

## ALERGOLOGIA

Rozmawiała Monika Stelmach

# Wpływ astmy oskrzelowej na przebieg COVID-19

– Pacjenci z astmą nie muszą chorować na COVID-19 częściej niż osoby zdrowe, pod warunkiem że są właściwie leczeni i stosują się do zaleceń lekarzy – mówi dr n. med. Piotr Dąbrowiecki, alergolog z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP.

## Czy astma i alergia predysponują do cięższego przebiegu COVID-19?

Analizując patomechanizm alergii i astmy, można domniemywać, że stan zapalny w obrębie dolnych czy górnych dróg oddechowych predysponuje do wnikania koronawirusa przez zapalnie zmienioną śluzówkę, łatwiejszego zapadania na infekcję oraz cięższego przebiegu COVID-19. Wcześniejsze wyniki badań naukowych dotyczących osób chorych na SARS czy MERS wykazały obecność koronawirusów w błonie śluzowej nosa u pacjentów z zaostrzeniem astmy czy alergicznego nieżytu nosa. To przekładało się na cięższy przebieg infekcji. Jednocześnie wiemy, że chorzy przyjmujący obecnie leki na astmę lub alergiczny nieżyt nosa chorują podobnie jak osoby bez choroby towarzyszącej.

## Szereg chorób współistniejących predysponuje do ciężkiego przebiegu COVID-19, szczególnie w obrębie dróg oddechowych.

Oczywiście, np. przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest czynnikiem predysponującym do ciężkiego przebiegu COVID-19. Statystyki pokazują pewną nadreprezentację pacjentów z POChP w grupie zakażonych koronawirusem i rzeczywiście wydaje się, że w tym przypadku możemy mieć do czynienia z wpływem na cięższy przebieg COVID-19. Połowa



Fot. Archiwum prywatne

chorych na POChP pali tytoń, a to, jak wiemy, istotnie zwiększa ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i powikłań płucnych w trakcie COVID-19. Podobny związek obserwuje się u pacjentów z chorobami przewlekłymi, np. cukrzycą czy nadciśnieniem tętniczym.

## Niektóre badania pokazują, że alergiczny nieżyt nosa może sprzyjać przenikaniu wirusa do organizmu.

Alergiczny nieżyt nosa wiąże się z szeregiem objawów, takich jak kichanie, łza-

wienie oczu, świąd spojówek i nosa. To powoduje, że pacjenci mają potrzebę dotykania tych miejsc, co może być sposobem przenoszenia koronawirusa z rąk na śluzówkę. W tym sensie nieleczony alergiczny nieżyt nosa i niewykryta astma mogą sprzyjać przenikaniu i rozwijaniu się wirusa. Nie ma jednak jednoznacznych badań, które rozstrzygałyby, czy faktycznie jest ścisły związek między alergicznym nieżytem nosa a częstszymi zakażeniami SARS-CoV-2. To infekcja wyjątkowo trudna do analizowania, ponieważ ponad

”

Jeśli lekarz stosuje się do zaleceń, takich jak noszenie maski FFP3, rękawiczek, jednorazowego fartucha, wietrzenie pomieszczeń, dezynfekcja, to ryzyko zakażenia jest małe. Większe jest w środkach komunikacji miejskiej czy sklepach niż w dobrze zabezpieczonej przychodni

80 proc. przypadków jest bezobjawowych albo skąpoobjawowych. Tym samym zdecydowana większość z nich umyka statystykom i badaniom. Potrzebujemy znacznie więcej czasu.

## Powiedział pan, że dobrze leczona astma nie zwiększa ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. W Polsce tylko połowa chorych ma postawioną diagnozę, a ok. 2 mln osób nie wie o swojej chorobie.

Niestety taki stan rzeczy mamy od lat i okazuje się, że bardzo trudno poprawić statystyki wykrywalności astmy. Być może z tego powodu, że ponad 50 proc. pacjentów choruje na astmę łagodną lub epizodyczną, w której objawy występują rzadko i nie dokuczają chorym na stałe. Badanie ACCESS, które zostało przedstawione na ubiegłorocznym zjeździe Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (*European Respiratory Society* – ERS), pokazało, że średnio na rozpoznanie astmy w Polsce pacjent czeka 7 lat. Podobnie jest w Irlandii czy Hiszpanii. Średnia europejska oczekiwania na rozpoznanie to 3,5 roku. Możemy domniemywać, że część tych przypadków zostanie ujawniona podczas diagnostyki COVID-19. W tej sytuacji priorytetem jest możliwie szybka diagnoza astmy lub POChP.

## Odmrażanie ochrony zdrowia dla innych chorób niż COVID-19 odbywa się powoli, co nie poprawi sytuacji.

Podczas epidemii w najtrudniejszej sytuacji są chorzy, którzy wymagają diagnozy i badania spirometrycznego. Tylko rozpoznana astma może być prawidłowo leczona. W in-

nym przypadku wpadamy w błędne koło terapii, kiedy astmę leczymy jako infekcję, zapalenie oskrzeli czy zapalenie płuc. Pacjent bierze kolejny antybiotyk, który nie działa. Osoby z już rozpoznaną astmą są najczęściej dobrze prowadzone. Kontynuacja leczenia może się odbywać sprawnie poprzez teleporady, pacjenci zdalnie otrzymują przedłużenie recepty. Telemedycyna usprawni funkcjonowanie ochrony zdrowia w czasie epidemii, ale z pewnością nie zastąpi wszystkich procedur, w przypadku których wymagany jest kontakt pacjenta z lekarzem. Dlatego dzisiaj trzeba wracać do przyjmowania pacjentów, wprowadzając odpowiednie środki bezpieczeństwa. Jeśli lekarz stosuje się do zaleceń, takich jak noszenie maski FFP3, rękawiczek, jednorazowego fartucha, wietrzenie pomieszczeń, dezynfekcja, to ryzyko zakażenia jest małe. Większe jest w środkach komunikacji miejskiej czy sklepach niż w dobrze zabezpieczonej przychodni.

**Astma i COVID-19 mają podobne objawy, np. kaszel czy duszność. Jak różnicować te choroby?**

Wbrew pozorom ich różnicowanie nie jest aż takie trudne pomimo podobieństwa części objawów. Jeśli pacjent ma alergię, uczucie duszności, suchy kaszel i świszczący oddech, a nie ma temperatury, to powinna być prowadzona diagnostyka w kierunku astmy. Jeśli natomiast osoba, która miała kontakt z zakażonym koronawirusem, poza kaszlem i dusznościami ma ogólnie złe samopoczucie i gorączkę, to nie możemy wykluczyć COVID-19. Dlatego tak ważny jest wywiad lekarski. Pamiętajmy też, że astma i COVID-19 mogą wystąpić u tego samego chorego. W tym przypadku wymaz z nosa i gardła na obecność SARS-CoV-2 może pomóc podjąć decyzję w zakresie diagnozy i terapii. Kiedy po zdiagnozowaniu i wyleczeniu infekcji wirusowej nadal pozostanie napadowa duszność czy suchy, męczący kaszel, a testy nie potwierdzają replikacji wirusa, w badaniu RTG nie postępują zmiany w miąższu płucnym, nie rośnie CRP, to pewnie rozpoznamy astmę. GINA mówi jasno, że podstawowymi objawami astmy są problemy z oddychaniem, duszności, napadowy kaszel i świsty przy oddychaniu. Jeśli dwa z tych objawów występują razem, należy przeprowadzić diagnostykę w kierunku astmy.



**Według opinii Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej podawanie steroidów wziewnych, czyli leczenie astmy, powinno być kontynuowane w pełnym zakresie i zgodnie ze standardami GINA. Polskie Towarzystwo Alergologiczne promuje te rekomendacje – leczmy chorych na astmę i alergię optymalnie i skutecznie**

**Jednym z podstawowych badań w diagnostyce astmy jest spirometria, której stosowanie w czasie epidemii zostało ograniczone do niezbędnych przypadków. Kiedy zlecać to badanie, a kiedy zrezygnować i jakie środki bezpieczeństwa należy stosować?**

Europejskie Towarzystwo Oddechowe wydało zalecenie dla lekarzy opiekujących się pacjentami z chorobami obturacyjnymi dotyczące wykonywania spirometrii w czasie epidemii. Wytyczne ERS mówią jasno: wykonaj spirometrię wtedy, kiedy jest niezbędna. Poszczególne lekarze mogą inaczej interpretować słowo „niezbędny”. Zakładam jednak, że chodzi o sytuację, kiedy spirometria potrzebna jest do rozpoznania POChP lub oceny stopnia klinicznego astmy. O ile astmę możemy zdiagnozować na podstawie objawów klinicznych, to do rozpoznania POChP konieczna jest spirometria, ponieważ tylko w ten sposób można sprawdzić, czy występuje nieodwracalna obturacja. ERS opisuje też, jakie środki ochrony powinny być zastosowane w trakcie badania. Należy przeprowadzić je w gabinecie, gdzie nie ma innych pacjentów. Personel powinien być zabezpieczony maską FFP2 lub FFP3 i przyłbicą, konieczne są rękawiczki i jednorazowy fartuch. Pacjent natomiast powinien wykonać to badanie przez jednorazowy filtr przeciwbakteryjny i przeciwwirusowy, żeby drobnoustroje z jego dróg oddechowych były zdeponowane w filtrze i nie wydostawały się poza obręb spirometru. Następnie należy zdezynfekować spirometr i wywietrzyć pomieszczenie, a najlepiej poddać dezynfekcji, np. przez tzw. zamglawianie. Jak widać, obostrzeń jest sporo, co znacznie zmniejsza nasze możliwości wykonywania badań spirometrycznych. Inną metodą pozwalającą ocenić stopień drożności układu oddechowego jest badanie natężonego wydechu, tzw. PEF, poprzez zastosowanie pikfłometru – narzędzia, które chory może obsługiwać samodzielnie. To dobra propozycja, ale tylko dla astmatyków. W POChP to urządzenie jest nieprzydatne. Można też wyposażyć chorego w domowy spirometr. Od kilku miesięcy na polskim rynku jest dostępny system AioCare. Firma przesyła spirometr do domu pacjenta, który łączy się z operatorem i jest instruowany, jak przeprowadzić badanie. Po wykonaniu dobrego technicznie badania odsyła spirometr, a operator zdalnie odczytuje wyniki. Następnie spirometr jest dezynfekowany i może służyć kolejnemu pacjentowi. Podczas Dni Spirometrii 2020 będziemy promować tę metodę.

**Pojawiły się doniesienia o szkodliwości stosowania steroidów ze względu na ich negatywny wpływ na tzw. odporność organizmu. Jak leczyć astmę w czasie epidemii?**

Na początku epidemii specjaliści byli zdezorientowani. Pojawiały się doniesienia, że steroidy mogą mieć związek z cięższym przebiegiem choroby. Ale już pod koniec



PAP/Radek Pietruszka

**„Maska nie powoduje problemów z oddychaniem u chorych z dobrze kontrolowaną astmą, a chroni przed zakażeniem inne osoby. Swoim pacjentom nie wystawiam zaświadczeń, że mogą chodzić bez maseczki – staram się ich leczyć w taki sposób, aby duszność nie uniemożliwiała im aktywności**

marca Polskie Towarzystwo Alergologiczne (PTA) wydało zalecenia dla lekarzy, które bazowały na opinii Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej. Mówiły one wprost, że podawanie steroidów wziewnych, czyli leczenie astmy, powinno być kontynuowane w pełnym zakresie i zgodnie ze standardami GINA. Polskie Towarzystwo Alergologiczne promuje te rekomendacje – leczmy chorych na astmę i alergię optymalnie i skutecznie.

**Kolejne badania pokazały, że steroidy mogą nawet zmniejszać stan zapalny w przebiegu COVID-19. Czy to możliwe?**

W kilku badaniach naukowych wykazano, że niektóre leki, np. formoterol, indakaterol i steroidy wziewne, hamują namnażanie się wirusa w ludzkich komórkach w warunkach *in vitro*. Poruszenie w środowisku lekarskim wywołały doniesienia na temat deksametazonu. Zespół badawczy z Oxford University stwierdził, że ten powszechnie dostępny lek może być skuteczny w ciężkich postaciach COVID-19. To steroid często podawany w małych dawkach jako środek przeciwzapalny. Jest szeroko stosowany w przypadku ciężkiego przebiegu astmy, alergii, ale też w bólu stawów oraz w chorobach autoimmunologicznych, takich jak toczeń rumieniowaty układowy i reumatoidalne zapalenie stawów. To właśnie hamowanie procesów zapalnych sprawia, że lek może być przydatny w walce z najgorszymi skutkami COVID-19. Zobaczmy, co przyniosą kolejne badania. Niemniej leki z tej grupy pomagają w dwojnásób – z jednej strony stabilizują pacjenta z astmą, a z drugiej zmniejszają ryzyko ciężkiego

przebiegu choroby w przypadku zakażenia. Paradoksalnie pacjenci w czasie epidemii, bojąc się zakażenia, lepiej przestrzegają zaleceń lekarza.

**Wiele kontrowersji budzi noszenie maseczek przez chorych na astmę. Co pan zaleca swoim pacjentom?**

Nie ma istotnych rozbieżności w opiniach specjalistów na ten temat. Zalecenia towarzystw naukowych mówią, że każda osoba w przestrzeni publicznej, która ma kontakt z innymi ludźmi, a nie ma możliwości zachowania dystansu społecznego, powinna nosić maskę. Jeśli są zalecenia ogólne, żeby nosić maseczki albo stosować inne środki ochrony osobistej, to chorzy na astmę nie są z tego obowiązku wyłączeni. Za ułomność ustawodawcy uznaję to, że wpisał astmę jako chorobę, która zwalnia z tego obowiązku. Astmatycy częściej kaszlą, w związku z czym więcej aerozolu z dróg oddechowych wydostaje się na zewnątrz. Biorąc pod uwagę, że wiele osób przechodzi infekcję bezobjawowo, mogą oni stanowić źródło zakażeń nawet w większym stopniu niż inne osoby. Maska nie powoduje problemów z oddychaniem u chorych z dobrze kontrolowaną astmą, a chroni przed zakażeniem inne osoby. Jeśli pacjent ma intensywną duszność, która powoduje, że nie może założyć maski, to znaczy, że powinien pójść do lekarza, żeby zdiagnozować źródło tej duszności i wszcząć terapię. Swoim pacjentom nie wystawiam zaświadczeń, że mogą chodzić bez maseczki – staram się ich leczyć w taki sposób, aby duszność nie uniemożliwiała im aktywności. ■