

Милоранка Ђ. Петров Киурски¹,
Славољуб Р. Живановић²,
Надежда Ђ. Кондић Ивановић³

¹Републички фонд за здравствено осигурање, Зрењанин

²Градски завод за хитну медицинску помоћ – Београд

³Завод за здравствену заштиту радника МУП-а,
Београд, Србија

Приступ пацијенту са хроничном опструктивном болести плућа у општој медицини*

Кључне речи:

приступ,
пацијент,
ХОБП,
општа медицина

Сажетак

Увод. Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) је хронична болест код које 20%-25% болесника остаје недијагностиковано.

Циљ рада. Анализирати приступ лекара у општој медицини у дијагностиковању и терапији ХОБП.

Метод. Истраживање је спроведено путем Упитника међу лекарима који су присуствовали Конференцији „Дани опште медицине”, која је 25-26.03.2017. године одржана у Београду. Добијени су подаци о старости испитаника, полу, дужини радног стажа, месту рада (град/село) и специјалности: лекар опште медицине (ЛОМ) или специјалиста опште медицине (СОМ). Статистичка обрада је рађена у програму *SPSS 11.0 for Windows*.

Резултати. Истраживањем је обухваћено 330 лекара оба пола (88,68% жена), просечне старости $49,74 \pm 10,5$ година и дужине радног стажа $21,23 \pm 10,55$ година, 53,94% СОМ а 87,27% лекара радило је у амбулантима у граду. Дефиницију ХОБП знало је 74,85%, а који су клинички симптоми 64,12% испитиваних лекара. Лекари ОМ су дали више тачних одговора од специјалиста ОМ ($p=0,04$), као и лекари са стажом до 10 година ($p=0,04$). Да бронхоопструкција мора да се докаже спирометријом потврдило је 81,46% лекара, више лекара са стажом до 10 година ($p=0,01$); 46,38% испитиваних лекара мисли да би спирометрија могла да се спроводи на нивоу ПЗЗ. Налаз спирометрије правилно тумачи 61,7% лекара. Пулсни оксиметар у амбулантима има 29,43% лекара, чешће га имају лекари ОМ ($p=0,02$) и лекари који раде на селу ($p=0,02$); 56% лекара има инхалатор и редовно га користе, чешће лекари у сеоским амбулантима ($p=0,02$). За 56,56% лекара престанак пушења је први приступ у терапији ХОБП; 78,12% сматра да терапију треба степенасто повећавати, а 55,32% самостално започиње терапију бронходилататорима (чешће лекари са стажом дужим од 20 година, $p=0,01$).

Закључак. Неопходна је промена односа лекара у општој медицини према ХОБП и унапређење знања о дијагностици и терапији.



Увод

Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) је обољење које карактерише стално присуство ограничења протока ваздуха у дисајним путевима, што омета нормално дисање. Тежини болести доприносе егзацербације и, веома често, присутни коморбидитети, нарушава се квалитет живота болесника и угрожава њихова радна способност.

Подаци Светске здравствене организације (СЗО) наводе да у свету приближно 210 милиона људи болује од ХОБП. Преваленција овог обољења је у сталном порасту, на четвртном је месту узрок смртног исхода, а до 2020. године биће на трећем¹. Према резултатима истраживања здравственог стања одраслог становништва (старијих од 20 година), у Србији је у 2013. години од хроничног бронхитиса, ХОБП-а и емфизема плућа боловало 4,5%². Подаци из Здравственог статистичког годишњака Републике Србије 2015. указују да је у периоду од 2006. до 2015. године дошло до пораста стопе морталитета од ХОБП-а за 21,2% (са 2,3% на 2,6%)³. Хронична опструктивна болест плућа је болест која се може спречити и лечити, а постављање дијагнозе у раним стадијумима болести омогућава рану терапијску интервенцију, побољшање квалитета живота и боље преживљавање. Рано откривање симптома и знакова који упућују на ХОБП се спроводи на нивоу примарне здравствене заштите, а за то је одговоран изабрани лекар у општој медицини. Он је први у контакту са пацијентом при његовом уласку у здравствени систем, често види пацијента у оквиру превентивних и различитих куративних прегледа и прати његово здравствено стање. Лекар у општој медицини је у позицији да први препозна симптоме ХОБП-а код својих пацијената и упуту болесника са факторима ризика и респираторним симптомима доктору медицине супспецијалисти пулмологу или доктору специјалисти пнеумофизиологу. Међутим, болест се не дијагностикује у том раном стадијуму, већ се дијагноза поставља када је болест већ узнапредовала. Бројне студије су показале да је број пацијената са недијагностикованом ХОБП велики^{4,5,6,7}. Према подацима Фромера (*Fromer*), у Сједињеним Америчким Државама (САД) 24 милиона особа има ХОБП, од чега је половина недијагностикована⁸.

Циљ рада

Циљ рада је био да се испита:

- Какав приступ у раном откривању, дијагностици и терапији ХОБП имају лекари у општој медицини?
- Каква је повезаност приступа у раном откривању, дијагностици и терапији ХОБП са полом,

годинама живота, специјалношћу, радним местом и дужином радног стажа.

- Какве су техничке могућности у општој медицини за дијагностику и терапију ХОБП-а.

Метод

За ово истраживање сачињен је Упитник који је подељен свим лекарима који су били присутни на Конференцији „Дани опште медицине”, која је 25-26.03.2019. године одржана у Београду. Подељно је 500 упитника, 330 је било одговарајуће и статистички обрађено (66%). Добити су подаци о старости, полу, дужини радног стажа, месту рада (град/село) и специјалности: лекар ОМ или специјалиста ОМ. Подаци су представљени као фреквенције (%), χ^2 -тест је коришћен за мерење разлике између варијабли, а једнофакторска анализа *ANOVA* коришћена је за испитивање повезаности приступа у раном откривању, дијагностици и терапији ХОБП са посматраним карактеристикама испитаника. Коришћен је програмски пакет *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.0 for Windows*. Статистичка значајност је дефинисана за ниво $p < 0,05$.

Резултати

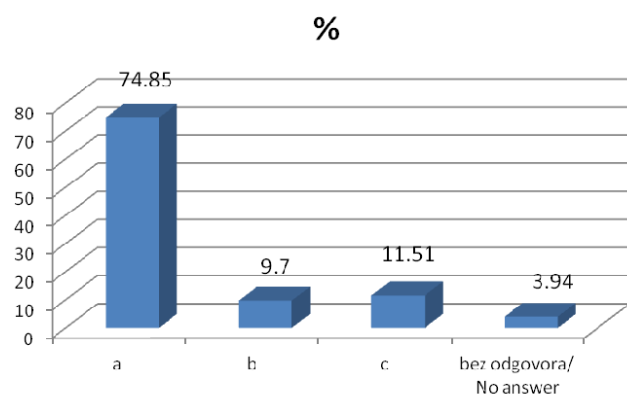
Истраживањем је обухваћено 330 лекара оба пола, међу којима је било 88,68% жена. Просечна старост испитаника износила је $49,74 \pm 10,5$ година (мушкарци $47,65 \pm 11,6$; жене $49,96 \pm 9,81$). У амбулантима у граду радила је већина лекара (87,27%), а нешто више од половине (54,24%) су били специјалисти опште медицине. У односу на дужину радног стажа, највише лекара је имало стаж дужи од 20 година. Просечна дужина радног стажа износила је $21,23 \pm 10,55$ година (мушкарци: $9,65 \pm 12,64$; жене: $21,38 \pm 10,25$).

Табела 1. Социодемографске карактеристике испитаника
Table 1. Sociodemographic characteristics of participants

Социодемографске карактеристике испитаника <i>Sociodemographic characteristics of participants</i>	Н N	%
Пол / Gender		
Мушки / <i>Male</i>	39	11,32
Женски / <i>Females</i>	291	88,68
Године старости / Age		
< 36 година / <i>Age</i>	37	11,21
36-45 година / <i>Age</i>	69	20,91
46-55 година / <i>Age</i>	103	31,21
> 55 година / <i>+ Age</i>	121	36,66

Радно место/ Job location		
Град/City	288	87,27
Село/Rural	42	12,73
Специјалност/ Specialty		
Лекар опште медицине (ЛОМ) / General practitioner (GP)	151	45,76
Специјалиста опште медицине (СОМ) / General practice specialist (GPS)	179	54,24
Дужина радног стажа / Years of practice		
≤ 10 година	69	20,97
11-20 година / Age	71	21,58
>20 година / Age	190	57,55

Дефиницију ХОБП знало је 74,85% лекара. Нема статистички значајне разлике код тачних одговора у односу на специјалност – лекари опште медицине (ЛОМ) vs специјалисти опште медицине (СОМ), $p=0,50$; радно место: град vs село, $p=0,22$ и дужину радног стажа, $p=0,41$.



Графикон 1. Познавање дефиниције ХОБП
 Graph 1. Recognition of COPD definition

а) Прогресивно, хронично обољење које се карактерише перзистентно ограничењем протока ваздуха, које је обично прогресивно. Опструкција дисајних путева није потпуно реверзибилна на дејство бронходилататора.

A progressive, chronic disease characterized by persistent airflow constraints, which is usually progressive. Breathing pathways are not completely reversible to the bronchodilator effect.

б) Хетерогена болест коју обично карактерише хронична упала у дисајним путевима. Дефинише се на основу историје респираторних симптома, као што су звиждање у грудима, недостатак даха, стезање у грудима и кашаљ, који варирају током времена и по интензитету, заједно са варијабилном опструкцијом протока ваздуха у инспиријуму.

Heterogeneous disease commonly characterized by chronic inflammation in the respiratory tract is defined on the basis of the history of respiratory symptoms, such as chest breathlessness, chest tightness and cough, varying over

time and intensity, along with variable airflow obstruction in inspiration.

с) Болест коју карактерише хронична инфламација дисајних путева удружена с прекомерном реактивношћу трахеобронхијалног стабла, која има за последицу рекурентну, реверзибилну опструкцију дисајних путева у одговору на различите стимулусе.

A disease characterized by chronic respiratory inflammation associated with excessive reactivity of the tracheo-bronchial tree, which results in a recurrent, reversible airway obstruction in response to various stimuli.

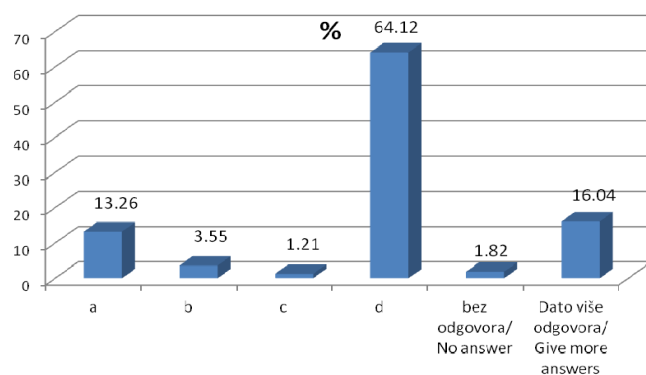
Табела 2. Разлике у познавању дефиниције ХОБП у односу на специјалност, радно место и дужину радног стажа

Table 2. The differences in the COPD definition knowledge, in relation to specialty, workplace and years of practice

Карактеристике испитаника Characteristics of participants	Одговори / Answers (%)			
	a	b	c	p
Специјалност / Specialty	0.5			
ЛОМ/GM	85.11	6.38	7.8	
СОМ/GMS	72.56	12.2	12.8	
Радно место / Job location	0.22			
Град/City	77.9	9.36	11.24	
Село/Rural	80.56	8.33	8.33	
Дужина радног стажа / Years of practice	0.41			
≤ 10 година / Years	92.54	5.97	1.49	
11-20 година / Years	76.06	9.86	9.86	
> 20 година / Years	73.21	10.71	14.88	

*статистичка значајност $p<0,05$ / statistical significance $p<0,05$

На питање о тегобама болесника на основу којих се може посумњати на присуство ХОБП, 64,12% лекара су тачно одговорили. Лекари опште медицине су дали више тачних одговора од специјалиста ОМ ($p=0,04$), као и лекари са стажом до 10 година у односу на лекаре са радним стажом дужим од 20 година ($n=0,04$).



Графикон 2. Познавање тегоба болесника на основу којих се може посумњати на присуство ХОБП

Graph 2. Recognition of the patients' symptoms that can lead to COPD diagnosis

- a) Перзистентна и прогредирајућа диспнеја
Persistent and progressive dyspnoea
- b) Упоран кашаљ и искашљавање
Persistent coughing and expectoration
- c) Стезање и свирање у грудима
Tightening and wheezing in the chest
- d) Кашаљ, искашљавање и прогресивна диспнеја, пре свега при физичком напрезању
Cough, expectoration and progressive dyspnoea, primarily with physical strain

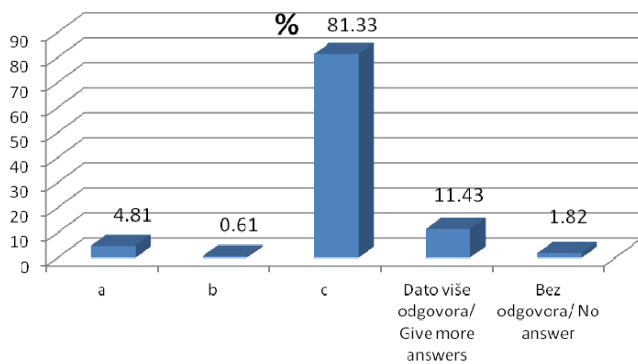
Табела 3. Разлике у познавању тегоба болесника на основу којих се може посумњати на присуство ХОБП у односу на специјалност, радно место и дужину радног стажа.

Table 3. The differences in recognizing patients' symptoms which can lead to COPD diagnosis in relation to specialty, work place and years of practice.

Карактеристике испитаника / Characteristics of participants	Одговори / Answers (%)				p
	a	b	c	d	
Специјалност / Specialty					0.04*
ЛОМ/GM	15.4	2.8	1.4	74.1	
СОМ/GMS	12.4	4.5	1.1	57.1	
Радно место / Job location					0.74
Град/City	13.2	3.6	1.4	64.4	
Село/Rural	18.4	5.3		68.4	
Дужина радног стажа / Years of practice					0.04*
≤ 10 година / Years	16.18	1.47	2.94	77.94	
11-20 година / Years	8.57	7.14	1.43	68.57	
> 20 година / Years	14.75	3.28	0.55	58.47	

*статистичка значајност $p < 0,05$ / statistical significance $p < 0,05$

Конечна дијагноза бронхоопструкције мора да се докаже спирометријом, што је потврдило 81,46% лекара, међу којима је статистички значајно више лекара са радним стажом до 10 година ($p=0,01$).



Графикон 3. Познавање критеријума за постављање коначне дијагнозе ХОБП

Graph 3. Recognition of the COPD diagnosis criteria

- a) анамнезе и физикалног прегледа
history and physical examination
- b) на основу података о изложености агресивним респирацијским ноксима и испољеним симптомима болести
based on data on exposure to aggressive respiratory noxas and the symptoms of the disease
- c) Бронхоопструкција треба да се докаже спирометријским испитивањем
Bronchial obstruction should be proven by spirometric testing

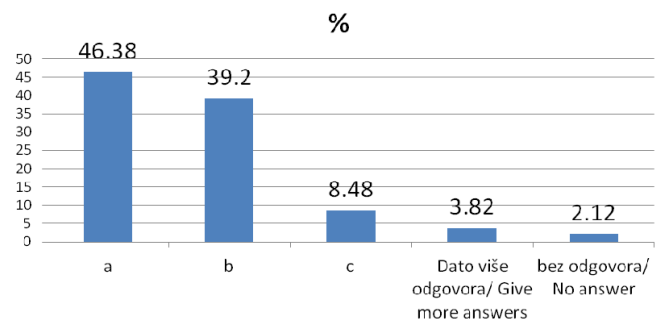
Табела 4. Разлике у познавању критеријума за постављање коначне дијагнозе ХОБП у односу на специјалност, радно место и дужину радног стажа

Table 4. The differences in knowledge of criteria for COPD diagnosis, in relation to specialty, work place and length of practice

Карактеристике испитаника / Characteristics of participants	Одговори / Answers (%)				p
	a	b	c	p	
Специјалност / Specialty					0.17
ЛОМ/GM	4.86		88.19		
СОМ/GMS	5.11	1.14	77.84		
Радно место / Job location					0.58
Град/City	4.26	0.71	82.98		
Село/Rural	8.11		86.49		
Дужина радног стажа / Years of practice					0.01*
≤ 10 година / Years			98.55		
11-20 година / Years	8.45		80.28		
> 20 година / Years	4.97	1.1	77.9		

* статистичка значајност $p < 0,05$ / statistical significance $p < 0,05$

Нешто мање од половине испитиваних лекара сматра да би спирометријско испитивање могло да се спроводи и на нивоу Примарне здравствене заштите (ПЗЗ), мада скоро 40% сматра да то није могуће, јер су лекари у општој медицини толико оптерећени физичким обимом посла да за то не би имали времена. У погледу ових ставова нема статистички значајне разлике у односу на посматране параметре, (Табела 5).



Графикон 4. Мишљење лекара о могућности спровођења спирометрије на нивоу ПЗЗ

Graph 4. Doctors' opinion about the possibility of conducting spirometry at the primary health care (PHC) level

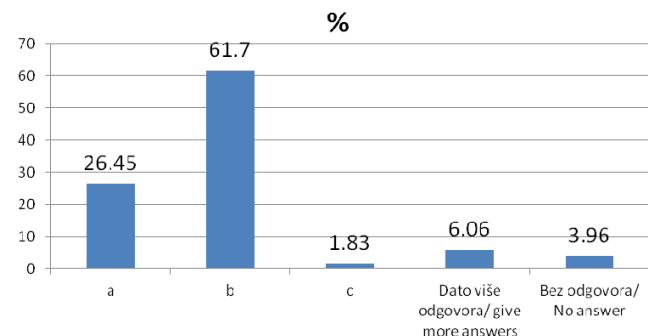
- a) **Да**, јер би тада постављање дијагнозе било у домену лекара опште медицине
Yes, because then the diagnosis would be in the domain of a general practitioner
- b) **Не**, јер је лекар у опште медицине толико оптерећен физичким обимом посла да за то не би имао времена
No, because a general practitioner is so busy with the physical volume of work that he does not have time for that
- c) **Не**, јер би то захтевало измену ограничења у постојећој Листи лекова РФЗО
No, because it would require modification of restrictions in the existing Republic Health Fund medication list.

Табела 5. Разлике у мишљењу лекара о могућности спровођења спирометрије на нивоу ПЗЗ у односу на специјалност, радно место и дужину радног стажа
Table 5. The differences in the doctors' opinions about the possibility of conducting spirometry at the PHC level in relation to the specialty, work place and length of practice

Карактеристике испитаника <i>Characteristics of participants</i>	Одговори / <i>Answers (%)</i>			
	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>p</i>
Специјалност / <i>Specialty</i>	0.58			
ЛОМ/ <i>GM</i>	42.86	42.86	10.71	
СОМ/ <i>GMS</i>	50.28	37.99	7.26	
Радно место / <i>Job location</i>	0.89			
Град/ <i>City</i>	47.7	39.58	9.19	
Село/ <i>Rural</i>	48.57	40	5.71	
Дужина радног стажа / <i>Years of practice</i>	0.76			
≤ 10 година / <i>Years</i>	45.45	46.97	4.55	
11-20 година / <i>Years</i>	58.57	24.28	11.43	
> 20 година / <i>Years</i>	44.56	43.48	8.15	

* статистичка значајност $p < 0,05$ / *statistical significance $p < 0,05$*

Налаз спирометрије зна да протумачи 61,7% лекара и нема статистички значајне разлике у односу на посматране параметре (специјалност, радно место и дужину радног стажа).



Графикон 5. Познавање спирометријских налаза који указују на бронхоопструкцију
Graph 5. Recognition of spirometric findings indicating bronchial obstruction

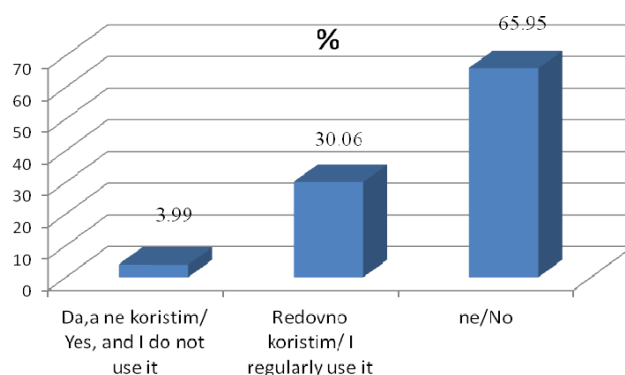
- a) Вредности форсираног експиријумског волумена у првој секунди (FEV_1)
The values of the forced expiratory volume in one second (FEV_1)
- b) Вредност односа форсираног експираторног волумена у првој секунди (FEV_1) и форсираног виталног капацитета (FEV)
The value of Forced expiratory volume in one second (FEV_1) and Forced vital capacity (FEV) ratio.
- c) Вредности форсираног виталног капацитета (FEV)
The values of the Forced vital capacity (FEV)

Табела 6. Разлике у познавању спирометријског налаза који указује на бронхоопструкцију
Table 6. The differences in recognition of spirometric findings indicating bronchial obstruction

Карактеристике испитаника <i>Characteristics of participants</i>	Одговори / <i>Answers (%)</i>			
	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>p</i>
Специјалност / <i>Specialty</i>	0.61			
ЛОМ/ <i>GM</i>	29.29	64.29	2.86	
СОМ/ <i>GMS</i>	26.74	63.37	1.16	
Радно место / <i>Job location</i>	0.38			
Град/ <i>City</i>	27.47	63	2.2	
Село/ <i>Rural</i>	26.32	73.68		
Дужина радног стажа / <i>Years of practice</i>	0.36			
≤ 10 година / <i>Years</i>	22.39	73.13	1.49	
11-20 година / <i>Years</i>	30.43	63.77	2.9	
> 20 година / <i>Years</i>	28.25	61.02	1.69	

*статистичка значајност $p < 0,05$ / *statistical significance $p < 0,05$*

У погледу техничке опремљености амбуланти опште медицине, лекари су се изјаснили да само 29,43 њих у својим амбулантама има пулсни оксиметар, (Графикон 6). Статистички значајно чешће га имају и користе ЛОМ ($p = 0,02$), лекари који раде на селу ($p = 0,02$).



Графикон 6. Поседовање и коришћење пулсног оксиметра у амбуланти
Graph 6. Possession and use of a pulse oximeter in the clinic

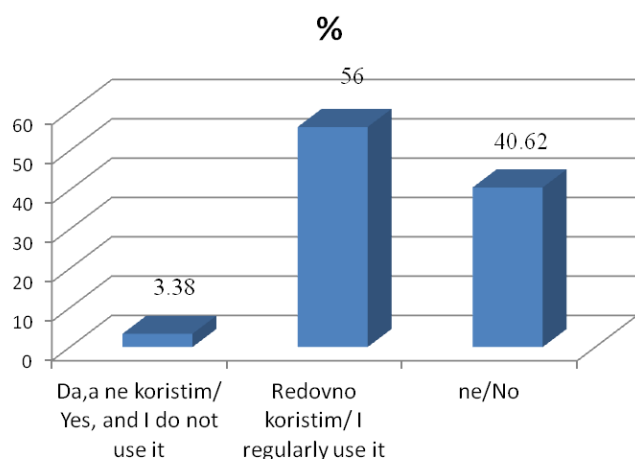
Табела 7. Разлике у поседувању и коришћењу пулсног оксиметра у амбуланти у односу на специјалност, радно место и дужину радног стажа

Table 7. The differences in the possession and use of the pulse oximeter in the clinic, in relation to specialty, workplace and years of practice

Карактеристике испитаника / Characteristics of participants	Одговори / Answers (%)			
	a	b	c	p
Специјалност / Specialty	0.02*			
ЛОМ/GM	4.17	37.5	58.33	
СОМ/GMS	2.84	25	72.16	
Радно место / Job location	0.02*			
Град/City	3.52	27.46	69.01	
Село/Rural	5.41	48.65	45.95	
Дужина радног стажа / Years of practice	0.41			
≤ 10 година / Years	4.41	36.76	58.82	
11-20 година / Years		43.66	56.34	
> 20 година / Years	4.35	22.83	72.82	

*статистичка значајност $p < 0,05$ / statistical significance $p < 0,05$

Тек половина испитиваних лекара у својим амбулантама има инхалатор и редовно га користи, (Графикон 7). Лекари у сеоским амбулантама статистички значајно чешће имају и користе инхалатор у свом раду ($n=0,02$).



Графикон 7. Поседување и коришћење инхалатора у амбуланти

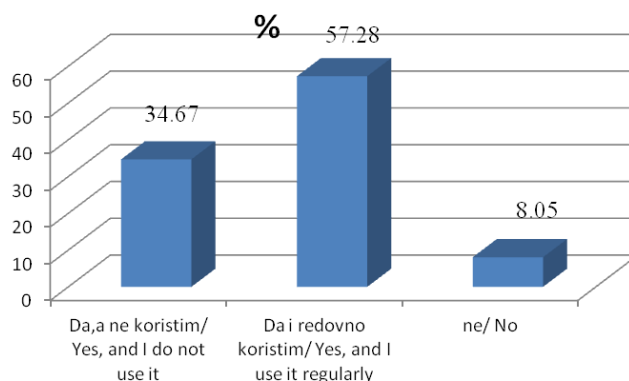
Graph 7. Possession and use of inhalers in the clinic

Табела 8. Разлике у поседувању и коришћењу инхалатора у амбуланти

Table 8. The differences in possession and use of inhalers in the clinic

Карактеристике испитаника Characteristics of participants	Одговори / Answers (%)			
	a	b	c	p
Специјалност/ Specialty	0.19			
ЛОМ/GM	1.4	53.15	45.45	
СОМ/GMS	5.11	58.52	36.36	
Радно место / Job location	0.02*			
Град/City	3.9	53.19	42.91	
Село/Rural		76.32	23.68	
Дужина радног стажа / Years of practice	0.93			
≤ 10 година / Years	1.49	61.19	37.31	
11-20 година / Years	2.81	54.93	42.25	
≤ 20 година / Years	4.35	53.8	41.85	

*статистичка значајност $p < 0,05$ / statistical significance $p < 0,05$



Графикон 8. Поседување и коришћење Националног водича добре клиничке праксе за дијагностику и лечење ХОБП

Graph 8. Possession and use of the National Guide to Good Clinical Practice for Diagnosis and Treatment of COPD

Национални водич добре клиничке праксе за дијагностику и лечење хроничне опструктивне болести плућа у свом раду користи тек нешто више од половине испитиваних лекара, (Графикон 8). Није било статистички значајне разлике између испитиваних група, (Табела 9).

Табела 9. Разлике у поседувању и коришћењу Националног водича за дијагностику и лечење ХОБП у односу на специјалност, радно место и дужину радног стажа

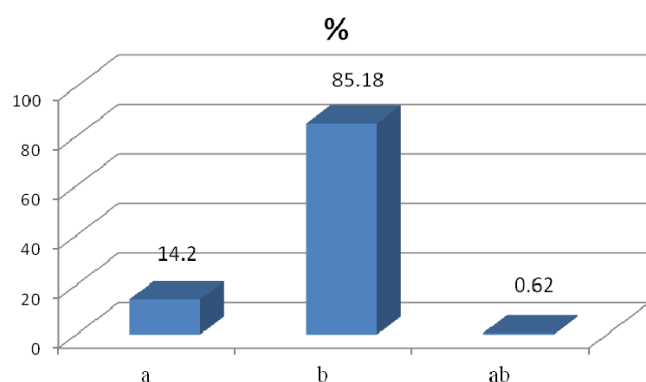
Table 9. The differences in the possession and use of the National Guide for the diagnosis and treatment of COPD in relation to specialty, workplace and years of practice

Карактеристике испитаника Characteristics of participants	Одговори / Answers (%)			
	a	b	c	p
Специјалност/ Specialty	0.08			
ЛОМ/GM	30.07	64.34	5.59	
СОМ/GMS	38.64	51.14	10.23	
Радно место / Job location	0.42			

	Град/City	34.88	57.65	7.47	
	Село/Rural	29.73	56.76	13.51	
Дужина радног стажа / Years of practice					0.55
	≤ 10 година / Years	25	70.59	4.41	
	11-20 година / Years	32.39	59.15	8.45	
	> 20 година / Years	38.67	51.93	9.39	

*статистичка значајност $p < 0.05$; statistical significance $p < 0.05$

Скоро 85% испитиваних лекара за процену симптома и тежине ХОБП не користи упитнике *mMRC* (*Modified Medical Research Dyspnea Scale*) и *CAT* (*COPD Assessment Test*), (Графикон 9) и није било статистички значајне разлике између испитиваних група (ЛОМ/СОМ: $p = 0,23$; град/село: $p = 0,66$; радни стаж: $p = 0,10$), (Табела 10).



а) Да/Yes; б) Не/No

Графикон 9. Коришћење упитника *mMRC* и *CAT* за процену симптома и тежине ХОБП

Graph 9. Use of the *mMRC* and *CAT* questionnaires for assessment of the symptoms and severity of COPD

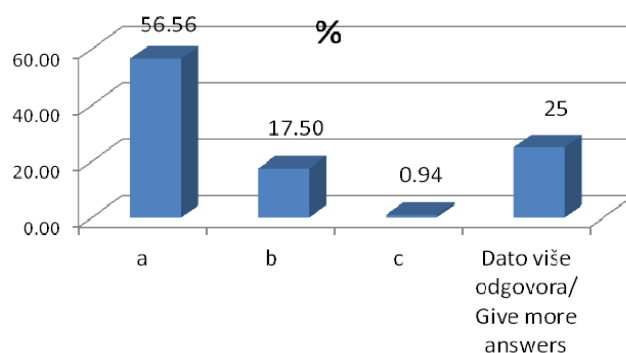
Табела 10. Разлике у коришћењу упитника *mMRC* и *CAT* за процену симптома и тежине ХОБП у односу на специјалност, радно место и дужину стажа

Table 10. The differences in the use of questionnaires *mMRC* and *CAT* for the assessment of the symptoms and severity of COPD in relation to specialty, work place and years of service

Карактеристике испитаника / Characteristics of participants	Одговори / Answers (%)		
	a	b	p
Специјалност / Specialty	0.23		
	ЛОМ/ГМ	84.03	
	СОМ/ГМС	86.93	
Радно место / Job location	0.66		
	Град/City	84.34	
	Село/Rural	89.47	
Дужина радног стажа / Years of practice	0.10		
	≤ 10 година / Years	94.2	
	11-20 година / Years	78.87	
	> 20 година / Years	83.98	

*статистичка значајност $p < 0.05$; statistical significance $p < 0.05$

Престанак пушења и престанак изложености агресивним респирацијским агенсима тек је за половину испитиваних лекара први приступ у терапији ХОБП-а (Графикон 10.). Нема статистички значајне разлике у односу на посматране параметре (Табела 11).



Графикон 10. Познавање првог приступа у терапији ХОБП-а
Graph 10. Knowledge of the first approach in COPD therapy

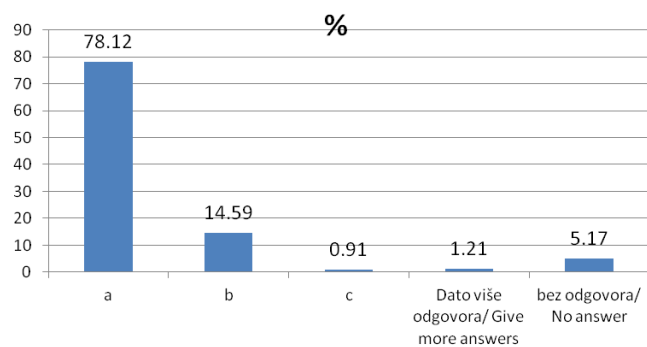
- Престанак пушења и престанак изложености агресивним респирацијским агенсима
Cessation of smoking and cessation of exposure to aggressive respiratory agents
- Фармаколошка терапија
Pharmacological therapy
- Нефармаколошка терапија
Nonpharmacological therapy

Табела 11. Разлике у познавању приступа терапији ХОБП-а у односу на специјалност, радно место и дужину радног стажа
Table 11. The differences in knowledge of access to COPD therapy, in relation to specialty, work place and years of practice

Карактеристике испитаника / Characteristics of participants	Одговори / Answers (%)			
	a	b	c	p
Специјалност / Specialty	0.88			
	ЛОМ/ГМ	15.49	0.7	
	СОМ/ГМС	19.54	1.15	
Радно место / Job location	0.69			
	Град/City	17.27	0.72	
	Село/Rural	18.92	2.7	
Дужина радног стажа / Years of practice	0.36			
	≤ 10 година / Years	16.18	1.47	
	11-20 година / Years	15.94	1.45	
	> 20 година / Years	18.33	0.56	

*статистичка значајност $p < 0.05$ / statistical significance $p < 0.05$

Већина испитиваних лекара сматра да терапију треба степенасто повећавати у зависности од тежине болести, (Графикон 11). Нема статистички значајне разлике у односу на посматране параметре, (Табела 12).



Графикон 11. Познавање основног принципа фармакотерапије
Graph 11. Knowledge of the basic principle of pharmacotherapy

а) Терапију треба степенасто повећавати у зависности од тежине болести

The therapy should be increased step by step depending on the severity of the disease

б) У зависности од тежине болести терапију спроводити “корак наниже”

Depending on the severity of the disease, the treatment will be carried out “step-by-step”.

ц) Редовну терапију не треба одржавати дуже на истом нивоу

Regular therapy should not be maintained at the same level for longer.

Табела 12. Разлике у познавању основног принципа фармакотерапије ХОБП-а у односу на специјалност, радно место и дужину радног стажа

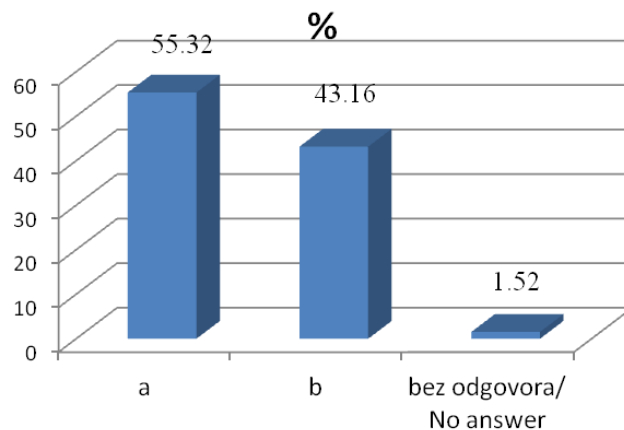
Table 12. The differences in knowledge of the basic principle of COPD pharmacotherapy in relation to specialty, work place and years of practice

Карактеристике испитаника <i>Characteristics of participants</i>	Одговори / <i>Answers (%)</i>			
	a	b	c	p
Специјалност / <i>Specialty</i>	0.85			
ЛОМ/ГМ	85.51	12.32	0.71	
СОМ/ГМС	80	17.65	1.18	
Радно место / <i>Job location</i>	0.92			
Град / <i>City</i>	81.86	15.75	1.1	
Село / <i>Rural</i>	85.29	14.71		
Дужина радног стажа / <i>Years of practice</i>	0.35			
≤ 10 година / <i>Years</i>	89.55	8.96	1.49	
11-20 година / <i>Years</i>	76.81	21.74	1.45	
> 20 година / <i>Years</i>	82.66	15.03	0.58	

*статистичка значајност $p < 0,05$ / *statistical significance $p < 0,05$*

Половина испитиваних лекара самостално започиње терапију бронходилататорима иако је дијагноза ХОБП постављена на осн ову клиничких симптома, (Графикон 12). Статистички значајно чешће лекари са радним

стажом дужим од 20 година самостално започињу терапију бронходилататорима, (Табела 13).



а) да/Yes; б) не/No

Графикон 12. Самостално започињање фармакотерапије
Graph 12. Self-starting pharmacotherapy

Табела 13. Разлике у самосталном започињању терапије бронходилататорима

Table 13. The differences in self-initiated therapy with bronchodilators

Карактеристике испитаника <i>Characteristics of participants</i>	Одговори / <i>Answers (%)</i>		
	Да/ <i>Yes</i>	Не/ <i>No</i>	P
Специјалност / <i>Specialty</i>	0.13		
ЛОМ/ГМ	50.35	49.65	
СОМ/ГМС	60.67	39.33	
Радно место / <i>Job location</i>	0.77		
Град / <i>City</i>	56.54	43.46	
Село / <i>Rural</i>	54.05	45.95	
Дужина радног стажа / <i>Years of practice</i>	0.01*		
≤ 10 година / <i>Years</i>	40.58	59.42	
11-20 година / <i>Years</i>	57.97	42.03	
> 20 година / <i>Years</i>	60.33	39.67	

* статистичка значајност $p < 0,05$ / *statistical significance $p < 0,05$*

Дискусија

Упркос новим сазнањима, чињенице указују да је ХОБП занемарено и недовољно дијагностиковано обољење. Болесници се обично јаве изабраном лекару када је болест већ узнапредовала а плућна функција неповратно оштећена, а чак 25%-50% болесника, нарочито у раним стадијумима болести остаје препознато⁹. Многа истраживања су показала да се болест недовољно или погрешно дијагностикује^{4,6,7}. Као најчешћи разлог наводе то што болесници минимизирају своје тегобе и адаптирају на стање смањене плућне функције, а лекари у општој медицини прекасно препознају симптоме боле-

сти^{5,6}. Спиратос (*Spyratos*) и сарадници¹⁰ у Прегледном чланку наводе као разлоге потцењивање симптома од стране како болесника, тако и лекара, као и недостатак знања и недовољну употребу спирометрије.

Рано дијагностиковање болести доприноси заустављању даљег оштећења плућне функције, као и настанку и развоју компликација. Низ истраживања о улози ПЗЗ у раној дијагностици ХОБП-а су показала да постоји висок степен неслагања дијагнозе између лекара ОМ и специјалиста пулмолога. У истраживању Вукоја М. и сар. спроведеном у Србији¹¹, клинички постављена сумња на присуство ХОБП-а потврђена је спирометријом код 21,9%, а у истраживању Мелбиа (*Melbye*) и сар.¹² код 32% пацијента. Лекари у општој медицини, стога, имају пресудну улогу у идентификацији болесника са ХОБП.

Међу испитиваним лекарима у нашем истраживању 75% је знало дефиницију ХОБП, а само 64% је препознало основне тегобе на основу којих може да се посумња на присуство овог обољења. Разликовање ХОБП-а од астме на основу клиничких карактеристика, важно је због различитог терапијског приступа, као и праћења тока болести^{10,12,13}.

Спирометрија је неопходна за постављање коначне дијагнозе ХОБП-а, одређивање тежине и стадијума болести, као и за праћење ефеката терапије у оквиру правилног вођења пацијената са ХОБП. У Србији, лекарима у општој медицини није омогућено да спроводе спирометријско испитивање код пацијената са сумњом на ХОБП. Истраживања која су спроведена у Аустралији показала су да се спирометрија у општој медицини недовољно користи и да је особље неадекватно обучено за извођење спирометрије; такође, лекари опште медицине непрецизно тумаче спирометријске налазе, што све доводи до великог броја грешака у постављању дијагнозе и вођењу терапије^{5,9,14,15}. Међу испитаницима у нашем истраживању 61,7% лекара правилно је протумачило спирометријски налаз.

Постављање дијагнозе ХОБП-а само на основу симптома је непоуздано, није могуће адекватно праћење тока болести, избор одговарајуће терапије и праћење њеног ефекта. У овом истраживању 46,5% испитиваних лекара сматра да би спирометријско испитивање могло да се спроводи и на нивоу ПЗЗ, док остали мисле да то не би било могуће због велике оптерећености лекара физичким обимом посла и администрацијом. Да је спирометрија у општој медицини неопходна ради ране дијагностике, како би се што пре применила адекватна терапија, превенирале егзацербације и зауставило пропадање плућне функције, показале су бројне студије у свету^{5,10,11,16}. Истраживање *Schermer*-а и сар.¹⁷ у Холандији, *Leuppi*-а и сар.¹⁸ у Швајцарској, као и *Borg*-а и сарадника¹⁹ у Аустралији о ваљаности спирометријских тестова изведених код пацијената са ХОБП у општој медицини, показала су да

је извођење спирометрије оправдано и да се може спроводити, али уз допунску обуку и лекара и медицинских техничара/сестара и уз контролу спирометријских налаза од стране специјалиста. Тиме би била побољшана меродавност спирометријских налаза и смањен проценат грешака. Постоје, међутим, и супротна мишљења. Велико истраживање спроведено у Италији од стране *Lusuardi*-а и сарадника²⁰ није успело да докаже значајну предност примене спирометрије у општој медицини ради побољшања дијагностике астме и ХОБП-а.

У збрињавању пацијената са ХОБП није довољан само спирометријски налаз, битне су и вредности клиничких симптома које утичу на квалитет њиховог живота, њихово емотивно и социјално функционисање. За процену квалитета живота и ефикасности лечења неопходна је употреба Упитника за самоevaluацију²¹. Према смерницама *GOLD* из 2013. године, у дијагностичке критеријуме за процену тежине болести, поред степена ограничења протока ваздуха и ризика од годишњих егзацербација, за праћење симптома сврстани су и одговарајући упитници *CAT* и *mMRC* диспнеја скале за процену тежине ХОБП⁹. У нашем истраживању чак 84% испитиваних лекара у свом свакодневном раду не користи ове упитнике. Без примене упитника немогуће је имати потпуни увид у утицај обољења на субјективно доживљавање болести и клиничке манифестације код пацијента.

Према препорукама из Националног водича за ХОБП, лекари ПЗЗ би требало самостално да збрињавају већину оболелих од ХОБП²².

Најважнија терапијска мера у терапијском приступу је престанак пушења и изложеност агресивним респирацијским ноксама, а лекар у ОМ је најчешће у контакту са пацијентом и има могућност и обавезу да у оквиру својих превентивних активности највише допринесе престанку пушења. У нашем истраживању само је половина испитиваних лекара престанак пушења навела као прву терапијску меру. Бројна истраживања су показала да је престанак пушења најзначајнија терапијска мера^{4,5,6,7,11,23,24}.

Фармаколошко лечење је неопходно започети што пре како би се успорила прогресија болести, смањиле тегобе, поправио квалитет живота пацијената и повећала њихова радна способност. У дугорочном управљању ХОБП-ом неопходна је континуирана фармакотерапија и степенат приступ, на шта су указали у својим радовима *Walters*¹⁴, *Anzueto*²⁵ и *Davoren A Chick+* са сарадницима⁷. Истраживање Девона у Енглеској је показало да се лекови за лечење ХОБП-а прописују неадекватно и не у складу са спирометријским налазом. Инхалационе кортикостероиде је узимало чак 60% пацијената, а само код 17% је примена била оправдана²⁶.

Закључак

Неопходна је промена односа лекара у општој медицини према ХОБП, јер је тек нешто више од половине испитиваних лекара знало клиничке симптоме ове болести, да адекватно протумачи спирометријски налаз и да је престанак пушења најважнија терапијска мера. Лекари опште медицине и лекари са стажом до 10 година дали су више тачних одговора у погледу клиничких симптома ХОБП и тумачења спирометријских налаза, а лекари са стажом дужим од 20 година чешће самостално започињу терапију бронходилататорима.

Мање од половине лекара сматра да би спирометрија могла да се спроведе и на нивоу примарне здравствене заштите, а јако мало лекара у свом свакодневном раду користи упитнике за процену тежине симптома болести и степена диспнеје.

Техничка опремљеност амбуланти у ПЗЗ је довољна, а боља је код лекара опште медицине и у сеоским амбулантама.

*Истраживање Секције опште медицине СЛД

Miloranka DJ. Petrov Kiurski¹,
Slavoljub R. Živanović²,
Nadezda DJ. Kondić Ivanović³

¹Republic Health insurance fund, Zrenjanin
²City department for urgent health care-Belgrade
³City department for policemen health care, Belgrade, Serbia

Approach to the chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patient in general medicine

Key words:

approach,
patient,
COPD,
general practice

Abstract

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic disease and it is estimated 20%-25% of patients remain undiagnosed.

Objective: Review the approach of the general practitioner to diagnosing and treatment of COPD.

Method: The study was conducted using the questionnaire, among the doctors who attended the Conference “General Medicine Days” that took place in Belgrade, from March 25th to March 26th, 2017. Data on age, gender, years of service, job location (town/village) and specialties: general practitioner (GP) or General Medicine Specialist (GMS) were obtained. Statistical processing was done in the SPSS 11.0 for Windows program.

Results: The study included 330 physicians of both genders (88.68% women), average age 49.74 ± 10.5 years and years of service of 21.23 ± 10.55 years; 53.94% were GMS, and 87.27% of doctors worked in outpatient clinics in the city.

The definition of COPD was knowledgeable to 74.85% of the participants and the clinical symptoms were recognized by 64.12% of the examined doctors. GPs gave more accurate answers than GMS ($p=0.04$), as well as doctors with up to 10 years of services ($p=0.04$), 81.46%, confirmed that broncho obstruction should be confirmed with spirometry, more doctors with up to 10 years of service ($p=0.01$). 46.38% of the examined doctors think spirometry could be performed at the PHC level. The spirometry findings are interpreted correctly by 61.7% of doctors. The pulmonary oximeter device owns 29.43% of doctors in their clinics, more often GPs ($p=0.02$) and doctors working in the rural clinics ($p=0.02$). 56% of doctors have an inhaler and use it regularly, more often doctors in rural outpatient clinics ($p=0.02$). For 56.56% of doctors, smoking cessation is the first step in COPD treatment. 78.12% think the therapy should be increased stepwise, and 55.32% of them self-initiated bronchodilator therapy (more often doctors with a years of practice of over 20 years, $p=0.01$).

Conclusion: It is necessary to change the doctors' attitude in general practice towards COPD and to improve knowledge about diagnostics and therapy.

References

Литература

- WHO. European health for all database (HFA-DB), World Health Organization Regional Office for Europe Updated: January 2013; 2013. (available at: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>).
- Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Резултати истраживања здравља становништва Србије, 2013. година, Београд 2014 (available at: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/IstrazivanjeZdravljaStanovnistvaRS2013.pdf>)
- Институт за јавно здравље Србије “Др Милан Јовановић Батут“. Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2015; Београд, 2016 (available at: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2015.pdf>)
- Weiss G, Steinacher I, Lamprecht B, Schirmhofer L, Kaiser B, Sönnichsen A, Studnicka M. *Detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary Care in Salzburg, Austria: Findings from the Real World*. *Respiration* 2014;87:136-143, <https://doi.org/10.1159/000354796>.
- Walters JAE, Crockett AJ, McDonald VM. *COPD – practical aspect of case finding, diagnosing and monitoring*. *Medicine Today* 2013; 14(2): 32-40.
- Vukić Dugac A, Samaržija M. *Rano prepoznavanje i dijagnoza hronične opstruktivne plućne bolesti*. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, Vol.20 No.109/110 Travanj 2014.
- Chick DA, Grant PJ, Han MK, Van Harrison R, Picken EB. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Guidelines for Clinical Care Ambulatory, UMHS COPD Guideline, November 2017 <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/copd/copd.pdf>
- Fromer L. *Diagnosing and treating COPD: understanding the challenges and finding solutions*. *Int J Gen Med* 2011;4:729-39.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease* 2013. Available from: <http://www.goldcopd.com>. Accessed November 20, 2013.
- Spyratos D, Chloros D, and Sichletidis L. *Diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in the primary care setting*. *Hippokratia*. 2012 Jan-Mar; 16(1):17–22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738387/>
- Vukoja M, Rebić P, Lazić Z, Mitić-Milikić M, Milenković B, Zvezdin B, Čekerevac I, Jovančević-Drvenica M, Hroniš S, Kopitović I. *Early detection of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in primary care patients*. *Med Pregl* 2013;LXVI (1-2):46-52.
- Melbye H, Drivenes E, Dalbak LG, Leinan T, Hoegh-Henrichsen S, Ostrem A. *Asthma, chronic obstructive pulmonary disease, or both? Diagnostic labeling and spirometry in primary care patients aged 40 years or more*. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2011;6:597-603. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22135492>
- Дијагноза болести хроничног ограничења протока ваздуха: Астма, ХОБП и синдром преклапања астма-ХОБП (ACOS), обновљено 2015. Заједнички пројекат *GINA* и *GOLD*. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/04/ACOS_Serbian_Nov2015.pdf.
- Walters JA, Walters EH, Nelson M, et al. *Factors associated with misdiagnosis of COPD in primary care*. *Prim Care Respir J* 2011; 20: 396-402.
- Zwar NA, Marks GB, Hermiz O, et al. *Predictors of accuracy of diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in general practice*. *Med J Aust* 2011; 195(4): 168-71.
- Kinnula VL, Vasankari T, Kontula E, Sovijarvi A, Saynajakangas O, Pietinalho A. *The 10-year COPD Programme in Finland: effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality*. *Prim Care Respir J* 2011;20:178-183.
- Schermer TR, Jacobs JE, Chavannes NH, Hartman J, Folgering HT, Bottema BJ, van Weel C. *Validity of spirometric testing in a general practice population of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. *Thorax* 2003;58: 861–866,
- Leuppi JD et al. *Quality of Spirometry in Primary Care for Case Finding of Airway Obstruction in Smokers*. *Respiration* 2010;79:469-474.
- Borg BM1, Hartley MF, Fisher MT, Thompson BR. *Spirometry training does not guarantee valid results*. *Respir Care*, 2010;55(6):689-94.
- Lusuardi M, De Benedetto F, Paggiaro P, Sanguinetti CM, Brazzola G, Ferri P, et al. *A Randomized Controlled Trial on Office Spirometry in Asthma and COPD in Standard General Practice*. *Chest*. 2006;129:844–852.
- Милачић Н, Милачић Б, Дуњић О, Милојковић М. *Валидност САТ скопа и тМРС-диспнеја скале у процени хроничне опструктивне болести плућа*. *Acta Medica Medianae* 2015;54(1):66-70.
- Републичка стручна комисија за израду и имплементацију Водича добре клиничке праксе. Национални водич добре клиничке праксе – Хронична опструктивна болест плућа, клинички водич 23/13, Београд, 2013.
- Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, Barnes PJ, Fabbri LM, Martinez FJ, Nishimura M, Stockley RA, Sin DD, Rodriguez-Roisin R. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(4):347-65.
- Ребић П, Миленковић Б, Митић-Милиокић М, Илић Дудварски А. *Принципи терапије хроничне опструктивне болести – ХОБП*. Фармакотерапијски протоколи у примарној здравственој заштити – најчешћа обољења и стања, РФЗО, 2014.
- Anzueto A. *Primary care management of chronic obstructive pulmonary disease to reduce exacerbations and their consequences*. *Am J Med Sc*. 2010; 340(4):309-18.
- Rupert CM Jones, Maria Dickson-Spillmann, Martin JC Mather, Dawn Marks, Bryanie S Shackell. *Accuracy of diagnostic registers and management of chronic obstructive pulmonary disease: the Devon primary care audit*. *Respir Res*. 2008;9(1):62.

Примљен • Received: 14.09.2018.

Исправљен • Corrected: 02.03.2019.

Прихваћен • Accepted: 15.03.2019.