

RAPORT

Pacjent ze śródmiąższową chorobą płuc w Polsce

Bieżące wyzwania w diagnostyce i opiece
nad chorymi oraz rekomendacje w zakresie
poprawy sytuacji

Autorzy:

Interdyscyplinarna Rada Naukowa ds. Śródmiąższowych Chorób Płuc przy Kampanii „Płuca Polski. Od kaszlu do włóknienia”, w składzie (kolejność alfabetyczna):

Dr n. med. Aleksander Biesiada

Dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska

Mgr spec. fiz. Agata Gładzka

Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

Dr hab. n. med. Katarzyna Lewandowska

Agnieszka Pilewska-Ślęczko

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Piotrowski

Violetta Zajk

Opracowanie redakcyjne: FleishmanHillard Polska

Niezależny grant umożliwiający publikację raportu został przekazany przez firmę **Boehringer Ingelheim**



Warszawa, wrzesień 2025 r.
MPR-PL-101116

Spis treści

Wstęp	5
1. Śródmiąższowe choroby płuc – co o nich wiemy?	7
1.1. Podstawowe informacje	8
1.2. Objawy i czynniki ryzyka rozwoju choroby	8
1.3. Diagnostyka	9
1.4. Epidemiologia	10
1.5. Leczenie	11
1.6. Gdzie jesteś pacjencie?	12
2. Zmiany ostatnich lat	14
2.1. Perspektywa pulmonologiczna	14
2.2. Perspektywa reumatologiczna	16
2.3. Status realizacji rekomendacji z raportu z 2022 roku	18
3. Niezaspokojone potrzeby w obszarzeILD Komentarze ekspertów	20
3.1. Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii Szybsze wykrywanieILD w chorobach reumatycznych	20
3.2. Dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, konsultant krajowa w dziedzinie chorób płuc, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc Odnaleźć pacjenta i wypracować standardy organizacyjne	22

3.3. Prof. dr hab. n. med. Wojciech Piotrowski, Klinika Pneumonologii, II Katedra Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Ścieżka pacjentów objawowych i bezobjawowych	23
3.4. Dr hab. n. med. Katarzyna Lewandowska, I Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie Budowanie świadomości nt. istotności ILD. Wydzielenie poradni ILD z poradni pulmonologicznej	24
3.5. Dr n. med. Aleksander Biesiada, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Edukacja lekarzy z użyciem dostępnych narzędzi	25
3.6. Mgr spec. fizjoterapii Agata Gładzka, Pracownia Rehabilitacji, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie Opracowanie i implementacja wytycznych dot. programów rehabilitacji oddechowej w ILD	26
3.7. Agnieszka Pilewska-Ślęczko, prezes Polskiego Towarzystwa Wspierania Chorych na Włóknienie Płuc Holistyczna opieka nad pacjentem z uwzględnieniem opieki paliatywnej	27
3.8. Violetta Zajk, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem” Wsparcie specjalistów	28

4. Rekomendacje zmian 30

4.1. Prewencja / edukacja	30
4.2. Diagnostyka	30
4.3. Leczenie	31
4.4. Rehabilitacja	31
4.5. Opieka dodatkowa	31

5. Podsumowanie 32

6. O Interdyscyplinarnej Radzie Naukowej ds. Śródmiąższowych Chorób Płuc 33

WSTĘP

Oddajemy w Państwa ręce Raport „Pacjent ze śródmiąższową chorobą płuc w Polsce”, poświęcony ocenie obecnej sytuacji pacjentów żyjących ze śródmiąższowymi chorobami płuc w Polsce, który zawiera również rekomendacje poprawy omawianej sytuacji.

Śródmiąższowe choroby płuc (ILD) należą do grupy rzadkich schorzeń, na które składa się ponad 200 jednostek chorobowych. Najczęściej występującymi są: idiopatyczne włóknienie płuc (IPF), sarkoidoza i zapalenie płuc z nadwrażliwości. Bywa też tak, że śródmiąższowa choroba płuc występuje w następstwie rozwoju innego schorzenia. Tym samym grupa pacjentów z ILD może być bardzo zróżnicowana: od młodej kobiety chorującej na ILD w przebiegu choroby autoimmunologicznej, jaką jest np. twardzina układowa, do starszego mężczyzny, u którego rozwinęło się IPF. Fakt ten znacząco utrudnia jednoznaczną ocenę potrzeb tak niejednorodnej grupy pacjentów. Niezależnie od zróżnicowanego przebiegu choroby te nieuchronnie prowadzą do nieodwracalnego upośledzenia czynności płuc, co wiąże się z bardzo złym rokowaniem, podobnym do rokowania w niektórych nowotworach.

W celu zyskania możliwości holistycznego spojrzenia na sytuację chorych na ILD i poznania wyzwań, z którymi się mierzą, należało połączyć siły ekspertów różnych dziedzin, a także przedstawicieli środowiska pacjentów. W ten sposób powstała Interdyscyplinarna Rada Naukowa ds. Śródmiąższowych Chorób Płuc, wspierająca merytorycznie działania kampanii edukacyjnej „Płuca Polski. Od kaszlu do włóknienia”. Pierwsze spotkanie Interdyscyplinarnej Rady Naukowej ds. Śródmiąższowych Chorób Płuc miało miejsce w 2022 r., a jego efektem był raport: „Śródmiąższowe Choroby Płuc (ILD). Analiza sytuacji i potrzeb. Rekomendacje zmian w zakresie usprawnienia opieki nad pacjentami w Polsce”. Już w tamtym momencie Rada, w skład której weszli specjaliści – pulmonolodzy i reumatolodzy – oraz przedstawiciele pacjentów, wyznaczyła obszary wymagające usprawnień, a także zarekomendowała działania, których realizacja pozwoliłaby na osiągnięcie potrzebnych i oczekiwanych zmian w tym obszarze. Wśród nich znalazły się, m.in.:

- Edukacja środowiska medycznego oraz społeczeństwa, w tym szczególnie pacjentów, w zakresie objawów śródmiąższowych chorób płuc oraz zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego;

- Stworzenie ośrodków referencyjnych wraz z interdyscyplinarnymi zespołami lekarzy i z odpowiednim zapleczem diagnostyczno-terapeutycznym dla chorych na śródmiąższową chorobę płuc w każdym województwie;
- Zapewnienie dostępu do nowoczesnych terapii;
- Ustanowienie możliwości leczenia w oparciu o rekomendacje ekspertów;
- Rozszerzenie i stworzenie szerokiego dostępu do rehabilitacji oraz tlenoterapii dla chorych;
- Przyjęcie polskich wytycznych dot. leczenia śródmiąższowych chorób płuc i wytycznych dot. diagnostyki i leczenia postępującego włóknienia w przebiegu śródmiąższowych chorób płuc, innych niż IPF wraz z wytycznymi dot. leczenia IPF przez Ministerstwo Zdrowia, jako obowiązujących standardów;
- Utworzenie szybkiej ścieżki leczenia dla pacjentów;
- Zapewnienie pacjentom dodatkowego wsparcia specjalistycznego z obszarów m.in.: psychologii, fizjoterapii czy dietetyki, a także opieki paliatywnej.

Wyznaczenie ścieżek działania przyczyniło się do przyspieszenia korzystnych zmian w niektórych ze wskazanych obszarów. Jednak upływ czasu i dostęp do nowoczesnego leczenia zmieniają również priorytety i potrzeby pacjentów oraz środowiska medycznego. Jak wyglądają one obecnie, czyli trzy lata później? Czy są tożsame z tymi, które istniały w momencie powstania Interdyscyplinarnej Rady Naukowej ds. Śródmiąższowych Chorób Płuc czy być może powstały nowe? Jeśli tak, jak brzmią one teraz? W celu odpowiedzi na te pytania członkowie Interdyscyplinarnej Rady Naukowej ds.ILD, do grona których dołączyli także przedstawiciele środowiska lekarzy medycyny rodzinnej oraz fizjoterapii, zebrali się ponownie, aby kompleksowo i z różnych perspektyw przyjrzeć się i ocenić to, jak zmieniła się sytuacja chorych na ILD w Polsce oraz jakie wyzwania stoją nadal na ich drodze. Istotnym zadaniem Rady Naukowej było także wypracowanie nowych rekomendacji działań, umożliwiających poprawę obecnej sytuacji.

W poniższym opracowaniu znajdą Państwo wyniki pracy ekspertów. Wierzymy, że będzie to kolejny krok na drodze do lepszego jutra pacjentów z ILD.

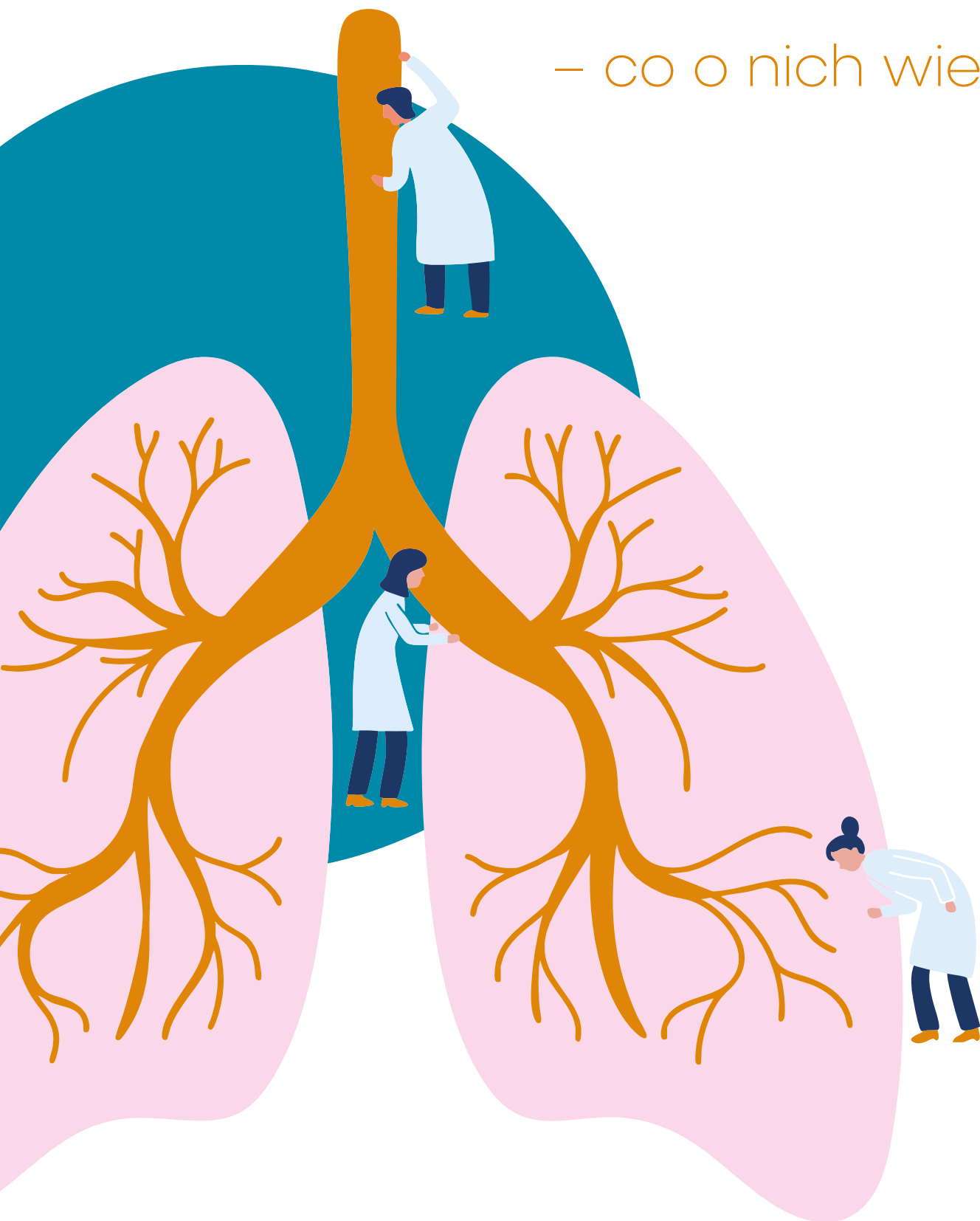
Zapraszamy do lektury



Płuca Polski
OD KASZLU DO WŁÓKNIENIA

1. Śródmiąższowe choroby płuc

– co o nich wiemy?



1.1. Podstawowe informacje

Śródmiąższowe choroby płuc (ang. Interstitial lung diseases, ILD) to niejednorodna grupa około 200 różnych jednostek chorobowych, atakujących część płuc zwaną śródmiąższem, tj. system tkanek tworzących podparcie dla pęcherzyków płucnych. W wyniku choroby dochodzi do zaburzenia budowy płuc poprzez tworzenie się blizn (zgrubień tkanki), co zmniejsza elastyczność organu. Konsekwencją tego procesu jest utrata przez płuca ich podstawowej zdolności, jaką jest transport tlenu do krwi oraz eliminacja z niej dwutlenku węgla. Chory odczuwa to jako nasilające się trudności w oddychaniu, nabieraniu powietrza, co z kolei prowadzi do poczucia przewlekłego zmęczenia, z czasem wykluczając pacjenta zarówno z aktywnego życia zawodowego, towarzyskiego, jak również rodzinnego.

Śródmiąższowe choroby płuc należą do chorób rzadkich. Część z nich rozwija się w następstwie schorzeń współistniejących (np. chorób autoimmunologicznych, tj. twardzina układowa czy reumatoidalne zapalenie stawów). Przyczyny rozwoju pozostałych nie są z kolei znane (np. idiopatycznego włóknienia płuc – IPF). Mimo że istnieją terapie pozwalające spowolnić rozwój choroby, a w niektórych przypadkach nawet ją zatrzymać, większości śródmiąższowych chorób płuc współczesna medycyna nie potrafi jeszcze wyleczyć. Ich leczenie polega zatem na spowolnieniu zmian zachodzących w płucach i przedłużeniu życia pacjenta przy zachowaniu możliwie najlepszej jego jakości.

1.2. Objawy i czynniki ryzyka rozwoju choroby

Pierwsze objawy śródmiąższowych chorób płuc mogą nie budzić niepokoju zarówno pacjenta, jak i lekarza. Pojawiające się **kaszel, duszność, zadyszka, zmęczenie** są zwykle uważane za skutek naturalnego procesu starzenia się, chorób układu krążenia lub nawet

Pojawiają się:



kaszel
duszność
zadyszka
zmęczenie

Są one zwykle uważane za skutek naturalnego procesu starzenia się, chorób układu krążenia lub nawet wpływu czynników atmosferycznych.

wpływu czynników atmosferycznych. Przykładowo: zadyszka u starszego pacjenta może być interpretowana jako pogorszenie kondycji związane z wiekiem, zaś kaszel u młodej kobiety – jako następstwo infekcji sezonowych lub alergii. Tymczasem brak właściwej diagnozy przedłuża czas do rozpoczęcia leczenia oraz sprawia, że zmiany w śródmiąższu płuc nasilają się, co ma odzwierciedlenie w samopoczuciu chorego. Narastanie blizn w płucach zmniejsza powierzchnię wymiany gazowej, uniemożliwiając dostarczanie odpowiedniej ilości tlenu do tkanek oraz utrudnia rozszerzanie płuc, a tym samym uniemożliwia prawidłowe oddychanie (staje się ono dla organizmu chorego ciężką pracą, co prowadzi do pogorszenia jakości życia). I choć istnieje grupa pacjentów, u których choroba może latami postępować w stałym, umiarkowanym tempie, to u innych jej przebieg może być bardzo szybki i tym samym prowadzić w krótkim czasie do stanu zagrażającego życiu.

ILD to:

Przyspieszona utrata
czynności płuc



Pogorszenie
jakości życia

1.3. Diagnostyka

W rozpoznaniu śródmiąższowej choroby płuc kluczowa jest czujność osoby, u której wystąpią objawy. To, co powinno zaniepokoić, to przede wszystkim nieustępujący kaszel, trwający powyżej 8 tygodni oraz towarzyszące mu przewlekłe zmęczenie, duszność i zadyszka. Z takimi objawami pacjent najczęściej zgłasza się w pierwszej kolejności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W diagnostyce ILD ważną rolę odgrywają także czynniki ryzyka obecne w profilu pacjenta. Zaliczyć do nich należy:

- występowanie choroby autoimmunologicznej, w przebiegu której może dojść do rozwoju śródmiąższowej choroby płuc,
- wiek oraz płeć – IPF występuje najczęściej u mężczyzn powyżej 65. r.ż.,
- wieloletnie palenie tytoniu,
- wdychanie toksycznych substancji i pyłów organicznych, spowodowane czynnikami środowiskowymi lub w wyniku narażenia zawodowego.

Połączenie zgłaszanych przez pacjenta objawów z konkretnymi czynnikami ryzyka rozwoju śródmiąższowych chorób płuc, powinno

skłonić lekarza POZ do skierowania chorego na pogłębioną diagnostykę u pulmonologa.

Aby potwierdzić śródmiąższową chorobę płuc może być potrzebne wykonanie szeregu badań dodatkowych, m.in.:

- badań czynnościowych, w tym spirometrii i pojemności dyfuzyjnej płuc,
- zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej,
- tomografii komputerowej klatki piersiowej,
- pulsoksymetrii,
- próby wysiłkowej,
- bronchoskopii,
- echokardiografii,
- biopsji chirurgicznej.

Niektóre z nich mogą być zlecone przez specjalistę chorób płuc ambulatoryjnie, inne wymagają hospitalizacji w ośrodku specjalistycznym.

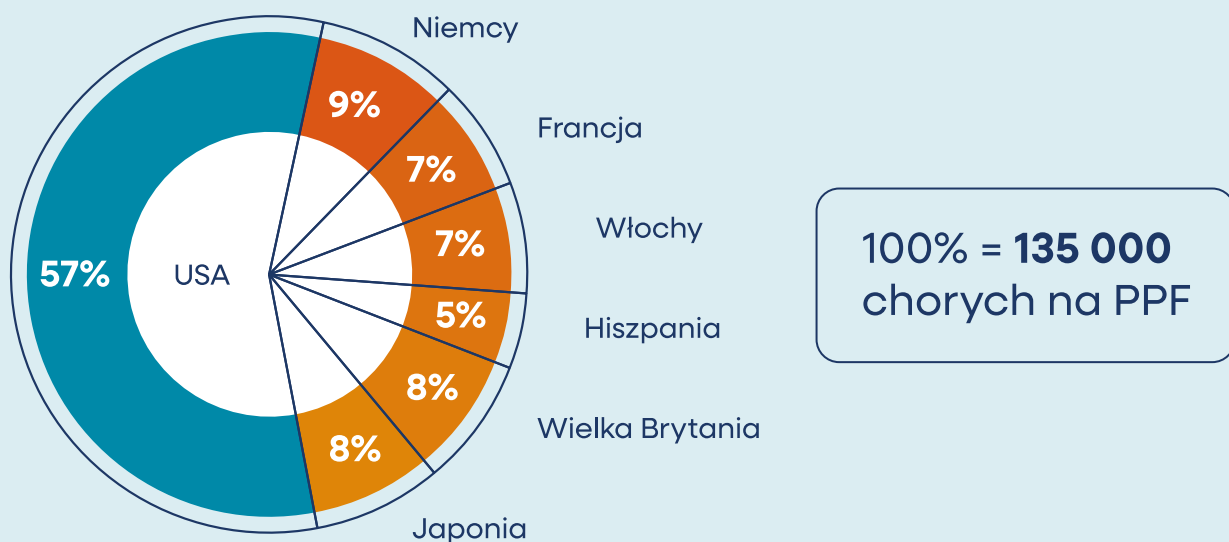
1.4. Epidemiologia

Dane określające liczbę chorych na śródmiąższowe choroby płuc opierają się na szacunkach, gdyż obecnie ani w Polsce, ani innym kraju Europy, nie są prowadzone statystyki określające zapadalność na wszystkieILD. **Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski**, opublikowana w 2019 roku, szacowała współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. mieszkańców na poziomie 51,1/rok, natomiast współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. mieszkańców na poziomie 357.¹

Opierając się na analizie danych, które posiadamy jeszcze sprzed wybuchu pandemii Covid-19, oraz biorąc pod uwagę zmieniającą się strukturę społeczną (zmniejszenie liczby populacji Polski niemal o 1 milion w ciągu ostatnich 10 lat), szacujemy, że w tym mo-

mentcie, w 2025 roku, chorobowość w zakresieILD może oscylować w okolicach blisko 27 000 przypadków, natomiast zapadalność roczna w okolicach 6 750 przypadków. W IPF, jednej z najczęściej występujących śródmiąższowych chorób płuc, chorobowość szacujemy na poziomie 5 000, zaś zapadalność na poziomie nieco ponad 1 500 – ocenia dr hab. n. med. Katarzyna Lewandowska, z I Kliniki Chorób Płuc, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Szacunki te zgodne są proporcjonalnie z szacunkami innych państw. Według danych z raportu Progressive Pulmonary Fibrosis (PPF) Market Insight Report², w 2023 roku w siedmiu krajach branych pod uwagę w analizie, chorych na postępujące włóknienie płuc było 135 000, z czego 9% stanowili obywatele Niemiec, co przekłada się na ponad 12 000 chorych.



Zdiagnozowane, rozpowszechnione przypadki postępującego włóknienia płuc (PPF) na siedmiu rynkach (7MM)

Źródło: Raport analityczny rynku postępującego włóknienia płuc (PPF)

¹ <https://basiw.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/polska-1.pdf> str. 11, dostęp: 14.04.2025 r.

² <https://www.delveinsight.com/report-store/progressive-pulmonary-fibrosis-ppf-market>

1.5. Leczenie

Leczenie śródmiąższowych chorób płuc o nieznanej przyczynie lub przyczynie autoimmunologicznej polega na spowolnieniu lub zahamowaniu rozwoju choroby. Im wcześniej rozpoczęte, tym większe szanse na dłuższe utrzymanie dobrej jakości życia. Choroba nieleczone nie rokuje pozytywnie. Potwierdzą to dane sprzed okresu, gdy wprowadzone zostało obecne leczenie, zgodnie z którymi pacjenci z IPF przeżywali średnio 2-3 lata.³ Eksperci podkreślają, że w przypadku IPF, najczęstszej ze śródmiąższowych chorób płuc, **pięcioletnie przeżycia są w wielu wypadkach na niższym poziomie niż w niektórych chorobach nowotworowych.**⁴

Jak wygląda leczenie w Polsce? Obecnie w Polsce dostępne są dwa programy lekowe, w ramach których leczeni są pacjenci z ILD. Są to:

- Program lekowy B.87 – LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1), wprowadzony w styczniu 2017 r.;
- Program lekowy B.135 – LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA ŚRÓDMIĄSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34), wprowadzony w lipcu 2022 r.

Programy te prowadzone są w 62 ośrodkach w całym kraju, przy czym program B.87 realizowany jest w 35 placówkach, natomiast B.135 w ponad 50.

Od 8 lat mamy możliwość leczenia pacjentów z idiopatycznym włóknieniem płuc w ramach programu lekowego. W tym czasie włączonych do programu zostało 3 200 chorych. W ośrodku, w którym pracuję – w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie – mamy rozpoczętych 437 programów i 192 aktywnie leczonych pacjentów – podsumowuje dr hab. Lewandowska.

Ilu pacjentów leczonych jest w ramach drugiego z programów? *Od momentu wprowadzenia mieliśmy w Polsce leczonych łącznie 952 pacjentów ze śródmiąższową chorobą płuc w przebiegu twardziny układowej oraz 981 pacjentów z postępującym włóknieniem płuc w związku z rozwojem choroby układowej tkanki łącznej, a także 650 pacjentów ze śródmiąższową chorobą płuc niezwiązaną z chorobą układową – z obszaru reumatologii wyniki przedstawia prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii.*

B.87 – leczenie IPF

Od stycznia 2017 roku

3200

osób włączonych



(do marca 2025 r.)

B.135 – leczenie ILD
inne niż IPF

Od lipca 2022 roku

2583

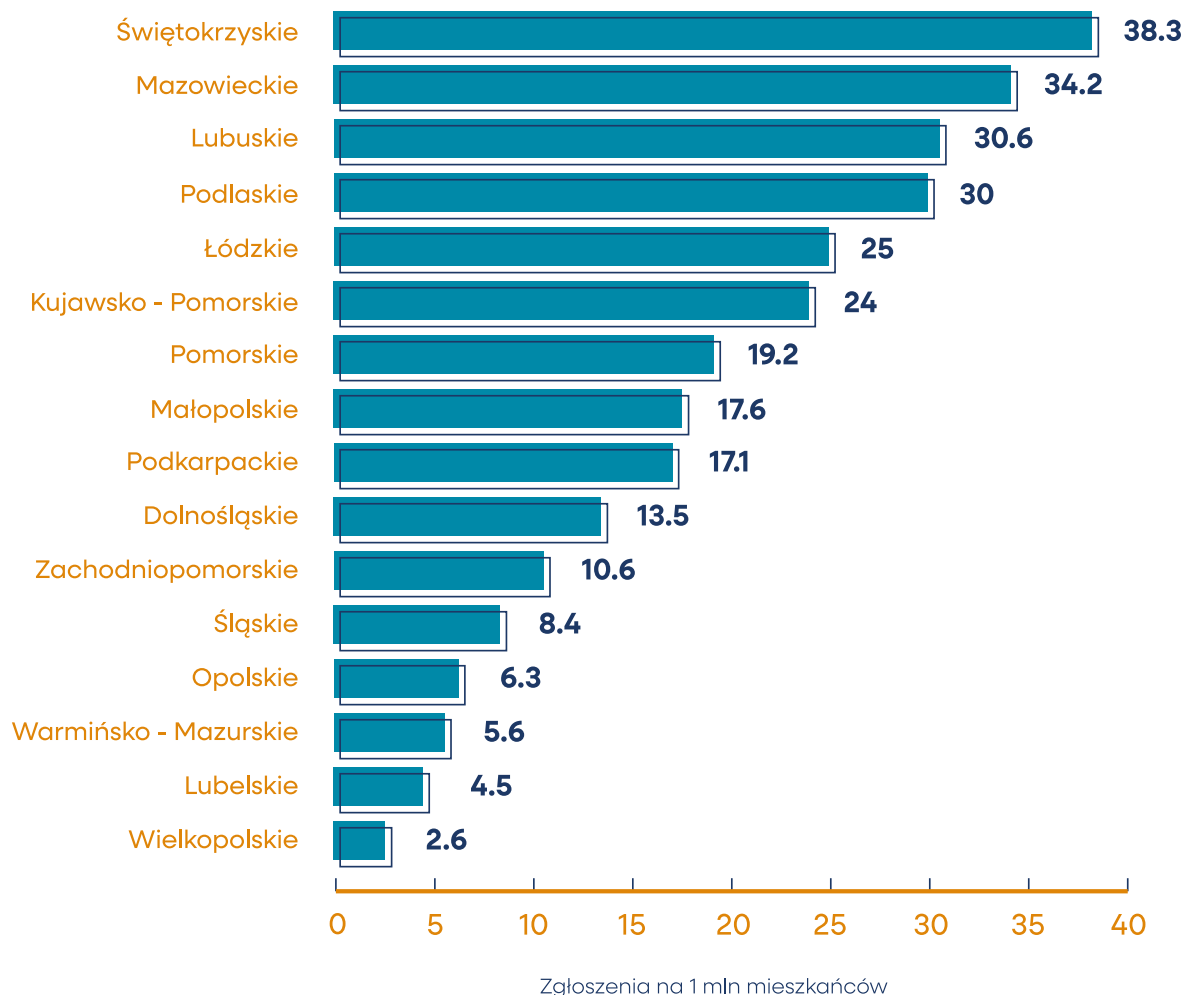
osób włączonych

³ http://akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2017/02/Geriatria-2016_2_06.pdf dostęp: 23.04.2025 r.

⁴ https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2017/02/Geriatria-2016_2_06.pdf str. 6

Analizując dane chorych zgłoszonych do programu B.135 w poszczególnych województwach, widać również, że sytuacja nie jest równomierna. W najgęściej zaludnionym województwie mazowieckim do programu zgłoszono 188 pacjentów, podczas gdy w województwie wielkopolskim zgłoszeń tych było zaledwie 9.

Aktywność zgłoszeń do programu B.135 wg województw
(Opracowanie własne, dane na koniec marca 2025 r.)



1.6. Gdzie jesteś pacjencie?

Porównując dane uwzględniające liczbę osób włączonych do obu programów lekowych z szacunkowymi wyliczeniami dotyczącymi wszystkich chorych w Polsce, widać, że wielu pacjentów nie jest objętych leczeniem. *Podczas kiedy w obu programach lekowych mamy do tej pory włączonych ok. 6 000 chorych, szacunki mówią o tym, że jest ich w Polsce znacznie więcej. Bez odnalezienia chorych nie będziemy w stanie ich efektywnie leczyć, dlatego też ważne jest połączenie sił ekspertów różnych*

specjalizacji, opiekujących się pacjentami z ILD na różnych poziomach oraz próba odnalezienia chorych – ocenia dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, konsultant krajowa w dziedzinie chorób płuc, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

Gdzie, zdaniem ekspertów, potencjalnie mogą znajdować się chorzy i co się z nimi dzieje?

- Są leczeni przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, bez właściwego skierowania

do ośrodka referencyjnego na pogłębioną diagnostykę.

- Czekają na przyjęcie do ośrodka referencyjnego.
- Są zagubieni w systemie, bez właściwego prowadzenia – poszukują pomocy u różnych specjalistów.
- Są obserwowani latami w celu „oceny dynamiki choroby” (do momentu, aż bywa za późno na leczenie).
- Umierają z powodu niewydolności serca lub niewydolności oddechowej, bez właściwej diagnozy i informacji na temat choroby podstawowej.

Mierzymy się z problemami systemowymi na różnych poziomach. Aby pacjent był dobrze prowadzony i leczony, musi być w pierwszej kolejności odnaleziony. Potrzebujemy zmian lub wzmocnienia już tych rozpoczętych i to na wielu poziomach: od edukacji samych pacjentów poprzez właściwe prowadzenie ich w systemie opieki zdrowotnej – podsumowuje dr Czajkowska-Malinowska.

Jakie zmiany zaszły w opiece nad pacjentami na przestrzeni ostatnich lat i z którego punktu należy obecnie wyjść, aby wpłynąć na poprawę opieki nad pacjentami z ILD?



2. Zmiany ostatnich lat



2.1. Perspektywa pulmonologiczna

Ostatnie lata przyniosły znaczące zmiany, które przyczyniają się do poprawy sytuacji osób ze śródmiąższowymi chorobami płuc. Rozpatrywać je można na kilku poziomach.

Edukacja

Świadomość pacjenta oraz lekarza ma ogromne znaczenie zarówno na początku drogi leczenia chorego, jak i na kolejnych etapach opieki nad nim. *Czasy pandemii zwróciły uwagę społeczną na zdrowie płuc, co daje podłoże do szerzenia wiedzy również w zakresie śródmiąższowych chorób płuc. Ważną rolę w tym procesie odgrywają kampanie społeczne, docierające bardzo precyzyjnie do osób najbardziej narażonych na rozwój choroby lub ich bliskich. Jedną z kampanii poruszających ten temat jest kampa-*

nia „Płuca Polski. Od kaszlu do włóknienia”, prowadzona już wiele lat, która nieustannie mówi o tym, jak zapobiegać rozwojowi chorób płuc i jakie objawy powinny skłonić chorego do działania – analizuje dr Czajkowska-Malinowska.

W ramach działań edukacyjnych kierowanych do społeczeństwa, przez ostatnie lata prowadzone i udostępniane przez organizacje pacjentów lub kampanie edukacyjne były:

- webinary w mediach społecznościowych
- infolinia dla pacjentów
- wydarzenia edukacyjne
- filmy instruktażowe z zakresu fizjoterapii oddechowej
- poradnik fizjoterapii oddechowej

Nie mniejszą rolę odgrywa edukacja lekarzy. Śródmiąższowe choroby płuc są chorobami rzadkimi, przez co wielu lekarzy, w trakcie swojej praktyki, może albo nie mieć szansy się z nimi spotkać, albo spotkania te są niezwykle rzadkie. W ramach działań edukacyjnych skierowanych do środowiska medycznego powstała więc „**Karta diagnostyczna pacjenta z podejrzeniem choroby śródmiąższowej płuc (ILD)**”, która wśród specjalistów pulmonologów promowana jest przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc. *Karta zawiera nie tylko szablon do wywiadu z pacjentem oraz informacje na temat śródmiąższowych chorób płuc, ale także listę ośrodków realizujących programy lekowe B.87 i B.135, aby móc pacjenta od razu skierować do odpowiedniego miejsca na leczenie* – uzupełnia dr Czajkowska-Malinowska. Analogiczne narzędzie zostało przygotowane we współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej dla lekarzy rodzinnych, do których w pierwszej kolejności trafiają pacjenci z objawami ILD. Obie karty:

- Są dostępne na stronach internetowych Towarzystw: Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej
- Promowane są
 - » podczas wydarzeń branżowych
 - » w mediach specjalistycznych docierających do lekarzy pulmonologów i rodzinnych
 - » w kanałach społecznościowych obu Towarzystw

Edukację na temat śródmiąższowych chorób płuc prowadzimy też bardzo intensywnie w ramach działań Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Podczas ostatniego kongresu PTChP (w 2024 r.) aż 4 sesje poświęcone były tym chorobom. Zależy nam, aby mówić o nich coraz więcej i szerzyć świadomość ich istnienia wśród

środowiska medycznego i lekarzy różnych specjalizacji. W 2024 roku odbyło się szczególne, w mojej ocenie, wydarzenie poświęcone ILD, a mianowicie konferencja zorganizowana przez młodych lekarzy, będących zaraz po studiach. Jest to niezwykle ważne i cieszy, że młode pokolenie przywiązuje tak dużą wagę do tych rzadkich i trudnych chorób – dodaje dr Czajkowska-Malinowska.

Dostęp do leczenia

W 2022 roku uruchomiony został kolejny program lekowy, rozszerzający dostęp do leków antyfibrotycznych, dzięki któremu druga grupa chorych na ILD (po pacjentach z IPF, objętych od 2017 roku programem lekowym B.87) ma dostęp do leczenia spowalniającego postęp choroby. Mowa o programie B.135 dla pacjentów ze śródmiąższową chorobą płuc w przebiegu twardziny układowej, do którego w 2023 roku dołączono też chorych na choroby śródmiąższowe płuc w przebiegu innych chorób układowych oraz ILD niezwiązane z chorobami układowymi, przebiegające z postępującym włóknieniem. *Jesteśmy w miejscu, gdzie mamy dostęp do leczenia, natomiast widzimy nierówności geograficzne w zakresie włączania do programów lekowych. Są miejsca na mapie Polski, gdzie widać, że pacjentów praktycznie nie ma. Umożliwienie równego dostępu do leczenia niezależnie od miejsca zamieszkania, jak również utworzenie szybkiej ścieżki leczenia pacjenta są to wyzwania do zaopiekowania na najbliższą przyszłość* – zaznacza dr hab. Lewandowska.

Wprowadzenie programów lekowych miało wpływ także na oddolne utworzenie interdyscyplinarnych zespołów składających się z pulmonologa, reumatologa i radiologa, opiekujących się pacjentami w placówkach, które owe programy realizują. *Są one niejako namiastką ośrodków referencyjnych, niestety nieobjętych dodatkowym finansowaniem, co należy w przyszłości zmienić* – dodaje dr Czajkowska-Malinowska.

Standardy leczenia

W 2022 roku opracowane zostały przez środowisko ekspertów pierwsze polskie wytyczne diagnostyki i leczenia śródmiąższowych chorób płuc przebiegających z włóknieniem o fenotypie postępującym, które uzupełniły wydane już w 2020 roku wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia chorych na IPF. Był to ważny krok ku ujednoliceniu ścieżki pacjenta i standardów leczenia ILD w Polsce. *Aby dokument ten stał się obowiązującymi standardami leczenia należy jeszcze wypracować standard organizacyjny, czyli mapę ośrodków referencyjnych. Jest to dla nas kolejny krok na drodze upowszechnienia wytycznych* – zaznacza dr Czajkowska-Malinowska.

Bardzo ważnym elementem leczenia nefarmakologicznego jest rehabilitacja oddechowa i tlenoterapia w zakresie możliwości finansowania przenośnego źródła tlenu. Ze względu na niską wycenę tego świadczenia mamy zarówno mało ośrodków je realizujących, jak i niskie zainteresowanie ze strony placówek do rozwoju w tym kierunku.

Dyskutowany jest projekt legislacji dot. rehabilitacji leczniczej, w tym rehabilitacji oddechowej, który będzie miał bezpośrednie przełożenie na opiekę nad chorymi z ILD. *Drugim, potrzebnym do stworzenia dokumentem jest model opieki nad pacjentem z niewydolnością oddechową. Wejście w życie obu dokumentów pozwoliłoby znacząco poprawić sytuację chorych na ILD* – podkreśla dr Czajkowska-Malinowska.

2.2. Perspektywa reumatologiczna

W ostatnich latach zaobserwować można rosnącą świadomość znaczenia śródmiąższowych chorób płuc (ILD) w przebiegu chorób reumatycznych. Wprowadzenie programów lekowych, takich jak wspomnianego już wcześniej B.135, umożliwiło objęcie leczeniem pa-

cjentów z ILD współistniejącym z chorobami autoimmunologicznymi, w tym twardziną układową (SSc), zespołem Sjögrena czy reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS). Mimo to praktyka kliniczna pokazuje, że skuteczność tych rozwiązań ograniczana jest przez szereg barier systemowych i diagnostycznych.

Program lekowy – potencjał i ograniczenia

Program B.135, uruchomiony w lipcu 2022 roku, objął do marca 2025 r. łącznie 2 583 pacjentów, w tym:

- 952 osoby z ILD w przebiegu twardziny układowej,
- 981 pacjentów z postępującym włóknieniem płuc w przebiegu innych chorób układowych tkanki łącznej,
- 650 pacjentów z ILD niezwiązaną z chorobą układową.

Pomimo objęcia programem B.135 łącznie 2583 pacjentów (statystyki od momentu uruchomienia programu do marca 2025), dane wskazują również na istotny odsetek przypadków, w których leczenie nie mogło zostać rozpoczęte lub musiało zostać zakończone. W grupie pacjentów z twardziną układową odrzucono 34 wnioski kwalifikacyjne, a u 176 osób program zakończono – najprawdopodobniej z powodu działań niepożądanych lub braku skuteczności terapii. W przypadku pacjentów z innymi chorobami układowymi odrzucono 37 wniosków, a 72 programy zakończono przedwcześnie.

Uwagę zwracają rygorystyczne kryteria kwalifikacyjne – w tym obowiązek spełnienia wszystkich wymogów formalnych – ograniczające dostępność leczenia. Przykładowo, brak jednego z badań (np. przeciwciał anty-CCP) może skutkować odrzuceniem wniosku, mimo że nie zawsze jest ono klinicznie uzasadnione. W efekcie część pacjentów musi być leczona w ramach procedury RDTL, czyli ratunkowego

dostępu do technologii lekowych, co dodatkowo wydłuża czas do rozpoczęcia terapii.

Choroby reumatyczne a ILD – niedoszacowana skala problemu

Śródmiąższowe choroby płuc stanowią istotne powikłanie wielu zapalnych chorób reumatycznych, często wpływając na rokowanie i jakość życia pacjentów. Dane przedstawione przez ekspertów wskazują, że:

- Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) – najczęstsza zapalna choroba reumatyczna w populacji europejskiej i światowej – wiąże się z występowaniem ILD u około 10% pacjentów. Co istotne, aż 60% tych przypadków ma znaczenie kliniczne, co oznacza, że zmiany w płucach są objawowe i wpływają na funkcjonowanie chorego.
- Zespół Sjögrena – zmiany śródmiąższowe występują u około 20% pacjentów.

- Mieszana choroba tkanki łącznej (MCTD) – choć rzadsza, to aż w 68% przypadków towarzyszą jej zmiany śródmiąższowe w płucach.
- ILD obserwuje się również w przebiegu zapalenia skórno- i wielomięśniowego, toczenia rumieniowatego układowego, zapaleń naczyń, a także w rzadziej występującej chorobie Stilla.

Na podstawie wspólnej analizy przeprowadzonej z Departamentem Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia oszacowano, że w Polsce żyje co najmniej 262 265 pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Opierając się na danych literaturowych, eksperci szacują, że około 3%⁵ z nich może mieć ILD z postępującym włóknieniem (PF-ILD), co przekładałoby się w Polsce na 7 868 osób. Co istotne, aż 60% przypadków z tymi zmianami ma znaczenie kliniczne. Jednak rzeczywista liczba chorych na PF-ILD



5 Denis, A., Henket, M., Ernst, M., Maes, N., Thys, M., Reginster, C., Malaise, O., Frixi, A.-N., Gestierl, F., Desiré, C., Meunier, P., Louis, R., Malaise, M., & Guiot, J. (2020). Progressive fibrosing interstitial lung disease in rheumatoid arthritis: A retrospective study. *Frontiers in Medicine*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2020.XXXXXX>

może być wyższa, ponieważ dane nie obejmują pacjentów leczonych poza systemem publicznym ani tych, u których choroba nie została jeszcze rozpoznana. Mimo to, liczba aktywnie leczonych pacjentów z tej grupy pozostaje niewielka, co może świadczyć o niedostatecznym rozpoznawaniu choroby. – *Nadal bardzo często reumatolodzy koncentrują się głównie na objawach stawowych, marginalizując symptomy płucne. Tymczasem dane literaturowe wskazują, że to właśnie zmiany śródmiąższowe w płucach są obecnie główną przyczyną zgonów wśród pacjentów z RZS, wyprzedzając nawet choroby sercowo-naczyniowe* – podkreśla prof. Kwiatkowska.

Potrzeba zmian systemowych i edukacyjnych

W świetle powyższych danych konieczne staje się nie tylko uproszczenie procedur kwalifikacyjnych do programów lekowych, ale również intensyfikacja działań edukacyjnych wśród reumatologów. Zwiększenie czułości diagnostycznej i lepsze zrozumienie powiązań między chorobami układowymi a ILD pozwoli na wcześniejsze rozpoznanie i skuteczniejsze leczenie tej grupy pacjentów.

2.3. Status realizacji rekomendacji z raportu z 2022 roku



działanie zrealizowane



działanie w toku



działanie niezrealizowane



Edukacja środowiska medycznego oraz społeczeństwa i pacjentów w zakresie objawów śródmiąższowych chorób płuc oraz zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.



Stworzenie ośrodków referencyjnych wraz z interdyscyplinarnymi zespołami lekarzy w każdym województwie z odpowiednim zapleczem diagnostyczno-terapeutycznym dla chorych na śródmiąższową chorobę płuc.



Zapewnianie dostępu do nowoczesnych terapii.



Ustanowienie możliwości leczenia w oparciu o rekomendacje ekspertów.



Rozszerzenie i stworzenie szerokiego dostępu do rehabilitacji oraz tlenoterapii dla chorych.



Opracowanie polskich rekomendacji dot. leczenia śródmiąższowej choroby płuc i wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia postępującego włóknienia w przebiegu śródmiąższowych chorób płuc, innych niż IPF.



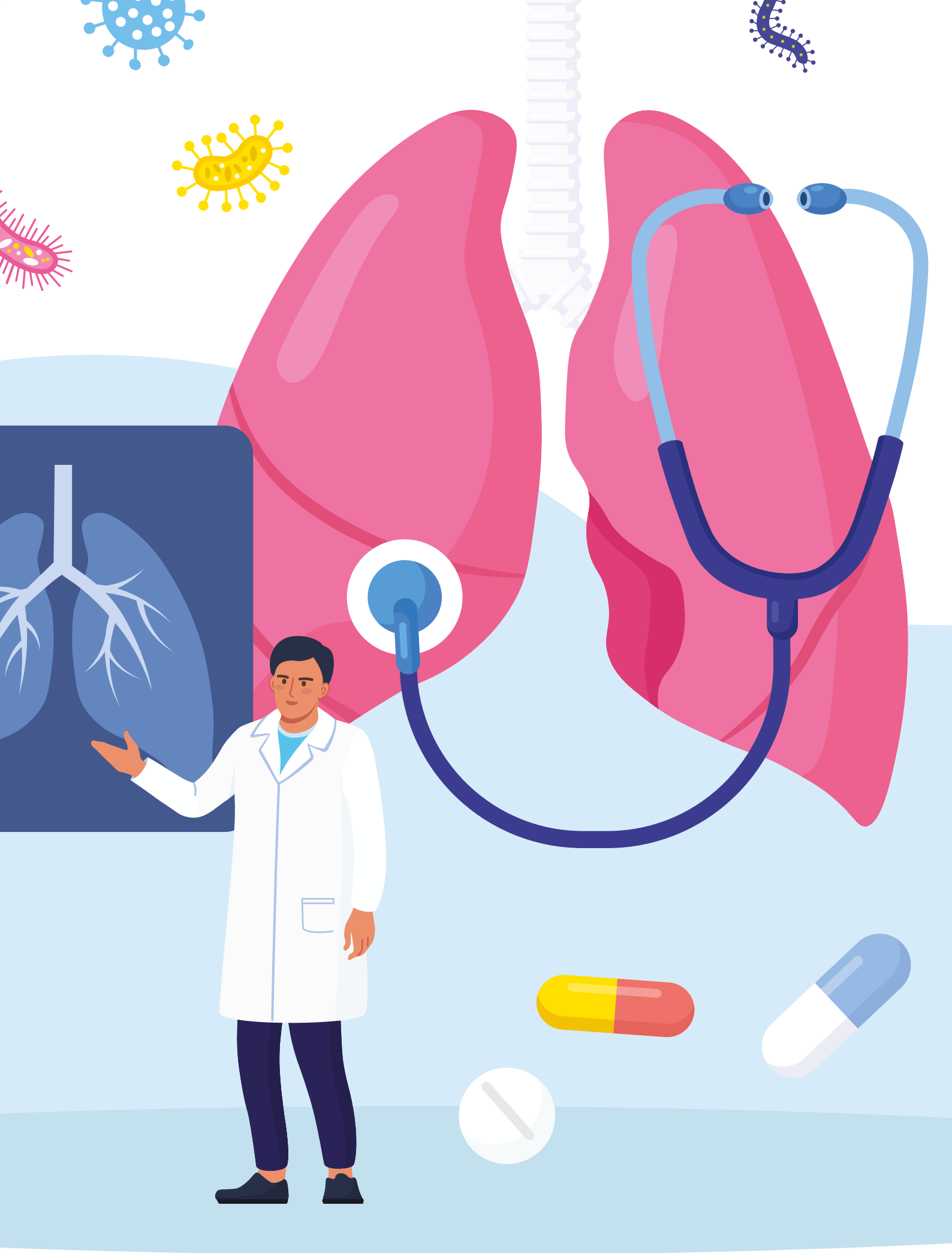
Przyjęcie powyższej wspomnianych rekomendacji wraz z wytycznymi dot. leczenia IPF przez Ministerstwo Zdrowia, jako obowiązujących standardów.



Utworzenie szybkiej ścieżki leczenia dla pacjentów.



Zapewnienie pacjentom dodatkowego wsparcia specjalistycznego z obszarów m.in. psychologii, fizjoterapii czy dietetyki, a także opieki paliatywnej.



3. Niezaspokojone potrzeby w obszarze ILD

Komentarze ekspertów



3.1. **Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii**

Z perspektywy reumatologa, który od lat zajmuje się pacjentami z chorobami autoimmunologicznymi, z pełnym przekonaniem mogę powiedzieć, że śródmiąższowe choroby płuc

(ILD) w przebiegu chorób reumatycznych to jedno z największych wyzwań diagnostycznych i terapeutycznych, z jakimi mierzymy się w naszej codziennej praktyce. Mimo postępu w zakresie leczenia i dostępności programów lekowych, wciąż zbyt wielu pacjentów pozostaje niezdiagnozowanych lub rozpoczyna terapię zbyt późno. Odpowiedzialnych jest za to kilka elementów.

Jednym z kluczowych problemów jest niedoszacowanie skali zjawiska występowania ILD. W samym reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS), które jest najczęstszą zapalną chorobą tkanki łącznej, zmiany śródmiąższowe w płucach występują nawet u 10% pacjentów. Podobnie jest w innych jednostkach – zespole Sjögrena, zapaleniach mięśni, twardzinie układowej. To oznacza, że tysiące pacjentów w Polsce może wymagać specjalistycznej opieki pulmonologicznej. Tymczasem wielu z nich nie jest nawet świadomych zagrożenia.

W tej sytuacji priorytetowe znaczenie ma wczesne wykrywanie ILD. Potrzebne jest opracowanie i wdrożenie rekomendacji dla reumatologów, dotyczących diagnostyki i postępowania w przypadku podejrzenia ILD – kiedy kierować pacjenta na badania obrazowe, jakie objawy powinny wzbudzić czujność, jak interpretować wyniki. W tym kontekście niezwykle ważne jest wzmocnienie współpracy z pulmonologami i stworzenie wspólnych standardów postępowania. Tylko interdyscyplinarne podejście pozwoli nam skutecznie identyfikować pacjentów zagrożonych włóknieniem płuc.

Kolejnym wyzwaniem są ograniczenia programów lekowych. Obecne kryteria kwalifikacji nie pozwalają na leczenie pacjentów, którzy nie spełniają wszystkich formalnych wymogów, mimo że klinicznie mogliby odnieść korzyść z zastosowanej terapii. Dlatego potrzebne są zarówno większa elastyczność, jak i zaufanie do decyzji lekarza prowadzącego. Wnioski dotyczące leczenia nie powinny być odrzucane z powodu braku jednego parametru, zwłaszcza gdy chodzi o choroby rzadkie i trudne diagnostycznie. Na tegorocznej Konferencji EULAR (European League Against Rheumatism) przedstawiono, opracowane razem z pulmonologami, nowe standardy diagnostyki i monitorowania zmian śródmiąższowych w płucach w przebiegu ILD. Zgodnie z najnowszymi standardami część badań znajdujących się w kryteriach kwalifikacji do programów lekowych, jest nieaktualna.

Ważnym aspektem jest również finansowanie i organizacja opieki. Ośrodki, które prowadzą programy lekowe, muszą mieć odpowiednie wsparcie – zarówno kadrowe, jak i administracyjne. W wielu miejscach brakuje personelu, a lekarze są przeciążeni obowiązkami biurokratycznymi. Potrzebujemy lepszej wyceny świadczeń, wsparcia asystentów medycznych i pielęgniarek specjalistycznych, które mogłyby odciążyć lekarzy i poprawić jakość opieki.

I na koniec – nie możemy zapominać o edukacji pacjentów, a także lekarzy, szczególnie

w zakresie wczesnych objawów i znaczenia diagnostyki obrazowej. Dlatego tak ważna jest także współpraca ze stowarzyszeniami pacjenckimi i prowadzenie kampanii informacyjnych, które zwiększą świadomość i zachęcą do wczesnej diagnostyki.

Podsumowując, aby poprawić sytuację pacjentów z ILD w przebiegu chorób reumatycznych, należy:

- Opracować i wdrożyć rekomendacje dla reumatologów dotyczące diagnostyki i postępowania w przypadku podejrzenia ILD.
- Zliberalizować kryteria kwalifikacji do programów lekowych, umożliwiając leczenie pacjentów, którzy nie spełniają wszystkich formalnych wymogów, ale mają wskazania kliniczne.
- Zwiększyć finansowanie i wsparcie organizacyjne ośrodków prowadzących leczenie chorób śródmiąższowych płuc, w tym zatrudnienie asystentów medycznych i pielęgniarek ILD.
- Zintensyfikować edukację pacjentów i lekarzy, szczególnie w zakresie wczesnych objawów i znaczenia diagnostyki obrazowej.
- Wzmocnić współpracę interdyscyplinarną między reumatologami, pulmonologami i organizacjami pacjenckimi.

Jako środowisko reumatologiczne jesteśmy gotowi do działania. Potrzebujemy jednak systemowego wsparcia, które pozwoli nam skutecznie pomagać pacjentom z włóknieniem płuc i zapobiegać powikłaniom.





3.2. Dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, konsultant krajowa w dziedzinie chorób płuc, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

Z satysfakcją obserwuję postęp, jaki dokonał się w ostatnich latach w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami śródmiąższowymi płuc. Powstały programy lekowe, opracowano krajowe rekomendacje terapeutyczne, a środowisko medyczne coraz aktywniej angażuje się w edukację i współpracę interdyscyplinarną. Jednak mimo tych osiągnięć, wiele wyzwań pozostaje nierozwiązanych – szczególnie w obszarze organizacji opieki, dostępności terapii i koordynacji działań między poziomami systemu ochrony zdrowia.

Jednym z kluczowych postulatów pozostaje edukacja środowiska medycznego oraz pacjentów. Dzięki inicjatywom, takim jak Polska Koalicja Zdrowe Płuca czy Kampania „Płuca Polski. Od kaszlu do włóknienia” udało się stworzyć narzędzia wspierające diagnostykę, m.in. „Karty diagnostyczne pacjenta z podejrzeniem śródmiąższowych chorób płuc (ILD)” dla pulmonologów i lekarzy POZ. Te wartościowe materiały wciąż wymagają szerszego upowszechnienia i aktywnego wdrażania w praktyce klinicznej. Współpraca z lekarzami rodzinnymi, w tym z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej, daje nadzieję na skuteczniejsze „wylapywanie” pacjentów we wczesnych stadiach choroby.

Kolejnym istotnym krokiem było opracowanie i publikacja polskich rekomendacji dotyczących leczenia chorób śródmiąższowych płuc. Dokument ten, choć merytorycznie kompletny, nie został jednak wciąż formalnie przyjęty, jako obowiązujący standard, przez Ministerstwo Zdrowia. W mojej ocenie, jego usankcjonowanie oraz dodatkowe opracowanie standardów organizacyjnych dla ośrodków referencyjnych powinno być priorytetem – szczególnie w kontekście trwających prac nad nowymi ścieżkami pacjenta i rewizją programów lekowych.

Muszę podkreślić, że bardzo niepokoją nas także nierówności w dostępie do leczenia – zarówno na poziomie województw, jak i w obrębie samych programów. W niektórych regionach, takich jak zachodniopomorskie, opolskie czy warmińsko-mazurskie, liczba pacjentów objętych terapią jest bardzo niska. Może to wskazywać na braki kadrowe, ale też na potrzebę stworzenia mechanizmów wsparcia dla tych ośrodków – być może poprzez współpracę międzyregionalną lub mobilne zespoły diagnostyczne.

Dla poprawy jakości opieki nad chorymi na ILD konieczne jest także zwiększenie dostępu do rehabilitacji oddechowej i tlenoterapii. Pacjenci potrzebują nie tylko koncentratorów tlenu, ale również jego przenośnych źródeł, które umożliwią im zachowanie aktywności i uczestniczenie w życiu społecznym. Równie istotne jest zapewnienie transportu medycznego dla osób z zaawansowaną niewydolnością oddechową – obecnie wielu z nich nie ma realnej możliwości dotarcia do ośrodków specjalistycznych.

Nie możemy też zapominać o opiece paliatywnej, obszarze wciąż niedostatecznie rozwiniętym w kontekście chorób płuc. Pacjenci i ich bliscy potrzebują wsparcia, tak samo medycznego, jak i psychologicznego oraz informacyjnego, szczególnie w końcowych etapach choroby. Zapewnienie właściwego, systemowego podejścia do opieki, edukacja oraz zrozumienie i empatia stają się nie tylko wyzwaniem, ale i moralnym obowiązkiem.

Posiadamy już narzędzia, wiedzę i zaangażowanie środowiska. Teraz potrzebujemy determinacji, by wdrożyć te rozwiązania w sposób spójny, zintegrowany i dostępny dla każdego pacjenta – niezależnie od miejsca zamieszkania czy etapu choroby. Tylko wtedy możemy mówić o rzeczywistej poprawie jakości życia chorych na śródmiąższowe choroby płuc.



**3.3. Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Piotrowski, Klinika
Pneumonologii, II Katedra Chorób
Wewnętrznych Uniwersytetu
Medycznego w Łodzi**

System opieki nad pacjentami ze śródmiąższowymi chorobami płuc wciąż wymaga głębokich zmian, nawet pomimo istotnych postępów, jakie zaszły w zakresie diagnostyki i terapii tego schorzenia. Kluczowe wyzwania dotyczą nie tylko dostępności do leczenia, ale przede wszystkim organizacji ścieżki pacjenta, edukacji środowiska medycznego oraz równomiernego rozmieszczenia zasobów.

Pierwszym i fundamentalnym krokiem powinna być reorganizacja ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej. W przypadku pacjentów objawowych – a więc tych, którzy zgłaszają się z dusznością, kaszlem czy spadkiem wydolności – ścieżka powinna być szybka, przejrzysta i oparta na współpracy między POZ, AOS, czyli ambulatoryjną opieką specjalistyczną, i ośrodkami referencyjnymi. Niestety, obecnie pacjenci

często „utykają” na poziomie poradni pulmonologicznej, gdzie są leczeni latami, bez postawienia właściwego rozpoznania. Poza tym, kolejki i niedobór specjalistów sprawiają, że wielu chorych rozpoczyna leczenie zbyt późno, a czas w ILD ma kluczowe znaczenie.

W przypadku pacjentów bezobjawowych – szczególnie tych z chorobami reumatologicznymi – niezbędne jest wdrożenie aktywnego skriningu. Dlatego reumatolodzy powinni mieć dostęp do narzędzi diagnostycznych, takich jak badania czynnościowe płuc i tomografia komputerowa, a także do wsparcia pulmonologicznego. W tym kontekście konieczne jest doposażenie ośrodków reumatologicznych oraz stworzenie standardów współpracy interdyscyplinarnej.

Kolejnym wyzwaniem jest edukacja środowiska medycznego – zarówno pulmonologów, jak i lekarzy POZ. Wciąż zbyt wielu specjalistów nie rozpoznaje ILD na czas, a pacjenci są kierowani do leczenia zbyt późno lub z błędnym rozpoznaniem. Potrzebujemy intensywnych szkoleń, kolejnych praktycznych narzędzi, np. na wzór istniejącej „Karty diagnostycznej pacjenta z podejrzeniem śródmiąższowej choroby płuc (ILD)”, oraz integracji tych narzędzi z systemami gabinetowymi. Tylko wtedy lekarz rodzinny, który zwykle jako pierwszy konsultuje pacjenta, będzie mógł skutecznie identyfikować chorych wymagających dalszej, pilnej konsultacji specjalistycznej.

Niepokojące są również dane dotyczące nierównomiernego rozmieszczenia ośrodków referencyjnych w kraju. Ponadto w niektórych województwach liczba zgłoszeń do programów lekowych jest niezwykle niska. To sygnał, że potrzebujemy nie tylko większej liczby ośrodków, ale także ich standaryzacji, która pozwoli na to, aby każdy pacjent w Polsce miał równy dostęp do wysokiej jakości diagnostyki i leczenia.

Wreszcie, nie możemy zapominać o rehabilitacji – kluczowym, a niestety często pomijanym elemencie opieki nad pacjentami z ILD. Obecnie dostęp do pełnowymiarowej rehabilitacji odde-

chowej, m.in. do przynoszących największe korzyści trzytygodniowych turnusów, jest skrajnie ograniczony przez brak odpowiedniego finansowania, adekwatnego do potrzeb pacjentów.

Nie mam wątpliwości, że działając wspólnie – jako środowisko medyczne, organizacje pacjenckie i decydenci – możemy zapewnić pacjentom zILD opiekę, na jaką zasługują. Ważne jednak, aby do tego tematu podejść kompleksowo, koncentrując się na wprowadzeniu szeregu systemowych zmian: lepszego finansowania, zwiększenia liczby ośrodków i wdrożenia standardów opieki rehabilitacyjnej, które to realnie poprawiają jakość życia pacjentów.



3.4. Dr hab. n. med. Katarzyna Lewandowska, I Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Z perspektywy pulmonologa, który na co dzień zajmuje się pacjentami z chorobami śródmiąższowymi płuc, muszę stwierdzić, że mimo postępu zachodzącego w obszarze diagnostyki i leczenia, systemowa opieka nad tą grupą chorych wciąż pozostawia wiele do życzenia.

Jednym z najpilniejszych wyzwań jest brak szybkiego dostępu do ośrodków specjalistycznych. Obecnie czas oczekiwania na pierwszorazową wizytę w poradni pulmonologicznej może wynosić nawet kilkanaście miesięcy. Jest to sy-

tuacja nieakceptowalna w przypadku chorób, które mają potencjalnie śmiertelny przebieg, a do takiej grupy zalicza się właśnie ILD. Jednak przy odpowiednio wczesnym rozpoznaniu i leczeniu można znacząco wydłużyć życie pacjenta i poprawić jego jakość, dlatego należałoby zrobić wszystko, aby chory tę szansę otrzymał.

Dobrym rozwiązaniem byłoby także wyodrębnienie, w ramach poradni pulmonologicznych, dedykowanych poradni chorób śródmiąższowych płuc oraz stworzenie formalnej, szybkiej ścieżki diagnostycznej dla pacjentów z podejrzeniem ILD – analogicznie do rozwiązań funkcjonujących w onkologii. Takie podejście nie tylko zwiększy efektywność diagnostyki, ale również pozwoli lepiej wykorzystać zasoby ośrodków referencyjnych.

Drugim istotnym problemem jest niedostateczna widoczność chorób śródmiąższowych płuc w ramach Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich. Obecnie dokument ten jest zdominowany przez perspektywę pediatryczną, co sprawia, że potrzeby dorosłych pacjentów z rzadkimi chorobami płuc są marginalizowane. Tymczasem ILD to nie tylko choroby rzadkie, ale również trudne w rozpoznaniu i wymagające interdyscyplinarnego podejścia. Dlatego wydaje się, że wręcz konieczne jest uwzględnienie tej grupy pacjentów w planach strategicznych NFZ i Ministerstwa Zdrowia – zarówno dot. finansowania, jak i organizacji ścieżki opieki.

Na koniec muszę powiedzieć o dostępie do rehabilitacji pulmonologicznej – często pomijanym, a niezwykle ważnym elemencie leczenia. Obecnie pacjenci zILD praktycznie nie mają możliwości skorzystania z kompleksowej rehabilitacji, mimo że istnieją jednoznaczne dane wskazujące, że poprawia ona nie tylko jakość życia, ale zwiększa również długość jego trwania. Dlatego chorzy powinni być kierowani na turnus rehabilitacyjny już na etapie rozpoznania – tak jak dzieje się to w przypadku pacjentów po udarze czy złamaniu. To inwestycja, która przyniosłaby wymierne korzyści zdrowotne i ekonomiczne.



3.5. Dr n. med. Aleksander Biesiada, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Jestem przekonany, że wzmacnianie roli lekarza POZ w systemie może przyczynić się do poprawy sytuacji chorych na śródmiąższowe choroby płuc. W końcu to właśnie lekarze rodzinni każdego dnia spotykają się z pacjentami będącymi na pierwszym etapie swojej ścieżki diagnostycznej. Szczęśliwie mamy do dyspozycji narzędzia, które – przy odpowiednim wsparciu edukacyjnym i organizacyjnym – mogą przyspieszyć rozpoznanie i skierowanie pacjenta do właściwego specjalisty dziedzinnego, co ma kluczowe znaczenie przy omawianym schorzeniu.

Kluczowym, dla powodzenia diagnostyki schorzeń takich jak ILD, jest edukacja lekarzy rodzinnych. Samo wprowadzenie nowych badań do koszyka świadczeń POZ czy budżetu powierzonego nie wystarczy. Jeśli lekarz nie wie, kiedy i jak z nich korzystać, nie będzie ich zlecał. Potrzebujemy zatem szeroko zakrojonych działań edukacyjnych – szkoleń, webinarów, materiałów praktycznych – które pokażą, jak wykorzystywać dostępne narzędzia diagnostyczne, takie jak tomografia komputerowa czy spirometria, w kontekście podejrzenia ILD.

Ważne jest też uproszczenie i ustandaryzowanie ścieżki diagnostycznej. Lekarz POZ po-

winien mieć jasne wytyczne, kiedy kierować pacjenta do specjalisty dziedzinnego, jakie badania wykonać wcześniej i jakie informacje zawrzeć w skierowaniu, by pomogło ono w optymalizacji ścieżki pacjenta. Mimo, że POZ nie odpowiada bezpośrednio za wdrożenie leczenia, świadomość na temat nowoczesnego i optymalnego leczenia ILD powinna być budowana także w tej grupie klinicystów. W tym kontekście ogromną wartość ma „Karta diagnostyczna pacjenta z podejrzeniem choroby śródmiąższowej płuc (ILD)” – narzędzie, które warto zintegrować z oprogramowaniem gabinetowym, tak aby lekarz miał do niej dostęp w czasie rzeczywistym, bez konieczności szukania dodatkowych materiałów.

Warto również rozważyć przeniesienie niektórych badań, takich jak spirometria, z budżetu opieki koordynowanej do diagnostycznego budżetu powierzonego. Pozwoliłoby to na jej szersze wykorzystanie w praktyce POZ, niezależnie od realizacji modelu opieki koordynowanej w danym POZ. To rozwiązanie zdecydowanie zwiększyłoby dostępność diagnostyki i skróciło czas oczekiwania na rozpoznanie, choć znów wiąże się z zadaniami edukacyjnymi – zwłaszcza w kontekście przeprowadzenia wysokojaściowej spirometrii.

Kolejnym aspektem jest wykorzystanie nowych narzędzi systemowych, takich jak program „Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”. To doskonała okazja, aby w ramach profilaktyki identyfikować pacjentów z grup ryzyka – np. palaczy po 50. roku życia – i kierować ich na odpowiednie badania. Warto, by lekarze POZ byli świadomi, że tomografia komputerowa (dostępna z poziomu POZ przy określonych wskazaniach) może służyć nie tylko do wykrywania raka płuca, ale również do identyfikacji zmian śródmiąższowych.

Nie możemy też zapominać o barierach związanych z obecnym modelem finansowania badań w POZ, który często zniechęca do ich zlecania. Potrzebujemy bardziej elastycz-

nego i prorozwojowego podejścia ze strony płatnika, by wspierać rozwój diagnostyki, a nie ją ograniczać.

Z pełną odpowiedzialnością mogę potwierdzić, jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, że jesteśmy gotowi do współpracy i wdrażania rozwiązań dla poprawy sytuacji pacjentów z ILD. Potrzebujemy jednak jasnych wytycznych, odpowiedniego wsparcia i partnerskiego podejścia ze strony decydentów. Tylko wtedy możemy skutecznie wspierać pacjentów w ich drodze do diagnozy i leczenia.



3.6. Mgr spec. fizjoterapii Agata Gładzka – Pracownia Rehabilitacji, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Od lat pracuję z pacjentami chorującymi na śródmiąższowe choroby płuc, w tym włóknienie płuc. Często pacjenci ci nie zdają sobie sprawy z tego, jak niezwykle ważną rolę odgrywa rehabilitacja oddechowa, przez co ją bagatelizują. Mimo że dzięki aktywnościom, takim jak Kampania „Płuca Polski. Od kaszlu do włóknienia” świadomość rośnie, nadal jest ona zbyt niska – zarówno wśród samych chorych, jak i w ich

najbliższym otoczeniu. Celowo wspomniałam o osobach z najbliższego otoczenia pacjenta, gdyż ich rola w motywowaniu, a czasami i pilnowaniu regularności czy poprawności wykonywanych ćwiczeń, jest nie do przecenienia. Musimy zatem konsekwentnie mówić o bezwzględnie ważnej roli, jaką odgrywa rehabilitacja oddechowa w terapii pacjenta ze śródmiąższową chorobą płuc. Komunikat ten powinien być przekazywany zarówno przez kampanie edukacyjne, jak i lekarzy prowadzących, ale też innych pacjentów, psychologów i całe bliższe lub dalsze otoczenie chorego. Oznacza to współpracę oraz mówienie wspólnym głosem przez wszystkich, mających wpływ na chorego.

W ośrodku, w którym pracuję, mam szczęście do pracy z zespołem medycznym, który doskonale rozumie znaczenie wymiany informacji i pracy interdyscyplinarnej. Niestety, w wielu innych placówkach, jak donoszą moi koledzy z branży, ta współpraca wciąż bywa niewystarczająca. Apeluję zatem o wzmacnianie relacji między lekarzami a fizjoterapeutami, byśmy mogli skutecznie wspierać pacjentów na każdym etapie leczenia.

Pragnę też zwrócić uwagę na pilną potrzebę opracowania polskich wytycznych dotyczących rehabilitacji oddechowej dla pacjentów z włóknieniem płuc. Opublikowane niedawno badania⁶ potwierdzają wysoką skuteczność tej formy rehabilitacji w poprawie komfortu życia pacjentów z chorobami śródmiąższowymi. Standaryzacja i wypracowanie wspólnych schematów postępowania pomogłyby zapewnić spójność opieki niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. Z dużym zaangażowaniem współtworzę obecnie Sekcję Fizjoterapii Oddechowej. Widzimy ogromne zainteresowanie tematem – nie tylko wśród fizjoterapeutów, ale także lekarzy. To środowisko mogłoby stać się przestrzenią do

6 Impact of pulmonary rehabilitation on survival in people with Interstitial lung disease. Dowman LM, Vainshelboim B, Holland AE. Chest. 2025 Jan 11:S0012-3692(25)00005-4. doi: 10.1016/j.chest.2025.01.001. Online ahead of print. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39805518/>

wypracowania praktycznych, dostosowanych do polskich realiów standardów. Takie działania to krok w stronę lepszej, bardziej skutecznej opieki nad pacjentami z włóknieniem płuc.

Ostatnią rzeczą, którą należy podkreślić i wymaga moim zdaniem pilnych zmian, są bariery systemowe, które ograniczają dostęp do rehabilitacji. Obowiązujące obecnie minimum sześciotygodniowego cyklu rehabilitacyjnego, choć zgodne z wytycznymi, w praktyce bywa trudne do realizacji ze względu na niedofinansowanie programów i niewystarczającą liczbę ośrodków. Finalnie pacjenci albo nie korzystają zupełnie z tej formy terapii (z uwagi na brak właściwego ośrodka w pobliżu ich miejsca pobytu), albo czekają bardzo długo na włączenie do programu lub też korzystają z niego w ograniczony sposób. To alarmujący sygnał, który powinien skłonić decydentów do refleksji nad systemowymi zmianami w finansowaniu tej formy leczenia.

Podsumowując, w trosce o jak najlepszą opiekę nad pacjentami zILD należałoby, z czym zgadzają się nie tylko fizjoterapeuci, ale też specjaliści z obszaru leczenia chorób płuc, zdecydowanie zwiększyć dostępność fizjoterapii pulmonologicznej. Jest to możliwe poprzez rzetelną wycenę świadczeń, zaimplementowanie i ujednolicenie już istniejących programów rehabilitacji dedykowanych pacjentom z chorobami śródmiąższowymi z uwzględnieniem potrzeb polskiego systemu opieki zdrowotnej, a także stworzenie nowych ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej oraz zwiększenie świadomości dotyczącej rehabilitacji wśród pacjentów.



3.7. **Agnieszka Pilewska-Ślęczko,** **prezes Polskiego Towarzystwa** **Wspierania Chorych na** **Włóknienie Płuc**

Jestem głęboko przekonana, że wspólnymi, połączonymi siłami całego środowiska opiekującego się pacjentami ze śródmiąższowymi chorobami płuc, jesteśmy w stanie realnie wpłynąć na poprawę jakości ich życia. Z perspektywy chorego czy jego bliskich, często widać bowiem niuanse i problemy, które dla osób zdrowych, nie znających danego schorzenia, są naturalnie niezauważalne. To istotna kwestia, którą należy podkreślić, gdyż właśnie z punktu widzenia decydenta sytuacja chorych na przestrzeni ostatnich lat uległa dużej poprawie. Istnieją programy lekowe, dające dostęp do nowoczesnego leczenia, spowalniającego rozwój choroby. Bardzo nas to cieszy, jednak to, co my, jako pacjenci i bliscy czy opiekunowie osób chorych dodatkowo zauważamy, to równoczesny brak ciągłości i kompleksowości opieki. Braki rozwiązań systemowych niezwykle opóźniają podjęcie lub kontynuację terapii, co w sytuacji zaostrzenia choroby może stanowić realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Z naszego punktu widzenia kluczowa jest także zintegrowana, holistyczna opieka łącząca kilka obszarów: pulmonologię, reumatologię, opiekę psychologiczną i rehabilitację. W tym momencie, aby zapewnić dostęp do wszystkich nie-

zbędnych świadczeń, często musimy sięgać po rozwiązania na własną rękę, realizując je całkowicie prywatnie.

Znaczenie dla zdrowia chorych na ILD ma także rehabilitacja oddechowa, w której często pokładamy duże nadzieje. Dlatego jako Towarzystwo oferujemy rehabilitację w formie online, jednak głosy naszych podopiecznych jasno wskazują, że to nie wystarcza. Pacjenci potrzebują regularnych, najlepiej kilkutygodniowych turnusów rehabilitacyjnych, które będą mogły realnie przyczynić się do poprawy ich komfortu. Takie działania naprawdę przynoszą efekty, co potwierdzają wypowiedzi zarówno lekarzy, jak i samych pacjentów.

Istnieje jeszcze jeden obszar, istotny z punktu widzenia chorych na ILD, wymagający usprawnienia. Jest nim opieka końca życia, czyli dostęp do opieki paliatywnej. To niestety temat trudny, ale bardzo ważny. Wielu naszych pacjentów obawia się, co stanie się z nimi po zakończeniu możliwości korzystania z programu lekowego. Brakuje informacji, edukacji, a czasem także zrozumienia ze strony systemu. Potrzebujemy rozwiązań, które nie tylko poprawią komfort życia pacjentów, ale też pomogą im i ich bliskim godnie przejść przez ostatni etap choroby. Dlatego edukacja, empatia i systemowe podejście do opieki, to według mnie najważniejsze wyzwania, przed którymi dziś stoimy.



3.8. Violetta Zajk, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”

Z perspektywy organizacji pacjenckiej, która na co dzień wspiera osoby z zapalnymi chorobami tkanki łącznej, wyraźnie dostrzegam, że pacjenci, u których rozwinęła się również śródmiąższowa choroba płuc, wciąż napotykają liczne bariery systemowe. Dlatego naszym wspólnym celem powinno być nie tylko wsparcie chorych podążających ścieżką diagnostyczno-terapeutyczną i zapewnienie im dostępu do leczenia, ale przede wszystkim stworzenie systemu, który będzie dla pacjenta dostępny, zrozumiały i empatyczny.

Jednym z największych wyzwań pozostaje brak świadomości na temat ILD – zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu. Zbyt często pacjenci nie wiedzą, że mogą – a nawet powinni – otrzymać skierowanie na badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa, lub na konsultację specjalistyczną. Z drugiej strony, lekarze POZ nie zawsze odpowiednio wcześnie kierują pacjentów z objawami śródmiąższowych chorób płuc do specjalistów, próbując prowadzić leczenie we własnym zakresie.



Dlatego tak istotna jest edukacja prowadzona dwutorowo – wśród pacjentów i lekarzy. Potrzebujemy prostych i przystępnych materiałów informacyjnych, kampanii społecznych oraz szkoleń dotyczących chorób śródmiąższowych płuc. Te działania powinny docierać także do mniejszych ośrodków, by zwiększyć zasięg przekazywanej wiedzy.

Poważnym problemem jest również brak szybkiej i przejrzystej ścieżki diagnostycznej. Pacjent, który otrzymuje skierowanie, często nie wie, co dalej – dokąd się udać, jak długo będzie czekać, czy badanie zostanie wykonane we właściwym czasie. W efekcie wielu chorych „gubi się” w systemie, a ich stan zdrowia pogarsza się zanim trafią do odpowiedniego specjalisty. Dlatego postuluję o stworzenie jasnej, zrozumiałej dla pacjenta ścieżki diagnostycznej – z uwzględnieniem roli lekarza POZ, specjalisty i ośrodka referencyjnego.

Ważnym elementem takiej ścieżki powinien być „paszport pacjenta” – dokument zawierający podstawowe informacje o stanie zdrowia, wykonanych badaniach i zaleceniach. Taki paszport ułatwiłby komunikację między lekarzami różnych specjalizacji i pomógł pacjentowi lepiej zrozumieć swoją sytuację. W mojej ocenie powinien być dostępny zarówno dla pacjentów z rozpoznaniem, jak i tych, u których podejrzewa się chorobę śródmiąższową płuc.

Nie możemy również zapominać o potrzebach organizacyjnych lekarzy, którzy często pracują pod ogromną presją, bez odpowiedniego wsparcia administracyjnego. Pomocne byłoby wprowadzenie asystentów medycznych, którzy odciążyliby lekarzy z obowiązków biurokratycznych, umożliwiając im skupienie się na pacjencie. To rozwiązanie przyniosłoby korzyści wszystkim – lekarzom, pacjentom i całemu systemowi.

Z punktu widzenia pacjentów z ILD, kolejne obszary wymagające pilnej poprawy to rehabilitacja oddechowa i dostęp do opieki paliatyw-

nej. Wiele chorych nie ma możliwości skorzystania z turnusów rehabilitacyjnych, które mogą realnie poprawić jakość życia. Inni – szczególnie w zaawansowanym stadium choroby – nie wiedzą z kolei, gdzie szukać wsparcia paliatywnego. Potrzebujemy więc systemowych rozwiązań zapewniających dostępność tych świadczeń w każdym regionie kraju.

Na koniec chcę podkreślić, że głos pacjentów musi być słyszany. Mamy doświadczenie, wiedzę i gotowość do współpracy. Wspólnie z lekarzami, decydentami i organizacjami eksperckimi możemy tworzyć rozwiązania odpowiadające na realne potrzeby chorych. Do tego potrzebna jest jednak otwartość, dialog i konsekwencja w działaniu.



4. Rekomendacje zmian



4.1. Prewencja / edukacja

Dalsza edukacja środowiska medycznego (szczególnie specjalistów pulmonologów, reumatologów i lekarzy rodzinnych), pacjentów i społeczeństwa w zakresie objawów śródmiąższowych chorób płuc oraz zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, a także budowanie świadomości w tym zakresie wśród decydentów. Wykorzystanie gotowych narzędzi, tj. „Karta diagnostyczna pacjenta z podejrzeniem śródmiąższowej choroby płuc”, do implementacji w systemach informatycznych/oprogramowaniach gabinetowych lekarzy rodzinnych, dostępnych w poradniach opieki zdrowotnej.

4.2. Diagnostyka

- Wsparcie diagnostyki chorób śródmiąższowych płuc poprzez:
 - » Wykorzystanie niskodawkowej tomografii komputerowej, wykonywanej w ramach skringu raka płuca, do jednoczesnego wykrywania zmian śródmiąższowych w płucach.
 - » Wykorzystanie bilansu zdrowotnego przez lekarza rodzinnego, jako narzędzia wspierającego diagnostykę w zakresie ILD (możliwość skierowania na konkretne badania diagnostyczne).

» Przeniesienie badania spirometrycznego z opieki koordynowanej w POZ do budżetu powierzonego POZ.

- Udrożnienie przepływu pacjentów i wzmocnienie komunikacji na linii lekarz rodzinny – pulmonolog w AOS – ośrodek referencyjny, w zakresie określania zasad skierowania pacjenta z podejrzeniem ILD.
- Wyodrębnienie z poradni pulmonologicznej poradni chorób śródmiąższowych płuc, co przyspieszy uzyskanie porady w ośrodku referencyjnym. Poradnia ta pozwoli ominąć kilkunastomiesięczne kolejki na wizytę pierwszorazową do specjalisty pulmonologa.

4.3. Leczenie

- Utworzenie szybkiej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej dla pacjentów z podejrzeniem ILD.
- Zwiększenie dostępności do refundacji potencjalnych nowych terapii lekowych, a także zapewnienie powszechnego dostępu do nowoczesnych terapii (w tym leków antyfibrotycznych).
- Wypracowanie standardów organizacyjnych w zakresie funkcjonowania i rozmieszczenia ośrodków referencyjnych w każdym regionie Polski. Ośrodki powinny charakteryzować się interdyscyplinarną kadrą specjalistów, zapewniającą kompleksową opiekę nad pacjentem oraz odpowiednim zaple-

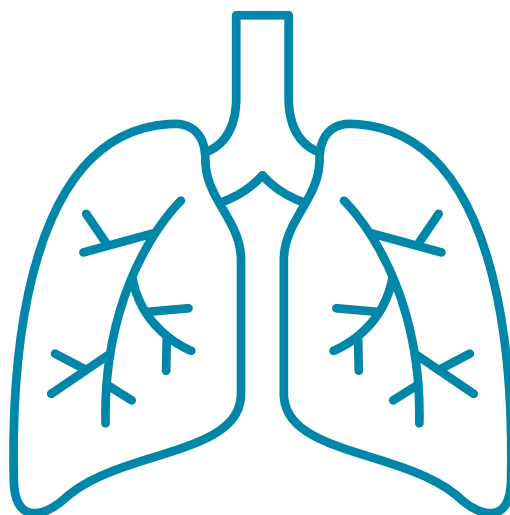
czem diagnostycznym, w tym obrazowym i terapeutycznym, dla chorych na śródmiąższową chorobę płuc. Przyjęcie standardów jako obowiązujących przez Ministerstwo Zdrowia.

4.4. Rehabilitacja

- Zwiększenie dostępu do rehabilitacji:
 - » implementacja wytycznych w zakresie rehabilitacji oddechowej,
 - » dostęp do turnusów rehabilitacyjnych dla każdego pacjenta z rozpoznaną ILD (min. 6 tygodni).

4.5. Opieka dodatkowa

- Zwiększenie dostępności przenośnych źródeł tlenu w ramach Domowego Leczenia Tlenem.





5. Podsumowanie

Śródmiąższowe choroby płuc pozostają wciąż zbyt mało rozpoznawalnym wyzwaniem zdrowotnym – zarówno dla pacjentów, jak i dla systemu ochrony zdrowia. Mimo postępu w zakresie leczenia i rosnącej świadomości, zbyt wielu chorych nadal pozostaje poza systemem, a ich droga do diagnozy i terapii jest zbyt długa i zbyt skomplikowana. Raport pokazuje, że największym problemem nie jest brak narzędzi, lecz ich niewystarczające wykorzystanie i brak spójności w organizacji opieki.

Wczesne rozpoznanie, szybka ścieżka diagnostyczna, dostęp do nowoczesnych terapii, rehabilitacji i opieki paliatywnej – to elementy,

które muszą działać równolegle, by realnie poprawić jakość życia pacjentów z ILD. Równie istotne jest wzmocnienie roli lekarzy POZ, rozwój ośrodków referencyjnych oraz standaryzacja opieki interdyscyplinarnej.

Rekomendacje zawarte w raporcie są odpowiedzią na aktualne potrzeby i wyzwania. Ich wdrożenie w najbliższych miesiącach powinno stać się priorytetem – tylko wtedy możliwe będzie stworzenie systemu, który nie tylko leczy, ale także wspiera i towarzyszy pacjentowi na każdym etapie choroby.

6.

O Interdyscyplinarnej Radzie Naukowej ds. Śródmiąższowych Chorób Płuc



Interdyscyplinarna Rada Naukowa ds. Śródmiąższowych Chorób Płuc powstała w 2022 roku z inicjatywy środowiska medycznego zaangażowanego w leczenie pacjentów z ILD. Jej celem jest stała weryfikacja i określanie najważniejszych, niezaspokojonych potrzeb pacjentów oraz klinicystów z tego obszaru, w oparciu o zmiany zachodzące w obszarze diagnostyki i leczenia chorób płuc, zarówno na poziomie klinicznym, jak i systemowym. Istotnym zadaniem Rady Naukowej jest także wypracowywanie kluczowych postulatów i wytycznych oraz dążenie do ich wdrożenia, aby poprawić sytuację pacjentów ze śródmiąższowymi chorobami płuc i podnieść jakość ich życia. Rada Naukowa składa się ze znamienitych specjalistów – pulmonologów, reumatologów, lekarzy rodzinnych, fizjoterapeutów – a także przedstawicieli stowarzyszeń pacjentów.

W skład Rady Naukowej wchodzi (kolejność alfabetyczna):

Dr n. med. Aleksander Biesiada

wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska

konsultant krajowa w dziedzinie chorób płuc, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

Mgr spec. fiz. Agata Gładzka

Pracownia Rehabilitacji, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii

Dr hab. n. med. Katarzyna Lewandowska

I Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Piotrowski

Klinika Pneumonologii, II Katedra Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Przedstawiciele organizacji pacjentów:

Agnieszka Pilewska-Ślęczko

prezes Polskiego Towarzystwa Wspierania Chorych na Włóknienie Płuc

Violetta Zajk

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”

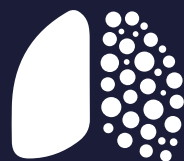
KAMPANIA „PŁUCA POLSKI. OD KASZLU DO WŁÓKNIENIA”

Kampania „Płuca Polski. Od kaszlu do włóknienia” ma na celu podnoszenie świadomości społeczeństwa na temat chorób płuc, przede wszystkim śródmiąższowych chorób płuc (ILD), w tym idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), śródmiąższowej choroby płuc w przebiegu twardziny układowej (SSc-ILD), a także przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Ważnym elementem realizowanych działań jest zwrócenie uwagi szerokiej opinii publicznej, w tym społeczeństwa, środowiska pacjentów oraz medycznego i interesariuszy, na zagrożenia, ryzyko i konsekwencje, jakie niosą za sobą dane schorzenia. W ślad za ekspertami podkreślana jest istota wczesnego rozpoznania chorób, będącego warunkiem szybkiego podjęcia terapii.

Więcej informacji znaleźć można na stronie: www.plucapolski.pl

Wszelkie aktywności realizowane w ramach Kampanii „Płuca Polski. Od kaszlu do włóknienia” odbywają się pod patronatem: Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Wspierania Chorych na Włóknienie Płuc, Stowarzyszenia Pro Rheumate – Grupa Chorych na Twardzinę, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się Razem” oraz Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska.





Płuca Polski

OD KASZLU DO WŁÓKNIENIA