E, Gajewski P, Mejza F. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). 11. lipca 2025, <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.6>. [dostęp: 17.07.2026]
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2026 REPORT). <https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/> [dostęp: 17.07.2026]
4. Damps-Konstańska I. Przewlekła obturacyjna choroba płuc – rola każdego internisty. *MpD* 2025; 6:13–18.
5. Sulaiman I et al. Objective assessment of adherence to inhalers by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 195: 1333–1343
6. Czajkowska-Malinowska M, Mastalerz-Migas A, Kania A, Ledwoch J. Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie chorób płuc oraz konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej dotyczące diagnostyki i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w POZ w ramach opieki koordynowanej. *Lekarz POZ*. 2025;11(2):73-86