

Życie z POChP jest jak powoli gasnące światło.

Potrzebna szybka diagnostyka i nowe strategie leczenia

„Życie pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) można porównać do powoli gasnącego światła. Choroba jest procesem przewlekłym, który rozwija się przez lata. Zmiany zachodzą stopniowo, ale nieuchronnie, etap po etapie” – piszą autorzy pierwszego w Polsce raportu, który pokazuje, jak silne emocje towarzyszą chorobie, utracie sprawności i samodzielności oraz jak POChP niszczy życie.

Raport *Moje życie z POChP*^[1] został przygotowany na podstawie analizy wpisów i relacji z jednej spośród grup wsparcia zrzeszających pacjentów z POChP oraz pogłębionych rozmów z chorymi. Publikacja dowodzi, że POChP zabiera nie tylko oddech, lecz także jakość i radość życia. Pacjenci stopniowo tracą siłę i samodzielność, a kolejnym etapom tej postępującej choroby towarzyszą wyparcie, lęk, stopniowe godzenie się z utratą sprawności, poczucie osamotnienia, winy i żalu.

Narastające zmęczenie, kaszel, duszność, ograniczenie sprawności

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest spowodowana postępującym ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe. Ściany dróg oddechowych są objęte przewlekłym stanem zapalnym i powoli grubieją, a pęcherzyki płucne ulegają zniszczeniu. Dodatkowo, w oskrzelach gromadzi się nadmierna ilość śluzu, który może je zatykać. To sprawia, że chory ma coraz większy problem z oddychaniem^[2].

Głównym objawem POChP jest szybkie męczenie się, duszność, początkowo pojawiająca się w trakcie wysiłku, z czasem przechodząca w duszność spoczynkową, przewlekły kaszel (z początku lekceważony, uznawany za naturalny skutek palenia tytoniu lub narażenia na zanieczyszczenia środowiskowe), odkrztuszanie plwociny^[3]. Objawy narastają wraz z postępem choroby.

Uszkodzenia płuc prowadzą do powikłań w innych narządach – zwiększa się m.in. ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Choroba prowadzi do postępującej niesprawności i niesamodzielności, z czasem uniemożliwiając normalne funkcjonowanie. W przypadku części pacjentów niezbędna staje się tlenoterapia lub nieinwazyjna wentylacja mechaniczna.

Choroby płuc, wśród których najczęstszą jest POChP, są czwartą przyczyną zgonów w Polsce. **Szacuje się, że POChP może występować u ok. 10% populacji po 40. roku życia⁴⁴, a choruje na nią około 2 milionów osób**, w tym na postać zaawansowaną około 400 tysięcy. Te liczby mogą być niedoszacowane, ponieważ nie ma przeprowadzonych dużych badań epidemiologicznych, zaś choroba jest rozpoznawana głównie w postaci ciężkiej i bardzo ciężkiej^[5].

Czynnikami ryzyka rozwoju POChP są:

- długoletnie narażenie na dym tytoniowy,

- zanieczyszczenia środowiskowe i zawodowe,
- częste infekcje przebyte w dzieciństwie (powodują one deficyt „rezerwy płucnej” budowanej w dzieciństwie).

Każdy z tych elementów zwiększa podatność na chorobę, ale ich połączenie znacznie przyspiesza pojawienie się objawów i narastanie ograniczeń^[1].

Choroba widziana oczami pacjenta

Raport *Moje życie z POChP* pokazuje, że pacjenci często nie zauważają – lub starają się nie zauważać – pierwszych, stopniowo narastających objawów choroby. Zwracają na nie uwagę dopiero w późniejszych etapach, kiedy ograniczenia wyraźnie utrudniają codzienne funkcjonowanie.

Raport analizuje przechodzenie pacjenta przez kolejne stadia choroby: od niewielkich epizodów zmęczenia i pokąsływania, po stopniową utratę sprawności i samodzielności, aż po konieczność coraz częstszego wsparcia ze strony rodziny lub opiekunów. Trzeba porzucić hobby, a czas podporządkowywać odpoczynkowi i kontroli objawów.

Niepokojąco ograniczają się wówczas kontakty społeczne, a narasta izolacja pacjentów. Czują się oni przytłoczeni chorobą, nie mają sił do podejmowania aktywności. Gaśnie w nich radość i satysfakcja z życia.

Punktem zwrotnym często staje się silne zaostrenie choroby i pobyt w szpitalu, kiedy pojawia się lęk przed przyszłością, poczucie nieodwracalności, utraty kontroli nad własnym życiem.

Konieczna szybka diagnoza i skuteczne strategie leczenia

Raport potwierdza też, że mimo narastania objawów choroby, długo pozostają one niezauważane lub lekceważone nie tylko przez samych chorych, ale często także przez część lekarzy. W Polsce mija nawet 10–15 lat od pierwszych objawów do zdiagnozowania POChP.^[1] **Kluczowa jest tu rola lekarzy rodzinnych, którzy w przypadku narastających objawów powinni zlecać badania spirometryczne, a w razie podejrzenia POChP – kierować pacjenta do pulmonologa^[6].**

Bardzo niebezpieczne są zaostrenia POChP, czyli sytuacje, kiedy duszność i kaszel mocno się nasilają. Ciężkie zaostrenia często kończą się pobytem w szpitalu i mogą prowadzić do poważnych powikłań, także kardiologicznych. Każdy taki epizod trwale obniża sprawność płuc i pogarsza stan zdrowia, zwiększając ryzyko kolejnych zaostreń^[1].

Dlatego obecne standardy leczenia koncentrują się nie tylko na leczeniu objawów, ale także na zapobieganiu zaostreń i stosowaniu terapii dostosowanej do postaci (fenotypu) choroby. Według aktualnych standardów kluczowe są cztery filary:

1. leczenie wziewne,
2. właściwa technika inhalacji i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych,
3. rehabilitacja oddechowa,

- leczenie „szyte na miarę”, w tym stosowanie u chorych z fenotypem eozynofilowym nowoczesnego leczenia biologicznego (*dupilumab*, *mepolizumab*), jeżeli standardowa terapia wziewna nie zapewnia odpowiedniej kontroli choroby^{[1][2]}.

Środowiska klinicystów i pacjentów czekają na wejście terapii biologicznych do programów lekowych, szczególnie dla chorych, którzy mimo stosowania optymalnej terapii mają zaostrzenia POChP.

Quo vadis medicina?



Materiał prasowy przygotowany przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia, w związku z warsztatami z cyklu *Quo Vadis Medicina?* pt. *POChP w Polsce 2026: aktualne kierunki profilaktyki i leczenia*, marzec 2026.

Referencje:

- [1] D. Łęcka, P. Dąbrowiecki, *Moje życie z POChP*, Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP, Warszawa 2026. Publikacja także online: <https://www.astma-alergia-pochp.pl/publikacje/336-moje-zycie-z-pochp> [29.03.2026].
- [2] D. Mirska, *Wiemy o dwóch milionach osób z POChP w Polsce, ale chorych jest znacznie więcej*, „Kurier Medyczny Menedżera Zdrowia” 8/2025. Publikacja także online w serwisie Termedia.pl, 17.11.2025: <https://www.termedia.pl/pulmonologia/Wiemy-o-2-milionach-osob-z-POChP-w-Polsce-ale-chorych-jest-znacznie-wiecej,64876.html> [29.03.2026].
- [3] M. Czajkowska-Malinowska i in., *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” 11/2025. Publikacja także online, 14.05.2026, Termedia.pl: <https://www.termedia.pl/Czasopismo/-98/pdf-56078-10?filename=Wytyczne%20konsultanta%20krajowego.pdf> [25.03.2026].
- [4] G. Niepsuj i in., *Przewlekła obturacyjna choroba płuc wśród mieszkańców Zabrze*, „Wiadomości Lekarskie” 2002, nr 55 (supl. 1), ss. 354–359.
- [5] R. Dobek i in., *Ścieżka chorego na POChP w Polsce: stan obecny i pożądaný kierunek zmian. Perspektywa specjalistów pulmonologów*, „Pneumologia Polska” 1–2/2022, tom 3. Publikacja także online: https://journals.viamedica.pl/pneumologia_polska/article/view/89830/66614 [25.03.2026].
- [6] K. Pinkosz, *Pulmonolog: Każdy powinien wykonać spirometrię, to pozwoli wykryć groźną chorobę* [wywiad z prof. Pawłem Śliwińskim], NewsMed.pl, 18.03.2025, publikacja online: <https://newsmed.pl/medycyna/11962264/pochp-jest-badanie-ktore-wykryje-grozna-chorobe.html> [25.03.2026].