



World Health Organization
Kancelář v České republice

Prohlášení občanského sdružení ČARO

České aliance proti chronickým
respiračním onemocněním



Návrh Národního programu boje proti chronickým respiračním onemocněním

Chronická respirační onemocnění zatěžují světovou populaci rozsáhlou morbiditou, invaliditou i mortalitou. Představují stále závažnější zdravotnický i sociálně-ekonomický problém a jsou pro jednotlivce i celé populace celoživotním břemenem. Řada z nich je celoživotních a nevléčitelných, nicméně výrazně ovlivnitelných správnou léčbou i prevencí. Jejich výskyt v poslední době spíše stoupá, je ovlivněn stavem životního prostředí, výživy a u mnohých z nich se uplatňuje jako hlavní příčinný faktor kouření. Výskyt chronických respiračních nemocí je celosvětový, jejich zastoupení se liší mezi rozvinutými a rozvíjejícími se zeměmi. Onemocnění postihují muže i ženy, s rozšířením kuřáckého návyku se původní dominance u mužů začíná zmenšovat a výskyt u žen stoupá rychleji. Přes

velké pokroky v diagnostice a léčbě se zatím nepodařilo snížit mortalitu, která u některých nemocí dokonce stoupá. Chronická respirační onemocnění začínají velmi často už v dětství, jejich vývoj k chronicitě je pozvolný, jejich léčba vyžaduje dlouhodobou a komplexní péči. Společnost má šanci s těmito nemocemi bojovat, pokud se vážně zamyslí nad jejich příčinami a přijme opatření, která zamezí jejich dalšímu vzestupu, pomůže zlepšit jejich prevenci, časnou diagnostiku a účelnou, bezpečnou léčbu. Součástí těchto aktivit jsou přísnější opatření na ochranu nekuřáků, práce s mladou generací a rychlejší zavádění nových technologií do praxe. Maximální pozornost by se měla věnovat důsledné prevenci, která u mnohých chronických respiračních nemocí spočívá ve vedení k nekuřáctví.

WHO/SZO a chronická respirační onemocnění

Světová zdravotnická organizace (SZO) věnuje v posledních letech chronickým respiračním onemocněním mimořádnou pozornost. Respirační program WHO soustředil pozornost na onemocnění, jejichž vzniku lze předcházet a prevencí lze jejich vznik a vývoj ovlivňovat. Na zasedání v červnu 2004 v Ženevě byl připraven dokument o strategii péče o nemocné s chronickými respiračními onemocněními: „**WHO Strategy for Prevention and Control of CRD (WHO/MNC/CRA/02.1)**“.

Byl přijat nový strategický model „*integrace akutní léčby s dlouhodobou kontinuální péčí*“. Současně byl přijat návrh na ustavení „**Globální aliance proti chronickým respiračním onemocněním „Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD)**“, která by pracovala pod patronací SZO. K jejímu vyhlášení došlo v březnu 2006 v Pekingu.

GARD je dobrovolně uzavřená volná dohoda mezinárodních i národních či lokálních organizací, institucí a občanských aktivit se společným cílem pomáhat si vzájemně v boji proti chronickým respiračním onemocněním. GARD je aktivita směřující k prevenci, ke včasné diagnóze a k účinné léčbě nepřenosných chronických respiračních onemocnění formou volné aliance, v níž si každý účastník se subjekt ponechává svoji právní subjektivitu a nezávislost. Globální aliance má svoji regionální rovinu (Evropa, Amerika, Asie) a rovinu národní.

Úkoly GARD se soustřeďují na tyto oblasti:

- ☛ zvyšování informovanosti o chronických respiračních onemocněních jako o významném medicínském problému
- ☛ zpřesnění epidemiologických údajů o těchto nemocech vyčíslením břemene, které znamenají pro společnost
- ☛ posilování aktivit v dohledu, prevenci a kontrole chronických respiračních onemocnění na národní úrovni
- ☛ zvyšování kvality a dostupnosti péče o pacienty s chronickými respiračními onemocněními
- ☛ zlepšování edukace laiků, zejména pacientů s chronickým respiračním onemocněním
- ☛ zlepšování erudice a výcviku lékařů a zdravotních sester pečujících o nemocné s chronickými respiračními onemocněními
- ☛ vzájemná komunikace zdravotníků (praktiků i specialistů) mezi sebou i s laiky
- ☛ vzájemné informování se o činnosti a vzájemná podpora a propagace akcí jednotlivých účastníků
- ☛ podpora všech aktivit směřujících k zdravému životnímu prostředí
- ☛ ochrana společnosti před následky kouření

Postavení GARD v České republice

V souladu s programem Světové aliance GARD bylo ustanoveno občanské sdružení **ČARO (GARD. CZ) – Česká aliance proti chronickým respiračním onemocněním**. Péče o uvedená onemocnění vychází převážnou měrou z odpovědnosti České pneumologické a ftizeologické společnosti a České společnosti alergologie a klinické imunologie. Tyto odborné společnosti iniciovaly dohodu, ke které se připojily další subjekty, podílející se na péči o chronická respirační onemocnění včetně samotných nemocných a jejich rodin. Cílem je celosvětově i na národní úrovni výrazně zvýšit společenské povědomí o těchto chorobách na všech úrovních zdravotní péče a pomoci v realizaci dílčích programů i prosadit vyhlášení Národního programu boje proti chronickým respiračním onemocněním. Dohoda nebude zasahovat do vlastní činnosti jednotlivých organizací, ale má za úkol vzájemně informovat o jejich aktivitách a v těchto aktivitách si pomáhat. Taková je filozofie i celosvětového seskupení. Představa řídicího výboru GARD a vedení respiračního programu WHO je vyhlášovat národní aliance pod záštitou WHO se souhlasem a se záštitou ministerstev zdravotnictví. **Ve spolupráci s českou kanceláří WHO, za účasti vedení kanceláře WHO v Ženevě a vedení světové GARD iniciujeme vznik České aliance proti chronickým respiračním onemocněním – ČARO dne 28. listopadu 2007.**

Na setkání vystoupí přední čeští odborníci a budou pozváni představitelé médií, dojde k slavnostnímu podepsání aliance více než 20 odbornými i laickými subjekty.

Národní program boje proti chronickým respiračním onemocněním (CHRO)

- ☛ Zpřesnit epidemiologická data o CHRO
- ☛ Vytvořit účinný systém prevence CHRO
- ☛ Zajistit včasnou diagnostiku nemocí pomocí nových technologií
- ☛ Snížit incidenci a mortalitu na CHRO
- ☛ Zlepšit kvalitu života nemocných s CHRO
- ☛ Optimalizovat a zefektivnit léčebné ambulantní postupy u CHRO
- ☛ Zkvalitnit speciální léčebné postupy vázané na lůžková zařízení a pomoci vytvářet specializovaná centra
- ☛ Snížit náklady na léčbu CHRO
- ☛ Uplatnit aktivní roli národní aliance – ČARO jako poradního a koordinačního orgánu pro tento program v součinnosti s aktivitami WHO

Současný stav chronických respiračních onemocnění ve světě

Ročně umírá na světě asi 58 milionů lidí, z toho 35 milionů na neinfekční chronické nemoci. WHO a Světová banka uvádějí, že v roce 2005 zemřelo

na chronická onemocnění dýchacích cest 4,6 miliónů lidí. V budoucnu se dá očekávat, že přenosné nemoci jako malárie, tuberkulóza, HIV/AIDS budou nadále zásadním problémem v rozvojových zemích, zatímco chronické neinfekční nemoci budou ohrožovat světovou populaci bez teritoriálního omezení.

Chronická respirační onemocnění

- ☛ astma bronchiální
- ☛ chronická obstrukční plicní nemoc
- ☛ rakovina plic
- ☛ bronchiektázie
- ☛ plicní fibrózy
- ☛ chronické rinopatie
- ☛ cystická fibróza
- ☛ pneumokoniózy
- ☛ syndrom spánkové apnoe
- ☛ chronická pleuritida
- ☛ hypersenzitivní pneumonitida
- ☛ mezoteliom pleury
- ☛ sarkoidóza
- ☛ chronická sinusitida
- ☛ plicní hypertenze
- ☛ plicní eosinofilie
- ☛ nádory mediastina
- ☛ bronchopulmonální dysplázie

Etiologie těchto nemocí je různá, část z nich přímo vyvolává kouření, na některých se podílí špatný životní styl, jiné jsou ovlivňovány výskytem alergenů a jiných škodlivých látek v zevním prostředí. Škodlivé faktory mohou souviset i s domácím nebo pracovním prostředím. U některých nemocí se etiologii zatím nepodařilo zjistit, ale zřejmě souvisí s imunogenetickými abnormalitami.

Na tato chronická respirační onemocnění umírá asi 4,6 milionů ročně, prevalence je obrovská a lze ji pouze odhadnout. Předpokládá se, že 900 až 1 500 milionů těmito nemocemi trpí. Nejčastějšími jsou bronchiální astma, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), chronické rýmy, záněty vedlejších nosních dutin a spánková apnoe. Nejzávažnějšími nepochybně CHOPN a bronchogenní karcinom. Výskyt stoupá především u CHOPN, astma bronchiální, u karcinomu plic v ženské části populace a u intersticiálních plicních procesů.

Kombinací dat o nemocnosti a úmrtnosti navrhl Světová banka s WHO jako měřítko „globálního břemene chorob“ hodnotu *DALY* (= Disability Adjusted Life Years). Jednotka „*DALY*“ vyjadřuje ztrátu jednoho roku prožitého v plném zdraví. Jednotky „*DALY*“ pro určitou chorobu jsou součtem roků ztracených předčasným úmrtím a roků ztracených pro invaliditu. Jsou považovány za ukazatel zdraví umožňující dohled a zhodnocení celkového zdraví. Chronické respirační choroby představují 7% v globálním vyhodnocení příčin úmrtí, čtyřmi procenty se podílejí na celkovém břemenu nemocí a osmi procenty (8,3%) na celosvětovém břemenu všech chronických chorob. CHOPN je na 12. příčce těsně za tuberkulózou, astma se podle tohoto ukazatele

řadí mezi chronickými chorobami na 25. místo (těsně s diabetem a Alzheimerovou chorobou).

Epidemiologická situace v České republice

Prevalence CHOPN byla zjištěna multicentrickou studií a dosahuje 7,78% (780 000 nemocných), mortalita u mužů je 19.1/100 000, u žen je 4.9/100 000. Prevalence astmatu se odhaduje na 8% (800 000 nemocných), roční incidence 40 000. Přestože mortalita na astma klesá, umírá u nás ročně až 100 pacientů. Mortalita rakoviny plic u mužů je 89/100 000 a u žen 24/100 000, ročně umírá přes 5000 nemocných. Syndrom spánkové apnoe postihuje asi 4% populace a společenské ohrožení je největší u řidičů z povolání. Ostatní nemoci jsou méně časté, ale to nijak nesnižuje jejich význam. Prevalence bronchiektázií se odhaduje na 60/100 000, ale přesná data nejsou známa, stejně jako u primární plicní hypertenze. Intersticiální plicní procesy mají prevalenci mezi 60 až 80/100 000, dominuje idiopatická plicní fibróza, která má u nás incidenci 1.2/100 000 a medián přežívání je u této nemoci 3 až 5 let. Další intersticiální onemocnění sarkoidóza má incidenci 2.6/100 000, ale významně lepší prognózu. Cystická fibróza vzniká u 33 ze 100 000 novorozenců. Mesoteliom je neodvratitelně smrtelné onemocnění a vyskytuje se o nemocných s expozicí asbestu před mnoha lety. Jeho incidence bude stoupat ještě do 30. let tohoto století.

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)

CHOPN je definována jako nemoc charakterizovaná omezením průtoku vzduchu v průduškách (bronchiální obstrukcí), které není úplně reverzibilní. Bronchiální obstrukce progreduje a je spojena s abnormální zánětlivou odpovědí plic na škodlivé částice a plyny. Obstrukce obvykle nasedá na onemocnění chronickou bronchitidou nebo rozedmou (emfyzémem). CHOPN je onemocněním celého organismu. Ve svých důsledcích postihuje srdce, krev, stav výživy, ledviny.

CHOPN je v současné době druhou nejrozšířenější neinfekční nemocí na světě, i když je velmi těžké zpřesnit její epidemiologii. Nemoc je značně poddiagnostikovaná a odhaduje se, že jí trpí 4–10% všech obyvatel.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace bylo na Zemi v r. 1997 až 600 milionů nemocných s CHOPN. CHOPN je zatížena významnou mortalitou, která přesahuje 2 miliony ročně. Je pravděpodobné, že tato mortalita na CHOPN bude v roce 2030 více než dvojnásobná. Celosvětově je mortalita na CHOPN pátou nejčastější. Světová zdravotnická organizace předpokládá, že CHOPN bude globálně v mortalitě v r. 2010 na čtvrtém a v roce

2020 na třetím místě (po kardiovaskulárních onemocněních a cévních mozkových příhodách). Tento předpoklad podporují i údaje z USA, kde došlo za posledních 30 let ke zvýšení mortality na tuto chorobu o 163%, což kontrastuje s poklesem mortality na jiná onemocnění jako jsou kardiovaskulární choroby a cévní mozkové příhody. I v ČR má mortalita mírně stoupající trend. V roce 2003 zemřelo na CHOPN v ČR 1127 mužů a 684 žen. Standardizovaná mortalita u mužů se v posledních letech (2000-2003) mírně zvyšuje. U mužů je 22-23/100 000, u žen 7-8/100 000. Samotná diagnostika CHOPN je poměrně jednoduchá, spočívá v rychlé analýze příznaků a v provedení spirometrie. V časných fázích je léčba úspěšnější, méně nákladná a může prodloužit život. Pozdní fáze onemocnění vyžadují intenzivní péči, pomocné ventilační systémy, náročnou léčbu antibiotiky a eventuálně léčbu chirurgickou, včetně transplantace plic. Přitom CHOPN patří mezi preventabilní onemocnění. Hlavní vyvolávající příčinou CHOPN je kouření cigaret, CHOPN onemocní 50% kuřáků cigaret. Je zřejmé, že omezení kouření by velmi zásadně snížilo výskyt tohoto onemocnění. Kromě kouření se v etiologii uplatňuje prašnost, znečištěné zevní prostředí i domácí spaliny.

Průduškové astma – asthma bronchiale

Astma patří k onemocněním, u nichž je prevence účinná, a je považováno za „komplexní chorobu“, příznakově heterogenní s velkou individuální variabilitou ve svém vzniku i v průběhu. Základním patofyziologickým fenoménem je chronický zánět. Progredující zánět působí nevratné změny, proto potlačení a zastavení rozvoje zánětu patří k hlavním úkolům. Zvláštní pozornost je věnována astmatu dětí do pěti let věku. V tomto období začíná více než třetina příznaků dětského astmatu. Stejně pestrý je i obraz astmatu u dospělých. Polovina případů astmatu dospělých začíná v dětství. Populační skupinou s nejvyšším rizikem vzniku astmatu jsou alergici. Vznik a vývoj astmatu je výsledkem interakce individuálních primárně genetických faktorů s pestrá řada faktorů prostředí. V současnosti je popisováno až 100 genů podílejících se na vzniku a průběhu astmatu nebo alergického onemocnění. Funkci a aktivitu genů zkoumá funkční genomika, která přináší doklady o tom, že teprve pod vlivy prostředí se mnoho genů aktivuje. To je vysvětlení pro „pozdní manifestaci alergie nebo astmatu“ u lidí, u nichž se onemocnění projevuje až v dospělosti či stáří. Potvrzuje to také význam, který i v *léčebném* a preventivním programu hraje prostředí a způsob života. Genové vybavení není důležité jenom pro vznik astmatu, ale významně se uplatňuje i v individuální heterogenitě odpovědi na léčbu. Vlastní genová výbava odpovídá za klinickou manifestaci astmatu jen asi ze dvou třetin. Proto vlivy, jejichž zdrojem je mikro i makroprostředí člověka, jsou tak závažné. K průkazným zdravím

ohrožujícím *univerzálním rizikům* patří aktivní a pasivní kouření. Dalším faktorem je *prostředí interiérů*. Současnost je charakteristická přesunem lidí do městských aglomerací a prodlužováním doby, kterou děti i dospělí tráví v interiérovém prostředí. Domovní, bytové a pracovní interiérové prostředí se stává často zdrojem alergenů i nepříznivých polutantů, které zhoršují „Kvalitu domovního/bytového vzduchu“. Zdrojem znečištění ovzduší interiérů jsou: lidé, stavební materiály, náterové hmoty, krytiny podlah, nábytek, technické a přístrojové vybavení. Důležitá je nedostatečná úroveň větrání. Nepříznivý vliv má oxid dusičitý – NO₂, prchavé organické látky dráždí dýchací cesty, zvyšují jejich reaktivitu (benzeny v bytech kuřáků, významný je formaldehyd). Důležitou úlohu v prostředí interiérů i v zevním prostředí hraje prašnost. Částice prašného aerosolu, které jsou zanášeny ze zevního prostředí do budov a bytů, jsou zdrojem mikrobiologického, chemického znečištění i znečištění biologického včetně alergenů roztočů a zvířat. Na vzniku astmatu se významně může podílet i profesní prostředí s expozicí alergenům přítomných na pracovištích. Česká republika je řazena k zemím s nevyšším počtem astmatiků. V dětské populaci do 17 let věku stoupla prevalence astmatu v období let 1996 až 2006 z 3,8% na 8,2%. Od r. 1995 stoupl počet dispenzarizovaných pro astma v pneumologických terénních ambulancích do roku 2005 z 50 036 osob na 138 614 osob tj. o 177%. Třetina registrovaných dospělých astmatiků patří do skupiny středně těžkého perzistujícího astmatu a 9% trpí těžkou formou perzistujícího astmatu. Přes nárůst výskytu stále klesá počet hospitalizací a astma se stává ambulancí chorobou. Výskyt těžkého astmatu však neklesá.

Karcinom plic

Bronchogenní karcinom je malignita s nejvyšší mortalitou. Rizikovými vlivy jsou především kouření cigaret, a to aktivní a i pasivní, dále expozice radioaktivním látkám, kancerogenním chemickým sloučeninám a obecně znečištěné prostředí. Ve světě se ročně diagnostikuje kolem 1,2 milionu nových onemocnění a asi 1 milion lidí ročně na karcinom plic zemře. Česká republika patří mezi země s nejvyšším výskytem, zvláště u mužů. Ročně umírá na karcinom plic v České republice více než 5500 nemocných (4227 mužů a 1341 žen za rok 2003). Mortalita na karcinom plic se sice u mužů mírně snižuje, za posledních 25 let klesla asi o 15%, ale stále je velmi vysoká. U žen dochází k trvalému vzestupu a za posledních 20 let se incidence zdvojnásobila. Výsledky léčby jsou i přes nesporný pokrok stále neuspokojivé a většina nemocných na toto onemocnění nakonec umírá. Nepříznivé ukazatele dlouhodobého přežívání jsou způsobeny také tím, že většina onemocnění je už v době zjištění v pokročilém stadiu, kdy je pravděpodobnost dlouhodobého přežívání malá. Doposud

nebyla vyřešena problematika časné diagnostiky, primární ani sekundární prevence.

Zásadním faktorem přežití je časná diagnostika. Pětileté přežití se pohybuje od 3% do 5%. U včas rozpoznávaných nádorů léčených operací však pětileté přežití dosahuje až 60%. Časná diagnostika karcinomu plic však není bohužel vyřešena. Bronchogenní karcinom se převážně diagnostikuje při lokálně pokročilém rozsahu nebo při přítomnosti metastáz. Ty bývají přítomny v játrech, mozku, kostní dřeni, nadledvinách, plicích a dalších orgánech. Pro diagnostiku je důležitá anamnéza, fyzikální vyšetření a skiagram hrudníku. Každoroční vyšetřování silných kuřáků dosáhlo zvýšení operability, prodloužení dlouhodobého přežití se však nepodařilo prokázat. Jde však o jedinou reálnou možnost časné detekce. Speciální bronchoskopie (autofluorescenční vyšetření) nebo speciální pojízdné CT přístroje nejsou reálně pro masovější skrínigové použití.

Komplexní vyšetření vyžaduje náročnou zobrazovací techniku jako je výpočetní tomografie (CT) hrudníku a v poslední době především vyšetření pozitronovou emisní tomografií (PET nebo lépe PET/CT). Zásadním diagnostickým i léčebným postupem je endoskopie respiračního traktu (bronchoskopie), jejíž citlivost, ale i ekonomická náročnost se stále zvyšují. Pomocí bronchoskopie je možno provádět odběry na mikromorfologické vyšetření. Pro hodnocení metastáz lze využít také magnetickou rezonanci a scintigrafii skeletu. Uvedené metody přesně diagnostikují rozsah nádoru, ale většinou až při výskytu klinických projevů – tedy v pozdějších stádiích. Zatím pouze perspektivní význam má vyšetřování nádorových markerů v krvi a především sledování genetických odchylek ovlivňujících riziko vzniku nádoru a účinnost aplikované léčby. Radikální léčba je možná jen pomocí operace. Většina nemocných je však léčena chemoterapií a radioterapií nebo kombinací více metod. V současné době se více prosazují kombinované postupy, jako je použití neoadjuvantní nebo adjuvantní chemoterapie v kombinaci s operací. Novou možností je biologická léčba inhibitory receptorů růstových faktorů (EGFR) nebo inhibitory angiogeneze. Jde o extrémně finančně náročnou léčbu, přičemž predikce efektu je velmi problematická.

Smutným faktem zůstává, že mnoho pacientů je i v dnešní době diagnostikováno teprve až ve fázi generalizovaného onemocnění s možností pouze symptomatické léčby. Prognostickými faktory jsou histologický typ, rozsah onemocnění v době diagnózy, stavu výkonnosti (performance status), výskyt přidružených chorob včetně parametrů plicních funkcí. Tyto faktory usměrňují použití optimální léčby.

Většina onemocnění je zjištěna u nemocných mezi 60. a 70. rokem věku. I když samotný vyšší věk zpravidla není kontraindikací léčby, je výskyt různých přidružených onemocnění významně častější. Současnou cestou k zlepšení osudu nemocných je účinná prevence, rozšíření skrínigových možností

a účinnější léčba individualizovaná podle prediktivních faktorů.

Intersticiální plicní procesy

Jde asi o 160 velmi podobných jednotek, které postihují plicní tkáň v oblasti přenosu krevních plynů mezi plicními sklípky a kapilárami krevního oběhu. V těchto prostorách se z různých důvodů hromadí vazivové struktury a nemoci tak bezprostředně ovlivňují přenos kyslíku do jednotlivých orgánů lidského těla. Jejich výskyt celosvětově stoupá, zlepšuje se diagnostika. Příčinou vzestupného trendu jsou nepochybně změny v zevním prostředí, častější styk s novými látkami, jejichž účinky na organismus nejsou dostatečně probádány. V několika posledních letech se vystupňovala snaha o pochopení podstaty vzniku a rozvoje intersticiálních plicních procesů. Výrazně se rozšířily poznatky o abnormních funkcích imunitního systému, poznáním významu různých buněk a působců, které se účastní zánětlivých procesů. Na poli imunogenetiky se zkoumají charakteristiky predispozice k jednotlivým klinickým jednotkám. Zatím se však hledají pouze některé kandidátní geny s častějším výskytem u nemocných, jejich relativní rizika jsou však většinou nízká. Chybí informace o vzájemném ovlivňování, o konkrétních interakcích jejich produktů – cytokinů a jejich vztahu k produkci proteáz, tvorbě vaziva, vzniku granulomů nebo nastartování reparačních mechanismů. U většiny intersticiálních plicních procesů nedošlo k poznání vyvolávající příčiny, přestože je využívána DNA (RNA) analýza možných patogenů z oblasti virů, bakterií i mykobakterií. Pomocí atomové spektrální analýzy se zkoumá přítomnost stopových prvků, které se vyskytují v zevním prostředí a mohly by vyvolávat patologické změny plicního intersticia. Nejsou podrobně známy možné pneumotoxické reakce nových léků a jiných látek.

Je tedy nutno konstatovat, že bohužel zásadní průlom v poznání intersticiálních plicních procesů (IPP) nenastal. Byly však vypracovány důležité dokumenty, které shrnují současné poznatky o IPP, kategorizují IPP s ohledem na jejich prognózu a histologické nálezy a ukazují optimální léčebné postupy těchto nemocí. V moderní terapii se uplatňují některé nové biologické léky a stále účinnější léčba kyslíkem formou „home care“. Někdy je však třeba přistoupit k velmi složitým postupům jako je transplantace plic.

Kouření jako významný faktor vzniku a průběhu chronických respiračních onemocnění.

Kouření jako hlavní faktor u preventabilních chronických respiračních nemocí se uplatňuje v aktivní i pasivní formě. Od r. 1950 je známo, že z kouření vzniká rakovina plic. Z kouření vzniká 90% rako-

viny plic, 75 % chronických plicních zánětů, 25 % kardiovaskulárních nemocí a 25% různých nádorů. Snížení kuřáckého návyku zastavilo růst incidence v rozvinutých západních zemích. Při kouření „lehkých“ cigaret stoupá incidence adenokarcinomu. Příčinou je snížení dehtu (benzopyren), ale zvýšení dusičnanů (nitrosaminy).

Kouření patří mezi pravděpodobné induktory a jistě spouštěče astmatických záchvatů. Kouření má podíl na vzniku astmatu, ovlivňuje vývoj astmatu a vyvolává astmatické záchvaty. Kouření vede k výraznému zhoršování plicních funkcí u CHOPN, naopak zastavení kouření zhoršování plicních funkcí významně zpomalí.

Světová zdravotnická organizace předložila členským zemím WHO k přijetí **Rámcovou dohodu o kontrole tabáku (FCTC = Framework Convention on Tobacco Control)**. 27. února 2005 vstoupila dohoda v platnost. Na rozdíl od více než 150 zemí Česká republika dosud dohodu FCTC neratifikovala. Téměř třetina naší populace jsou kuřáci a v období dospívání kouří až 40 % mladých s vysokým podílem děvčat; 29 % dospívajících astmatiků ve věku 17 let se hlásilo k pravidelným kuřákům. Závažné bylo zjištění u žáků 8. tříd, mezi nimiž bylo už 10,2 % kuřáků. Ve 43 % rodin s přítomností alergika jsou kuřáci. Ke kuřákům u nás patří třetina lékařů a až 40 % zdravotních sester. Stejně závažné je pasivní kouření. Mezi těhotnými ženami-astmatičkami bylo nalezeno 15–37 % kuřáček. Kouření ženy v těhotenství prokazatelně zvyšuje již v prvních dvou letech dítěte riziko vzniku astmatu. Pasivní kouření ohrožuje nekuřáckou většinu populace. U osob vystavených pravidelně pasivnímu kouření se významně zvyšuje výskyt rakoviny plic i bronchiálního astmatu. „Vedlejší“ proud kouře vycházející z konce hořící cigarety obsahuje více částic než „hlavní“ proud vydechaný při kouření a obsahuje také 2,5 násobné množství oxidu uhelnatého. U alergika stimuluje kouření tvorbu alergických protilátek, u astmatika zvyšuje bronchiální reaktivitu a zvyšuje aktivitu zánětu dýchacích cest. Kouření je chronické relabující onemocnění, jehož léčba je náročná, je však možná. Lékař by měl s každým kuřákem absolvovat „krátkou intervenci“ a ti, kterým se lékař nemůže déle věnovat a kteří chtějí přestat, by měli být doporučení do specializovaných center.

Ekonomická hlediska respiračních onemocnění

Chronické, celoživotní a nevléčitelné nemoci respiračního ústrojí přinášejí vedle medicínské problematiky i problematiku sociálně ekonomickou, která se označuje jako sociálně ekonomická zátěž či sociálně ekonomické břímě. Obecně lze konstatovat, že zdravotně sociální systém, o jehož racionalizaci a optimalizaci usilují exekutivy téměř všech zemí světa je na jedné straně schopen pohltit nelimitované množství finančních prostředků,

na druhé straně je limitován ekonomickými zdroji, které je schopen a ochoten daný stát do systému vložit. Obecně platí, že bohatší společnost je ochotna vydávat větší finanční prostředky za zdravotní péči, včetně moderních technologií. Asthma bronchiale je z hlediska farmakoekonomického vývoje příznivou nemocí. Ve vyspělých ekonomikách představují náklady na léčbu astmatu 1–2 % z celkových výdajů na zdravotní péči. Nejdražší na léčbě astmatu je nemocniční léčba, zvláště léčba na JIP či ARO. Roční celkové náklady na léčbu jednoho pacienta s obtížně léčitelným astmatem byly vypočítány na částku 330 000 Kč. Pokud je však astma zařazeno do priorit zdravotní péče, pokud je astma léčeno ambulantně a pokud se racionálně investuje do preventivních protiastmatických léků dochází k výrazným finančním úsporám. V České republice činily výdaje na zdravotnictví v roce 2005 7,1 % hrubého domácího produktu, což představuje částku 209,2 miliardy Kč. Kolik se z této částky vydalo na léčbu astmatu však není známo. Proti tomu CHOPN je nemocí, která ve srovnání s astmatem představuje 2-3 x větší ekonomickou zátěž. Náklady na léčbu CHOPN rostou se závažností nemoci, cca 5 % pacientů s nejtěžšími formami CHOPN spotřebuje až 65 % ročních nákladů, 50-75 % přímých nákladů na léčbu CHOPN jde na vrub náhlých zhoršení – exacerbací. V České republice bylo v roce 2001 přijato pro CHOPN na plicní nebo interní oddělení 16 595 nemocných, v roce 2002 16 224. V roce 2003 se tento počet zvýšil na 17 686 nemocných. CHOPN je však nemocí s mimořádně účinnou a poměrně nenákladnou prevencí, jenž znamená nikdy nezačít kouřit a vyhýbat se i pasivnímu kouření a škodlivinám v pracovním prostředí. Léčba rakoviny plic je extrémně náročná. Zhruba měsíční chemoterapie zatěžuje zdravotní systém cenou od 30 000 do 100 000 Kč, přičemž není jistota prodloužení života. Je tedy evidentní, že časná diagnostika a účinná prevence plicní rakoviny mohou mít zásadní ekonomický efekt. Ekonomické aspekty chronických onemocnění respiračního ústrojí a jejich farmakoekonomika se stává i v České republice jedním s rozhodujících pohledů na tyto nemoci. Pro Českou republiku zatím tyto ukazatele nejsou dostatečně známy.

Návrh opatření k zajištění dosažení cílů aliance ČARO

Zvýšit povědomí laické veřejnosti i nemocných o chronických respiračních onemocněních. K tomu využít informační kampaně vedené ke Světovému dni nekouření, Světovému dni CHOPN, Světovému dni astmatu a podobných akcí. Zlepšit včasnou diagnostiku ve spolupráci s praktickými lékaři. Provést doškolení lékařů a sester. Zajistit, aby se spirometrie a skiagram hrudníku staly součástí preventivních prohlídek kuřáků starších 40ti let.

Zavádět do praxe moderní terapeutické postupy s využitím dlouhodobě působících léků a tím snížit mortalitu. Dobudovat síť jednotek intenzivní péče oboru Pneumologie a ftizeologie, aby došlo k naplnění koncepce oboru. Zajistit, aby v dohledné době byla na každém krajském pracovišti oboru jednotka intenzivní péče. Zavést do léčby včasné použití neinvazivní ventilační podpory. Rozšířit systém spánkových laboratoří, aktivně pracovat v rámci onkologických center. Tato opatření by nepochybně vedla ke snížení mortality. Naléhavě je třeba nastolit účinné strategie směřující k poklesu spotřeby tabáku. V boji proti kouření

chceme spolupracovat s Českou koalicí proti tabáku. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku se hlásí k alianci jako její člen. Podporovat budování Center pro léčbu závislosti na kouření na pneumologických odděleních a klinikách.

Je potřeba aktivovat občanské sdružení ČARO jako poradní a koordinační orgán pro tento program. V širokém plénu ČARO by měli být zastoupeni zástupci MZ, pojišťoven, pneumologů, alergologů, praktických lékařů, pneumoonkologů a dalších oborů. ČARO počítá s aktivní spoluúčastí laiků. Při všech aktivitách počítáme také s podporou WHO a globální aliance GARD.

Praha 22. 10. 2007



Prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.
Česká společnost alergologie a klinické
imunologie ČLS JEP



Prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.
Česká pneumologická a ftizeologická
společnost ČLS JEP