

Redukcja szkód stanowi leczenia pacjenta z POChP

Alergolodzy we współpracy z psychiatrami i kardiologami opracowali w 2023 r. konsensus dotyczący optymalnego postępowania z pacjentem uzależnionym od nikotyny w przebiegu POChP lub astmy. Prof. dr hab. n. med. Rafał Pawliczak, alergolog z Zakładu Immunopatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wyjaśnia, co nowego wnosi ten dokument.



Fot. Marcin Pietruszka

uzupełnienie lub astmą

Jak liczne grupy stanowią w Polsce pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc i z astmą?

– W Polsce na POChP choruje około 2,5 miliona pacjentów, na astmę niemal 2 miliony. Istnieje niewielki trend do nadrozpoznawalności astmy u małych dzieci, które reagują świszczącym oddechem na rozmaite bodźce środowiskowe, co nie musi oznaczać, że są chore na astmę. Zostały opracowane Standardy Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, które podają kryteria rozpoznania astmy zarówno u dorosłych, jak i u dzieci.

Natomiast w przypadku POChP prawdopodobnie mamy dość dużą grupę pacjentów z nierozpoznaną chorobą. Nawet wśród tych, którzy mają objawy, około 50 proc. nie ma postawionej diagnozy. To niesłychany problem epidemiologiczny.

Trzeba też pamiętać, że mniej więcej 10–15 proc. pacjentów ma zespół współistnienia albo nakładania astmy i POChP. Są to głównie osoby w starszym wieku, u których źle leczona lub nieleczona astma doprowadziła do utrwalonej obturacji.

Jakie są trendy epidemiologiczne w Polsce, jeśli chodzi zachorowalność na te dwie choroby?

– Pandemia COVID-19 zwiększyła liczbę chorych z rozpoznaniem astmy, ze względu na częstszą ekspozycję na alergeny wewnątrzdomowe: roztocza czy zwierzęta domowe. Po kilkuletnim okresie stabilizacji odnotowaliśmy wzrost liczby pacjentów z tą chorobą.

Na razie nie widzimy takiej zależności u chorujących na POChP, chociaż i w tym przypadku możemy spodziewać się zwiększonej liczby zachorowań. Podczas pandemii wzrosła bowiem liczba osób palących tytoń. Zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wyroby nikotynowe stosuje regularnie 30,8 proc. mężczyzn i 27,1 proc. kobiet. Poza tym okazjonalne palenie deklaruje 2,5 proc. mężczyzn i około 2 proc. kobiet. Dane pokazują, że najczęściej palą osoby o stosunkowo niskich dochodach i niskim statusie społecznym. Mamy więc olbrzymi problem związany z większą epidemiologią tych chorób oraz zwiększoną ekspozycją na tytoń.

Nie bez wpływu na epidemiologię chorób obturacyjnych jest lepsza dostępność do diagnostyki astmy i POChP. Choroby te są objęte opieką koordynowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Prowadzi ją około 10 proc. gabinetów lekarzy medycyny rodzinnej. Dostęp do spirometrii jest znacząco wyższy, w związku

z czym prawdopodobnie będziemy mieli większą wykrywalność astmy i POChP. Za wcześniej jest jednak na ocenę skuteczności takiego postępowania, ale z całą pewnością jest to ruch w dobrym kierunku.

Jakie czynniki ryzyka odpowiadają za rozwój tych chorób? Czy jesteśmy w stanie ich skutecznie unikać?

– Podstawowym czynnikiem odpowiadającym za rozwój astmy jest źle leczony alergiczny nieżyt nosa, a także niealergiczny nieżyt nosa. Jediną skuteczną interwencją jest immunoterapia swoista, do której w Polsce jest ograniczony dostęp, ponieważ w znacznej części nie jest refundowana. Dlatego tutaj nie ma dobrych prognoz.

Inne ważne czynniki w rozwoju astmy to stosowanie nadmiernej higieny u noworodków i małych dzieci, spędzanie czasu w pomieszczeniach zamkniętych, szerzenie się infekcji wirusowych układu oddechowego w żłobkach i przedszkolach – to wszystko powoduje rozwój astmy. Znaczenie ma też rozwiązywanie ciąży cięciem cesarskim, co również zwiększa ryzyko rozwoju astmy u dziecka przynajmniej 2,5 razy w porównaniu z dziećmi urodzonymi siłami natury. Inną przyczyną jest zaniechanie karmienia noworodków piersią, co jest czynnikiem protekcyjnym chroniącym przed rozwojem astmy. Kolejnym ważnym aspektem jest zanieczyszczenie powietrza, szczególnie w okresie jesienno-zimowym w wielu miejscach w Polsce przekraczane są dopuszczalne normy, m.in. pyłu zawieszonego, cząstek PM <2,5 i PM10.

Jeśli natomiast chodzi o rozwój POChP, główny czynnik ryzyka stanowi palenie tytoniu. Szacuje się, że jest przyczyną około 80 proc. przypadków tej choroby, za pozostałe 20 proc. odpowiada ekspozycja zawodowa, szczególnie w profesjach, w których powstają gazy i pyły szkodliwe dla układu oddechowego: wśród spawaczy, hutników, specjalistów obróbki skrawaniem. Przepisy zalecają osłony i maski, ale niestety nie zawsze pracownicy się do nich stosują, a pracodawcy tego nie egzekwują. I w tym przypadku czynnikiem jest zanieczyszczenie środowiska, co w POChP ma trochę mniejsze znaczenie niż w astmie, ze względu na inny mechanizm uszkodzenia płuc.

Większości z wymienionych czynników ryzyka można unikać albo w znaczący sposób je ograniczyć.

Czy dostępne i refundowane w Polsce terapie pozwalają na leczenie astmy i POChP na europejskim poziomie?

– W przypadku astmy właściwie mamy w Polsce wszystkie stosowane w Europie i na świecie terapie, łącznie z leczeniem biologicznym. Możemy z całym przekonaniem powiedzieć, że leki refundowane są w odpowiednim stopniu i zakresie. Leczenie przeciwzapalne, które jest bardzo skuteczne, spowodowało znaczny spadek zgonów z powodu astmy. Poprawiła się nie tylko dostępność terapii, ale także przestrzeganie zaleceń lekarskich. Duże znaczenie miała pandemia COVID-19, kiedy okazało się, że chorzy na astmę, którzy przyjmują wziewne leki przeciwzapalne, mają obniżone ryzyko zgonu z powodu SARS-CoV-2.

Sprawa jest bardziej skomplikowana w przypadku przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Większość dostępnych na świecie leków jest refundowana dla polskich pacjentów. Należałoby się jednak pochylić również nad leczeniem obturacyjnego bezdechu sennego w przebiegu POChP. Mamy też niewystarczający poziom refundacji koncentratorów tlenu. Są to urządzenia potrzebne pacjentom codziennie, kosztują często kilka tysięcy złotych, a kwota dopłat refundacyjnych nie jest zadowalająca dla niezamożnych seniorów. Dlatego dostęp do domowego leczenia tlenem jest niewystarczający.

Jaką rolę odgrywa palenie papierosów przez pacjentów w występowaniu zaostrzeń astmy i zaostrzeń POChP?

– Każdy palący papierosy pacjent, niezależnie od tego, jak długo to robi oraz ile papierosów wypala, ma bardzo wysokie ryzyko zachorowania na POChP. Większość pacjentów – mimo rozpoznania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i jednoznacznego związku z paleniem tytoniu – nie wychodzi z nałogu. A tylko rzucenie palenia może prowadzić do stabilizacji POChP. Stosowanie leków i dalsze palenie papierosów moim zdaniem ma niewiele sensu. **Ekspertki alergologii we współpracy z ekspertami z dziedziny psychiatrii i kardiologii opracowali w 2023 r. konsensus dotyczący optymalnego postępowania z pacjentem uzależnionym od nikotyny w przebiegu POChP lub astmy. Co nowego wnosi ten dokument?**

– Przede wszystkim lekarz dowolnej specjalizacji powinien mieć obowiązek i być dodatkowo premiiowany za wykonanie porady antynikotynowej. Rzadko jednak

zdarza się, aby jedna porada dotycząca rzucenia nałogu była efektywna, ale druga, trzecia i kolejne mają już większą skuteczność, co wynika z badań naukowych. Zaczniemy od klasycznej edukacji dotyczącej szkodliwości palenia tytoniu, co może wykonać każdy lekarz – ginekolog, pediatra, internista, dermatolog czy gastrolog.

Jeśli taka porada jest skuteczna, możemy zamknąć temat; w innym wypadku zalecana jest interwencja lekarsko-psychologiczna. Kooperacja pulmonologa, internisty, lekarza medycyny rodzinnej z psychologiem czy psychiatrą jest bardzo dobrym wyjściem. Przede wszystkim trzeba zidentyfikować powód, dla którego pacjent pali papierosy, na przykład w sytuacjach stresogennych, czy też robi to z przyczyn towarzyskich lub wynika to z przyzwyczajenia: np. papieros do kawy czy po posiłku. Jeśli niektórych z tych sytuacji będziemy unikać, to jest szansa na skuteczne rzucenie palenia.

Nie zawsze jednak porada psychologiczna przynosi efekty. Wtedy kolejnym krokiem jest wdrożenie nikotynowej terapii zastępczej w postaci leków lub wyrobów medycznych. Znaczna część z nich jest dostępna bez recepty, w każdej aptece w Polsce. W wielu przypadkach taka interwencja okazuje się skuteczna.

Jeśli jednak pacjent nadal nie porzuca nałogu palenia, to w tej drabinie terapeutycznej następnym szczeblem jest leczenie farmakologiczne. I tutaj dysponujemy dwoma lekami na receptę. W przypadku tych preparatów mamy ograniczony czas stosowania, najczęściej do dwóch miesięcy.

Gdy w tym czasie terapia nie spowoduje porzucenia nałogu, powinniśmy przejść do redukcji szkód narażenia na substancje szkodliwe pochodzące z dymu papierosowego. Ekspertki sugerują stosowanie systemów podgrzewania tytoniu. W wielu krajach Europy, a także w Stanach Zjednoczonych, są rekomendowane jako ostatni krok w przypadku niemożności porzucenia nałogu. Jeden z tych systemów został zaakceptowany przez FDA jako sposób ograniczenia szkód związanych z nikotynizmem. Podgrzewanie zamiast spalania tytoniu pozwala na mniejszą emisję substancji szkodliwych. Tego typu postępowanie nie tylko zostało zaaprobowane w Stanach Zjednoczonych, lecz także w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Czechach, Szwecji i w Norwegii.

Przy czym nie wolno mylić systemów podgrzewania tytoniu z nieprzebadanymi papierosami elektronicznymi. Nikotyna w postaci pary wodnej z glikolem etylowym i wieloma dodatkami chemicznymi może być

„Dostępne kilkuletnie badania i obserwacje pokazują, że systemy podgrzewania tytoniu generują znacząco mniej substancji szkodliwych niż klasyczne papierosy”

tak samo albo nawet bardziej szkodliwa niż klasyczne papierosy. Dlatego wszystkie te produkty powinny być wystandaryzowane i zbadane przed dopuszczeniem do sprzedaży. Niestety, korzysta z nich około połowy młodych osób, w tym również nastolatków.

Czy dysponujemy dowodami naukowymi, które wskazują na to, że zaproponowane przez ekspertów podejście do redukcji szkód u pacjentów opornych na farmakoterapię nikotynizmu może przynieść wymierne efekty?

– Nie mamy jeszcze długookresowych badań klinicznych, szczególnie o charakterze onkologicznym. Dostępne kilkuletnie badania i obserwacje pokazują, że systemy podgrzewania tytoniu generują znacząco mniej substancji szkodliwych niż klasyczne papierosy. W związku z tym mamy potencjalnie mniejsze ryzyko szkodliwości używania tych substytutów papierosów, szczególnie jeśli chodzi o układ oddechowy, w porównaniu z kontynuowaniem palenia. Warunkiem jest jednak całkowita rezygnacja z papierosów.

Dysponujemy bardzo ciekawymi danymi z Włoch dotyczącymi efektów stosowania systemów podgrzewania tytoniu. Okazuje się, że pacjenci chorujący na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, którym zamieniono klasycznego papierosa na system podgrzewania tytoniu, wykazują poprawę parametrów oddechowych, poprawę tolerancji wysiłku, a także jakości życia poprzez zmniejszenie liczby zaostżeń choroby. Co ciekawe, takie postępowanie dość znacząco zmniejsza liczbę palaczy w ogóle. Nawet kilkanaście procent osób, które przeszły na system podgrzewania tytoniu, rezygnuje z palenia. W Japonii owe systemy zostały wprowadzone w 2016 roku. Okazuje się, że w ciągu kolejnych kilku lat sprzedaż papierosów obniżyła się tam o 31 proc., a wkładów do podgrzewania tytoniu – o 19 proc. Tym samym bez żadnych innych interwencji medycznych jedna piąta palaczy rezygnuje z ekspozycji na tytoń. Z mojej lekarskiej perspektywy to niesłychanie skuteczne podejście.

Musimy przy tym podkreślić, że mówimy o osobach, które już palą tytoń. Przestrzegam przed zacyzaniem palenia i używaniem nikotyny w jakiegokolwiek formie. Sprzedaż podgrzewaczy tytoniu podobnie jak papierosów powinna być zabroniona dla młodzieży i dzieci. Pozytywne aspekty są udowodnione w przypadku osób, które już są uzależnione od nikotyny, a w wyniku stosowania systemów podgrzewania tytoniu zmniejszają liczbę wypalanych papierosów nawet o 50 proc., a około 20 proc. z czasem rezygnuje z palenia. To są konkretne efekty.

Co powinno stanowić priorytet dla resortu zdrowia w najbliższej przyszłości, jeśli chodzi o poprawę opieki nad chorymi na POChP i chorymi na astmę?

– Dostęp do leków zarówno na astmę, jak i POChP mamy na dobrym poziomie. Myślę, że większej uwa-

„Pozostawienie w sprzedaży przebadanych produktów papierosozastępczych, mniej szkodliwych, może przełożyć się na mniejszą zachorowalność na choroby odtytoniowe w społeczeństwie z jednoczesnym utrzymaniem wpływów z akcyzy dla państwa.”

gi wymaga leczenie nikotynizmu, a w przypadku braku efektów redukcja szkód zdrowotnych wywołanych paleniem. Mamy dane na ten temat, które powinny być brane pod uwagę przy tworzeniu zaleceń lekarskich. Innym rozwiązaniem jest optymalne opodatkowanie wszystkich wyrobów tytoniowych w taki sposób, aby występowała realna presja ekonomiczna zachęcająca do rzucenia palenia. Dobrym przykładem jest tzw. mapa podwyżek akcyzowych na wyroby tytoniowe na najbliższe lata wprowadzona niedawno przez Ministerstwo Finansów. W dłuższej perspektywie takie postępowanie jest opłacalne dla systemu ochrony zdrowia i budżetu państwa.

Uważam, że niezbędne jest zwiększenie liczby poradni antynikotynowych, przynajmniej o jedną na powiat, z jednoczesnym zwiększeniem taryfikacji dla tego typu świadczeń.

– Jestem też zwolennikiem wprowadzenia obowiązkowego badania składu chemicznego płynów stosowanych w e-papierosach i badań wyrobów nowatorskich, jak systemy podgrzewania, oraz rejestrowania wyłącznie tych, które oferują znacznie mniejsze narażenie na toksyny w porównaniu z paleniem papierosów.

Należy ograniczyć dostęp nieletnich do papierosów i innych wyrobów z nikotyną. W Polsce mniej więcej połowa nastolatków nie ma żadnego problemu z zakupem tych wyrobów w sklepie.

Uważam też, że wskazane jest zaprzestanie dopuszczania do sprzedaży przez resort zdrowia kolejnych marek papierosów, co powinno zmierzać do stopniowego wyeliminowania tych wyrobów z rynku. Pozostawienie w sprzedaży przebadanych produktów papierosozastępczych, mniej szkodliwych, może przełożyć się na mniejszą zachorowalność na choroby odtytoniowe w społeczeństwie z jednoczesnym utrzymaniem wpływów z akcyzy dla państwa.

Rozmawiała: Monika Stelmach