

ALERGOLOGIA I PULMONOLOGIA

Astmę można kontrolować hamować jej rozwój

4 maja obchodziliśmy Światowy Dzień Astmy. To niejednorodna choroba przebiegająca z przewlekłym zapaleniem dróg oddechowych, z charakterystycznymi objawami. Jak mówi prof. dr hab. n. med. Rafał Pawliczak z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, astmę można skutecznie kontrolować i skutecznie hamować jej rozwój.

Jak liczna populacja Polaków ma rozpoznaną astmę?

Dane epidemiologiczne są umiarkowanie wiarygodne, ale musimy liczyć się z tym, że ok. 2 mln Polaków ma rozpoznaną astmę. Zapewne drugie tyle ma objawy, a nie ma jeszcze postawionego rozpoznania. Oczywiście stopień ciężkości choroby jest u nich różny. Z recept wynika, że przewlekle z powodu astmy leczy się ok. 800 tys. osób.

Jak długo trwa rozpoznanie astmy i jak jest ona leczona w naszym kraju?

Wszystko zależy od grupy wiekowej. Diagnoza astmy u osób dorosłych jest stawiana stosunkowo szybko. Myślę, że znacząca część lekarzy rodzinnych w przypadku takiego podejrzenia jest w stanie ustalić rozpoznanie astmy. U dzieci sytuacja jest bardziej skomplikowana. Astma wczesnodziecięca jest trudna do odróżnienia od zespołów rozmaitych świstów nieswoistych, które stanowią dość istotny problem diagnostyczny. Czas od pierwszych objawów do ostatecznego rozpoznania wynosi od kilku do kilkunastu miesięcy, ale wynika to ze specyfiki astmy wczesnodziecięcej. Chciałbym zaznaczyć, że alergolodzy, którzy głównie w Polsce leczą astmę, oraz pulmonolodzy są znakomicie wyszkoleni. Radzą sobie bardzo dobrze z rozpoznawaniem tej choroby. Również dostępność badania spirometrycznego w naszym kraju jest dość dobra. Oczywiście można dyskutować, jaka jest jakość spirometrii. Zarówno alergolodzy, jak i lekarze związani z Polskim Towarzystwem Chorób Płuc zwracają uwagę, że szczególnie spirometria wykonywana w gabinetach lekarzy rodzinnych zwykle ma niską jakość techniczną. Z kolei badanie wykonywane w gabinetach i ośrodkach specjalistycznych, poradniach alergologicznych czy pulmonologicznych zwykle ma bardzo dobrą jakość. Trzeba też zwrócić uwagę, że większość leków przeciwastmatycznych w Polsce jest refundowana. W związku z tym poza rzadkimi przypadkami dostępność leków jest dobra. Właściwie tylko terapia potrójna nie jest u nas refundowana. Szkoda, bo myślę, że dla pewnej grupy pacjentów byłaby to bardzo dobra alternatywa. Dysponujemy wszyst-



Na świecie rocznie wypala się mniej więcej 6 trylionów papierosów i mniej więcej 7,2 mln osób umiera z powodu różnych chorób związanych z paleniem

kimi zarejestrowanymi na świecie lekami biologicznymi do leczenia najcięższych przypadków astmy.

Jakie czynniki mają największy wpływ na rozwój i przebieg astmy?

Jak w większości chorób społecznych mamy mozaikę dwóch grup czynników – środowiskowych i genetycznych. Zwróćmy uwagę na zanieczyszczenie powietrza, a zwłaszcza na ekspozycję prenatalną i wczesnopostnatalną na dym papierosowy. Czynniki genetyczne również są istotne w rozwoju astmy. Taka układanka powoduje duży problem. Trzeba też pamiętać, że długo trwający nieżyt nosa, zarówno alergiczny, jak i niealergiczny, zwiększa prawie trzykrotnie ryzyko rozwoju astmy. To są najważniejsze czynniki. Od wielu lat trwa dyskusja, czy astma zaczyna się wewnątrzłonowo czy później. W obu tych przypadkach ekspozycja na dym papierosowy jest istotnym elementem uszkadzającym rozwijające się płuca zarówno u płodów, jak i noworodków czy niemowląt. Oczywiście niebagatelny wpływ ma zanieczyszczenie środowiska. Dużo więcej osób choruje na astmę w dużych miastach i regionach uprzemysłowionych w porównaniu z obszarami wiejskimi czy regionami mniej przemysłowymi.

Wspomniał pan o paleniu jako czynniku wywołującym astmę. Czy nie przypadkiem w maju obok Światowego Dnia Astmy obchodzony jest również Światowy Dzień bez Papierosa. Wiele osób mimo licznych publikacji na ten temat chyba nadal nie zdaje sobie sprawy z zagrożenia, jakie stanowi dym papierosowy. Jakie są skutki ekspozycji na taki dym u chorych na astmę?

Zacznijmy od tego, że sam dym papierosowy w sposób bardzo istotny uszkadza płuca, szczególnie płuca rozwijające się. U pacjentów, którzy już chorują na astmę, zarówno palenie czynne, jak i bierne powoduje problemy z kontrolą tej choroby. Proszę pamiętać, że na świecie rocznie wypala się mniej więcej 6 trylionów papierosów i mniej więcej 7,2 mln osób umiera

z powodu różnych chorób związanych z paleniem. Dym z papierosa zawiera co najmniej 93 substancje szkodliwe, w tym 79 rakotwórczych. Globalnie 12 proc. zgonów na świecie jest w jakiś sposób związanych z paleniem. W Europie według WHO 16 proc. wszystkich zgonów wynika z palenia, w tym aż 25 proc. zgonów mężczyzn. Jest to zatem ogromny problem, z którym musimy sobie poradzić. U chorych na astmę palenie papierosów i ekspozycja na ich dym są przyczyną zaostrzeń i złej kontroli choroby. Według badania PROKSAL – wbrew powszechnym opiniom – ok. 35 proc. pacjentów z astmą pali czynnie papierosy przynajmniej raz w roku. Oczywiście dużo większa grupa, nawet do 60 proc., jest narażona na bierną ekspozycję na dym papierosowy. To ma znaczenie, bo wpływa na poziom kontroli astmy. Możemy powiedzieć, że leczenie pacjenta z astmą, który jest narażony na taki dym, wymaga co najmniej dwa razy więcej nakładów finansowych i zdrowotnych w porównaniu z osobą bez takiej ekspozycji.

W związku z tymi danymi nasuwa się pytanie, czy jest alternatywa dla palaczy tradycyjnych papierosów, którzy szkodzą sobie oraz innym osobom w swoim otoczeniu.

Oczywiście najzdrowsze jest niepalenie. Nie ma żadnych wątpliwości, że pacjenci czy nasi czytelnicy, którzy palą papierosy, powinni rzucić ten nałóg. W swojej długiej karierze lekarskiej nie spotkałem pacjenta, który by nie chciał tego zrobić, jednak udaje się to zaledwie ok. 1–2 proc. palaczy. W związku z tym wielu szuka takiej alternatywy. Klasycznie przy rzucaniu palenia postępuje się zgodnie z drabiną terapeutyczną. Kiedy osoba paląca trafia do lekarza jakiegokolwiek specjalności, to lekarz powinien zachęcić ją do porzucenia nałogu. Jeśli pacjent chce to zrobić, ale mu się nie udaje, powinien zostać skierowany na poradę antynikotynową. Takiej porady udziela bardzo wielu lekarzy rodzinnych i wszyscy pulmonolodzy. Jeśli okazuje się ona nieskuteczna, mamy rozmaite leki, wyroby medyczne i suplementy dostarczające nikotynę. Jeżeli również one są nieskuteczne, można zastosować przez 6–8 tygodni leki, które ułatwiają rzucanie palenia.

i skutecznie

Rozmawiała dr Agnieszka Starewicz-Jaworska



Fot. Archiwum prof. dr hab. n. med. Rafał Pawlińczak

Po tym czasie, jeśli pacjent mimo wszystko nadal pali, trzeba się zastanowić nad zaproponowaniem mu jakiejś alternatywy dla papierosa.

„Jakiejś” – czyli jakiej?

Alternatywa dla klasycznych papierosów pojawiła się wiele lat temu w postaci systemu podgrzewania tytoniu, ale dopiero niedawno amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (*Food and Drug Administration* – FDA) na podstawie badań udzieliła jej warunkowej aprobaty. Na świecie są zaledwie dwa systemy podgrzewania tytoniu. Charakteryzują się tym, że tytoń się w nich nie pali, czyli nie osiąga temperatury 700–1200°C, tylko jest podgrzewany w znacznie niższych temperaturach. W związku z tym uwalnia on aerozol, którego właściwości i skład chemiczny jest dalece różny od dymu papierosowego. Jest w nim mniej wolnych rodników – w zależności od rodzaju urządzenia – o przynajmniej 5–10 razy mniej niż w klasycznych papierosach. Ponadto 3-krotnie mniej formaldehydu i co najmniej 3-krotnie mniej innych aldehydów. Nie możemy jednak powiedzieć, że systemy podgrzewania tytoniu są „zdrowe”, bo nie są. Niewątpliwie natomiast zmniejszają ekspozycję pacjenta na cały szereg rozmaitych substancji szkodliwych. To była przyczyna, dla której FDA autoryzowała jeden z tych produktów w 2020 r. jako lepszą alternatywę dla klasycznych, palących się papierosów.

A czy takie zamienniki rzeczywiście pozwalają zmniejszyć odsetek osób palących tradycyjne papierosy?

Wygląda na to, że tak. W krajach, w których wprowadzono systemy podgrzewania tytoniu, uzyskano dość zaskakujący rezultat. Okazuje się, że ich stosowanie przez osoby palące powoduje istotny spadek sprzedaży papierosów, sięgający 20 proc. Takim przykładem jest choćby Japonia, gdzie dysponujemy konkretnymi danymi z kilku lat i trend wypierania papierosów przez systemy podgrzewające tytoń jest widoczny. Z punktu widzenia lekarskiego ważniejsze jest to, że po ok. 3–6 miesiącach stosowania systemów podgrzewania tytoniu duża część pacjentów porzuca palenie papierosów i już nigdy do niego nie wraca. Wydaje się, że te produkty nikotynowe są zdecydowanie bezpieczniejsze od tradycyjnych papierosów, ale odległe badania jeszcze trwają. Dlatego dla pacjentów palących, którzy przeszli drabinę terapeutyczną i nadal palą, na szczycie dalszych zaleceń znajduje się przejście na certyfikowane systemy podgrzewania tytoniu.

Czy takie samo zalecenie w przypadku nałogowych palaczy obejmuje również e-papierosa jako zamiennik palenia?

W przypadku papierosów elektronicznych sytuacja jest bardziej skomplikowana. Proszę pamiętać,

”

Dobrze kontrolowana astma to taka sytuacja, w której pacjent nie różni się od osoby zdrowej niczym poza tym, że przyjmuje leki przeciwastmatyczne

że systemy podgrzewające tytoń nie mają nic wspólnego z papierosami elektronicznymi. Papierosy elektroniczne dostarczają nikotyny i substancji smakowych w formie roztworów, a ściślej – waporyzowanej cieczy. Mierzą się one obecnie z dużym krytycyzmem ze strony środowisk medycznych z uwagi na brak standaryzacji większości takich roztworów, ale też brak standaryzacji większości samych urządzeń e-papierosowych. Sytuację utrudnia fakt, że mamy kilkadziesiąt tysięcy płynów do papierosów elektronicznych i kilka tysięcy samych urządzeń. Trudno więc powiedzieć palącemu pacjentowi: „tak, każdy e-papieros będzie dla pani czy pana lepszy niż palenie zwykłych papierosów”, bo byłoby to daleko posunięte uogólnienie. Ale są kraje, np. Wielka Brytania, gdzie wystandaryzowany i certyfikowany papieros elektroniczny jest traktowany jako lepszy dla pacjenta niż dalsze palenie klasycznych papierosów.

Jak zmienia się praca płuc po ekspozycji na urządzenia podgrzewające tytoń?

Nie ma jeszcze badań na ten temat. Wiemy jednak, że system podgrzewania tytoniu generuje mniej wolnych rodników tlenowych w formie gazowej, mniej formaldehydu i innych aldehydów. Najważniejsze jest to, że powoduje mniejszą ekspozycję na wolne rodniki ze względu na niższą temperaturę spalania – to jest zasadnicza różnica.

Jaki jest związek między paleniem, astmą a COVID-19?

Nie ulega wątpliwości, że osoby palące papierosy, szczególnie w starszym wieku, mają zwiększone ryzyko cięższego przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 i zgonu z jego powodu. Badania potwierdzają, że chorzy na astmę, którzy regularnie przyjmują leki przeciwastmatyczne, są mniej narażeni na ciężki przebieg COVID-19 i zgon niż osoby niechorujące na astmę. Jeśli jednak nieregularnie przyjmują leki i nie mają dobrej kontroli astmy, ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 i zgonu z jego powodu jest u nich większe niż w populacji ogólnej. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że zgodnie z najnowszymi badaniami w Polsce kontrolę astmy uzyskuje ok. 50 proc. pacjentów, a dość duża grupa nadużywa krótko działających β_2 -mimetyków, to mamy poważny problem. Leki rozszerzające oskrzela nie kontrolują choroby, tylko odwracają obturację oskrzeli. Należałoby zaapelować do wszystkich lekarzy i pacjentów, żeby dążyli do jak najlepszej kontroli astmy. Dobrze kontrolowana astma to taka sytuacja, w której pacjent nie różni się od osoby zdrowej niczym poza tym, że przyjmuje leki przeciwastmatyczne. W Polsce właściwie wszystkie leki przeciwastmatyczne – poza terapią potrójną – są refundowane i dostępne. W większości przypadków leczenie nie stanowi żadnego obciążenia dla budżetu pacjenta. Miesięczne leczenie astmy kosztuje dużo mniej niż paczka papierosów. ■

”

System podgrzewania tytoniu powoduje mniejszą ekspozycję na wolne rodniki niż tradycyjne papierosy ze względu na niższą temperaturę spalania – to jest zasadnicza różnica