

Rozmowa z **prof. Walerią Hryniewicz**, przewodniczącą Zespołu Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków

Edukacja pacjentów to budowanie zaufania w relacji pacjent–lekarz

Pani profesor, jak podsumowałaby pani rok 2018, jeśli chodzi o racjonalną antybiotykoterapię w Polsce?

Od wielu lat prowadzimy w Narodowym Instytucie Leków program pod nazwą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków. Ta nazwa jest oczywiście trochę prowokacyjna, bo chodzi przecież o ochronę pacjentów. W ramach tego programu prowadzimy szerokie działania edukacyjne, a ubiegły rok był pod tym względem szczególnie intensywny, zwłaszcza jeśli chodzi o lekarzy praktykujących poza szpitalem. Mieliśmy kilka warsztatów poruszających zasady antybiotykoterapii, omawialiśmy najważniejsze zakażenia i ich leczenie oraz kwestie właściwej profilaktyki. Zainteresowanie tymi spotkaniami było naprawdę bardzo duże. Był to istotny rok również dlatego, że powstały nowe rekomendacje terapeutyczne –

postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w biegunce wywołanej przez *Clostridioides difficile* (dawniej *Clostridium difficile*), zwanej często poantybiotykową, i w bakteriemii gronkowcowej (dostępne na stronie www.antybiotyki.edu.pl) oraz niezwykle ważne rekomendacje postępowania w przypadku wystąpienia w szpitalu *Klebsiella pneumoniae* NDM.

W tej chwili w praktyce lekarza POZ największym zagrożeniem są pneumokoki, których oporność na makrolidy jest tak wysoka, że mamy „złoty medal” w Europie, czyli 50–60% szczepów opornych na makrolidy – azytromycynę i klarytromycynę

Jakich praktycznych wskazówek udzieliłaby więc pani profesor lekarzom pierwszego kontaktu? Kiedy racjonalnie stosować antybiotyki?

Lekarze pierwszego kontaktu mają szereg rekomendacji, jeśli chodzi o racjonalną antybiotykoterapię. Często brakuje może czasu, aby się z tym wszystkim na bieżąco zapoznawać i wprowadzać do co-

dziennej praktyki. Kluczową sprawą jest oczywiście staranny wywiad lekarski, który porusza szereg zagadnień – zarówno objawy, przebyte wcześniej schorzenia, choroby współistniejące, jak i szczepienia, a także... ostatnie podróże czy też sytuacja epidemiologiczna w domu. To wszystko jest bardzo



Fot. archiwum

ważne, gdyż może naprowadzić lekarza na etiologię zakażenia czy w ogóle na potwierdzenie, że jest to zakażenie. Oczywiście pacjenta należy dokładnie zbadać i – jeśli to tylko możliwe – zastosować różnego rodzaju szybkie testy, np. określające poziom leukocytozy, prokalcytoniny, CRP lub inne szybkie testy diagnostyczne, które pomogą określić, czy mamy zakażenie bakteryjne czy wirusowe. Dopiero wtedy lekarz może sobie odpowiedzieć na pytanie, czy pacjent powinien być leczony antybiotykami. Zdaję sobie sprawę, że jest to trudna sytuacja, bo lekarz nie ma wiele czasu na jednego pacjenta, ale jednak jest to możliwe. Gdy lekarz zdecyduje się na antybiotykoterapię, powinien ustalić, czy pacjent był leczony antybiotykami w ostatnim półroczu, a jeśli tak, to jakimi – należy bowiem zastosować wówczas inny lek, zapytać o uczulenia oraz czy będzie go stać na wykupienie konkretnego specyfiku. Jeśli natomiast zdecyduje się nie przepisać antybiotyku, powinien także poinformować pacjenta, że jeśli dojdzie do zaostrzenia objawów, to musi on jak najszybciej ponownie zgłosić się do lekarza. Jest to bardzo ważne, gdyż wiele zakażeń rozpoczyna się podobnie i nie możemy sobie pozwolić, aby przeoczyć te, które są naprawdę groźne dla życia i zdrowia pacjenta.

Wspomniała pani profesor o testach diagnostycznych. Czy lekarz POZ ma wystarczające narzędzia diagnostyczne do oceny stopnia zakażenia i jego etiologii? Czy powinien polegać bardziej na badaniach czy na własnym doświadczeniu?

Jeśli chodzi o diagnostykę, to mogę powiedzieć, że na świecie możliwości jest bardzo dużo. Czy są one dostępne w Polsce? I tak, i nie. W części praktyk lekarskich na pewno już one funkcjonują. Wydaje mi się, że lekarze powinni zabiegać, aby były bezwzględnie dostępne, ponieważ są konieczne – ułatwiają rozpoznanie i mogą w ten sposób również obniżyć koszty opieki medycznej. Jeśli lekarz będzie miał do dyspozycji szybki test wykrywający obecność *Streptococcus pyogenes* w wymazie z gardła, to w razie uzyskania wyniku ujemnego nie przepisze antybiotyku. Będzie to przede wszystkim istotna korzyść dla pacjenta – polegająca na ograniczeniu działań niepożądanych leku – oraz korzyść epidemiologiczna, bo antybiotyk działa na całą naszą mikroflorę i nie będzie wywierał na nią negatywnego wpływu. Pośrednio będzie to także korzyść finansowa. Oczywiście bardzo ważny jest zespół objawów charakterystycznych dla bakteryjnego zakażenia gardła – pomaga je ocenić tzw. skala McIsaaca/Centora. W zasadzie dopiero z wynikiem

testu lub posiewu możemy podjąć właściwe decyzje terapeutyczne.

Czy testy diagnostyczne powinny być refundowane?

Oczywiście, że tak. Testy stanowią wspólny pakiet z resztą badań diagnostycznych i z całym postępowaniem terapeutycznym. Jest to postulowane od wielu lat. Do dziś nie wszystko udało się zrobić, ale myślę, że coraz większa grupa lekarzy korzysta z szerokiego spektrum możliwości diagnostycznych.

Jak lekarz pierwszego kontaktu może edukować pacjentów, jeśli chodzi o racjonalną antybiotykoterapię?

Wiadomo, że ma dla pacjenta niewiele czasu, a pacjenci często „wymuszają” na lekarzu przepisanie antybiotyku. Edukacja pacjentów to zagadnienie bardzo szerokie. Przede wszystkim ważna jest codzienna edukacja całego społeczeństwa. Mam tu na myśli środki masowego przekazu itd. Lekarz natomiast może edukować pacjenta, przedstawiając mu zalety właściwej i wady niepotrzebnej antybiotykoterapii. Jest to kwestia budowania zaufania w relacji pacjent–lekarz poprzez przedstawianie racjonalnych argumentów. Muszę przyznać, że znam coraz więcej przypadków, gdy to pacjent odmawia wypisania recepty na antybiotyki.

Jak zmieniła się w ostatnich latach wrażliwość na antybiotyki najważniejszych patogenów bakteryjnych?

Jeśli chodzi o patogeny i ich antybiotykooporność, to jest to zróżnicowane w zależności od gatunku i od regionu kraju. W tej chwili w praktyce lekarza POZ największym zagrożeniem są pneumokoki, których oporność na makrolidy jest tak wysoka, że mamy „złoty medal” w Europie, czyli 50–60% szczepów

opornych na makrolidy – azytromycynę i klarytromycynę. Również oporność *Escherichia coli*, przede wszystkim na cyprofloksacynę, jest bardzo wysoka. Dlatego w dzisiejszych czasach trzeba być naprawdę bardzo dobrze przygotowanym do podejmowania właściwych decyzji terapeutycznych, opartych także na znajomości sytuacji epidemiologicznej. Należy też podkreślić, że każde antybiotykowe niepowodzenie terapeutyczne musi skutkować wykonaniem badania mikrobiologicznego, bo może ono ukierunkować terapię i pokazać właściwą drogę leczenia.

Wspomniała pani profesor o cyprofloksacynie. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków, biorąc pod uwagę bilans zysków i strat, ostrzega przed fluorochinolonami. Jak mają się do tego polskie rekomendacje oraz... codzienna praktyka?

Fluorochinolony są grupą leków niezwykle nadużywaną. Mają bardzo dużo groźnych działań niepożądanych. Są w dużej mierze odpowiedzialne za to, że narasta i rozprzestrzenia się oporność na inne antybiotyki – np. karbapenemy czy cefalosporyny. Stosowanie w POZ cyprofloksacyny w leczeniu zakażeń dróg oddechowych jest absolutnie niedopuszczalne. Pneumokoki nie są na nią wrażliwe i takie postępowanie zwiększa ryzyko powstawania i szerzenia się ich wieloopornych szczepów

Jeśli chodzi o fluorochinolony, przede wszystkim wspomnianą wcześniej cyprofloksacynę, ale też norfloksacynę i lewofloksacynę, to jest to grupa leków niezwykle nadużywana. Przede wszystkim należy pamiętać, że mają one bardzo dużo groźnych działań niepożądanych. Właściwie każdy artykuł w prasie specjalistycznej ostrzega przed tą grupą leków. Musimy też pamiętać, że fluorochinolony są w dużej mierze odpowiedzialne za to, że narasta i rozprzestrzenia się oporność na inne antybiotyki. Nie jest bowiem wprost tak, że jeśli podajemy dany antybiotyk, to tylko na ten antybiotyk generuje się oporność. Fluorochinolony są odpowiedzialne za przyspieszenie powstawania oporności na karbapenemy czy cefalosporyny, a także sprzyjają szerzeniu

się *Clostridioides difficile*. Fluorochinolony to ważna grupa terapeutyczna, ale trzeba pamiętać, że z ich stosowaniem wiąże się również bardzo dużo niebezpieczeństw. Stosowanie w POZ cyprofloksacyny w leczeniu zakażeń dróg oddechowych jest absolutnie niedopuszczalne. Pneumokoki nie są na nią wrażliwe i takie postępowanie zwiększa ryzyko powstawania i szerzenia się wieloopornych szczepów. Fluorochinolony nie powinny też być stosowane w terapii empirycznej w nieskomplikowanych zakażeniach dróg moczowych.

Gdzie obecnie jesteście, jeśli chodzi o nowe antybiotyki? Od dawna nie było żadnych nowych rejestracji.

W tej chwili jest znaczący postęp, jeśli chodzi o wprowadzanie do terapii nowych cząsteczek – nie tylko modyfikowanych starych leków. Z tym że nowe leki ukierunkowane są głównie na sytuację epidemiologiczną w szpitalach i dotyczą przede wszystkim wieloantybiotykoopornych patogenów szpitalnych. Natomiast rzeczywiście, zdecydowanie brakuje nam nowych leków w lecznictwie otwartym, zwłaszcza do stosowania doustnego, które jest preferowaną drogą podania. Generalnie jednak widzimy postęp. Odkryto nowe inhibitory β -laktamaz – choć może jeszcze nie zadowolają nas do końca, powstały nowe tetracykliny, pojawił się bardzo ważny nowy aminoglikozyd. W medycynie zapanował więc pewien optymizm pod tym względem.

Jakie wyzwania, jeśli chodzi o antybiotykoterapię, czekają nas w roku 2019? Czego możemy się spodziewać?

Z całą pewnością w 2019 r. w dalszym ciągu będą się rozprzestrzeniały wieloantybiotykooporne bakterie. Nie mam co do tego, niestety, żadnych wątpliwości. Ciągle robimy za mało, aby ten proces powstrzymać. Sprawą niezwykle poważną jest niejako „przedstawianie się” ważnych, wieloopornych patogenów ze szpitala do środowiska pozaszpitalnego. Coraz częściej pacjenci z zakażeniami wieloantybiotykoopornymi trafiają do ambulatorium. Jak ich leczyć? Co robić z tą sytuacją z punktu widzenia epidemiologii? Nie mamy tu niestety dobrych rozwiązań, zwłaszcza jeśli chodzi o szerzenie się szczepów pałeczek jelitowych wytwarzających karbapenemazy typu New Delhi

czy szerzenie się pałeczek jelitowych opornych na cefalosporyny i penicyliny w wyniku produkcji β -laktamaz o rozszerzonym spektrum substratowym – ESBL. Muszę powiedzieć, że mamy też wzrastającą poza szpitalem subpopulację gronkowca złocistego metycylioopornego – tzw. CA-MRSA. To typowe pozaszpitalne szczepy, które nie tylko są wielooporne, lecz także wytwarzają toksyny o silnym działaniu biologicznym, a więc te zakażenia mogą przebiegać bardzo ciężko. Coraz częściej izolujemy je w szpitalu. Dużym problemem dla szpitali jest również rozprzestrzenianie się *C. difficile* wywołujących biegunkę poantybiotykową – to jedno z głównych wyzwań, z którymi musimy się obecnie zmierzyć.

Wiele zakażeń rozpoczyna się podobnie i nie możemy sobie pozwolić, aby przeoczyć te, które są naprawdę groźne dla życia i zdrowia pacjenta

Jak pani widzi przyszłość medycyny w kontekście nasilających się ruchów antyszczepionkowych?

Ruchy antyszczepionkowe są dla mnie osobiście, z perspektywy całego mojego życia czymś zupełnie niezrozumiałym. Pamiętam jeszcze z czasów studiów na medycynie pododdział chorób zakaźnych, gdzie leżały dzieci z chorobą Heinego-Medina – polio. Nigdy nie zapomnę tego widoku. A potem przyszła szczepionka i takich dzieci już nie widzieliśmy. Dzięki szczepionkom zniknęło wiele chorób zakaźnych. W moim odczuciu dostęp do czystej wody i szczepionki to jedne z największych osiągnięć ludzkości. One uratowały miliardy ludzi. Dlatego tak zdumiewające są dla mnie wszelkie ruchy antyszczepionkowe.

W czy w nadchodzącym roku możemy się spodziewać rejestracji jakichś nowych szczepionek?

Tak, bardzo na to czekamy. Zwłaszcza na szczepionki dla pacjentów, którzy będą trafiali do szpitala. A więc np. przeciwko gronkowcowi złocistemu, który jest najczęstszą przyczyną zakażenia miejsca operowanego. To byłby rzeczywiście ogromny przełom, bo do tej pory jeszcze nie udało się doprowadzić do takiego zaawansowania badań nad tą szczepionką, jakie mamy obecnie. Czekamy też na szczepionkę przeciwko wspomnianemu wcześniej *C. difficile* oraz liczymy na doskonalenie już istniejących szczepionek – np. rozszerzanie składu serotypów w przypadku szczepionki przeciw pneumokokowej. To też będzie bardzo ważne poszerzenie naszych możliwości, jeśli chodzi o profilaktykę i medycynę prewencyjną.

Rozmawiał Jakub Moryc