

Małgorzata Telmińska: Dobry wieczór, w audycji Samo Zdrowie wita Państwa Małgorzata Telmińska. I witam dzisiejszego gościa, a jest nim prof. Andrzej Chciałowski, specjalista chorób wewnętrznych, chorób płuc i alergolog, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Infekcyjnych i Alergologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Dobry wieczór, Panie Profesorze.

Prof. Andrzej Chciałowski: Dobry wieczór.

Będziemy dzisiaj rozmawiać o poważnej sprawie, o astmie. O astmie, która ma wiele oblicz i prowadzi też do bardzo ciężkich powikłań. Panie Profesorze, ile osób choruje na astmę? Bo ja bardzo często słyszę wśród znajomych, tu astma, tu moja astma, tu ktoś rozmawia o astmie, a czy przypadkiem nie myli czasami pojęć albo nie przypisuje sobie astmy jako choroby?

Astma oskrzelowa jest dosyć powszechną chorobą. Szacuje się, że na całym świecie choruje ponad 300 milionów osób. Natomiast badania polskie, badania epidemiologiczne wykonane w II dekadzie XXI wieku szacują, że w Polsce jest około 4 milionów chorych na astmę oskrzelową.

Bardzo dużo.

Podejrzewam, że część jeszcze jest nierozpoznana. Astma oskrzelowa jest częstsza u dzieci, trzeczka rzadsza u osób dorosłych.

To znaczy co, wyrasta się z niej albo udaje się ją wyleczyć?

Może nie wyrasta. W tej chwili astma jest naprawdę dobrze leczona. Mamy dobre leki, dysponujemy dobrymi lekami, gdzie można tę astmę kontrolować. Natomiast astma oskrzelowa jako choroba zapalna nie jest do wyleczenia. Natomiast tak jak powiedziałem jest ona na pewno poddaje się dobrej kontroli.

To zapytam, dlaczego tak wiele osób choruje na astmę? Co ma wpływ na rozwój tej choroby, pojawienie się jej?

Musimy powiedzieć, że astma oskrzelowa jest chorobą genetyczną, czyli jest pewnego rodzaju predyspozycja genetyczna, na którą się nakładają jeszcze czynniki środowiskowe.

Astma oskrzelowa jest bardzo popularna, zdecydowanie częstsza w krajach wysoko uprzemysłowionych. W Polsce, tak jak wspomniałem, jest dosyć dużo osób chorych. Natomiast wiemy po przemianach XX wieku, że w tej chwili żyje społeczeństwu się zdecydowanie lepiej. A więc również po prostu i ta choroba się zdarza częściej.

Zapytam o te czynniki środowiskowe, jakie mają wpływ na rozwój choroby. Mówi pan o krajach wysoko rozwiniętych. Dlaczego? Czynniki środowiskowe, to przemysł, to zanieczyszczenie?

Tak jak wspomniałem, czynniki genetyczne i czynniki środowiskowe. A więc przede wszystkim narażenie na alergenów. Na alergenów zwłaszcza powietrzno-pochodne, czyli mamy tutaj pyłki traw, pyłki drzew, pyłki chwastów czy ewentualnie zarodniki grzybów pleśniowych.

Ale również i zanieczyszczenie środowiska naturalnego. Oczywiście zarówno te, które są stałymi, jak również te, które są gazowe. I osoby, które są predysponowane powiedzmy do wystąpienia astmy oskrzelowej, jeżeli dodatkowo jeszcze dochodzi takie narażenie na czynniki środowiskowe.

A więc to się wszystko potęguje i dlatego dochodzi do rozwoju tejże choroby.

Wspominał pan o tym, że jest to choroba zapalna. Jaki jest ten mechanizm choroby zapalnej i astmy w ogóle?

No to musielibyśmy sięgnąć troszeczkę głębiej.

Do jądra komórki, to się nie dajmy.

Nie do jądra komórki. Z samej definicji wynika, że astma jest heterogenną chorobą właśnie o etiologii zapalnej. To zapalenie toczy się w obrębie drzewa oskrzelowego. Gdybyśmy wzięli taki wycinek i poddali badaniu histopatologicznemu, czyli po prostu stwierdzili jakie tam są komórki, a więc są to komórki, które są przyczyną zapalenia tak zwanego alergicznego. Komórki te same w sobie przyczyniają się do uszkodzenia tego miejsca, więc miejscowo działają szkodliwie, uszkadzająco, ale jednocześnie również wydzielają różnego rodzaju mediatory, które także przyczyniają się do dalszego uszkodzenia drzewa oskrzelowego.

A więc to jest przyczyna właśnie zapalna astma oskrzelowa. Jedni mają do tego jakieś predyspozycje, inni nie?

Tak, oczywiście. Jedni mają predyspozycje, to o czym powiedziałem, czyli te czynniki genetyczne, ale również nie można powiedzieć, że astmy nie można się w cudzysłowie nabawić.

Dlatego, że jeżeli będziemy mieli do czynienia na przykład z częstymi infekcjami dróg oddechowych, zwłaszcza wirusowych, jeżeli to będą infekcje w wieku dziecięcym, czy w wieku młodzieńczym, a więc również może dojść do rozwoju astmy.

No właśnie, choroby to jest coś, co każdy rodzic wie, spotyka się w tym wieku dziecięcym. Dzieciństwo jest zazwyczaj, jak to się mówi, zasmarkane, mówiąc wprost, więc dzieci mają faktycznie predyspozycje ku temu wielkie.

Tak, jak najbardziej. Niejednokrotnie spotykałem się pracując w ambulatorium, gdzie przychodziły zrozpaczone matki z dziećmi, które z kolei mówiły, panie doktorze, już trzeci antybiotyk bierze w ciągu miesiąca i jak kaszało tak kaszle, względnie jak były wysłuchiwane świsty, tak w dalszym ciągu świszczy. Dlatego, że nie wszystko, co świszczy, jest spowodowane czynnikiem infekcyjnym.

Tak jak wspomniałem wcześniej, zakażenie wirusowe predysponuje do rozwoju astmy, natomiast sama astma nie poddaje się leczeniu żadnymi antybiotykami, a więc to nie powinno mieć miejsca, żeby astmę... A wystarczy tylko dobrze zebrany wywiad, czyli po prostu to, czy ktoś jest przeziębiony, czy wykazuje pewne objawy. Małe dzieci z reguły reagują gorączką. Jeżeli nie ma tej gorączki, jeżeli występują objawy okresowo, jeżeli te objawy występują podczas kontaktu z jakimiś czynnikami, takimi jak na przykład kurz domowy, który jest wszędziebyłski, czy występują objawy sezonowe, podczas na przykład wzmożonego stężenia pyłków drzew wczesnopylających, czyli luty, marzec, kwiecień, czy ewentualnie w maju, kiedy pyła trawy, a więc tu już jest pewnego rodzaju ukierunkowanie, że to nie jest infekcja, tylko najprawdopodobniej, z dużą dozą prawdopodobieństwa możemy myśleć o astmie.

A właśnie wymienia pan różne objawy, to uporządkujmy. Co powinno zaniepokoić w takim razie rodziców i kiedy szukać pomocy? Świszczący oddech, duszność?

Duszność to już jest maksymalne, natomiast świszczący oddech jak najbardziej tak. Początkowo może dochodzić do tzw. alergicznego nieżytu nosa, który może

stanowią pewnego rodzaju wstęp do rozwoju astmy oskrzelowej, a więc objawy kataru, czyli wycieku takiej wodnistej wydzieliny. Czasami również objawy ze strony narządu wzroku, czyli zapalenie spojówek, świąd tych spojówek, czy łzawienie, to już jest ukierunkowanie na pewną sprawę związaną z alergią. A więc należy w takiej sytuacji wykonać odpowiednie badania, więc te badania to są przede wszystkim testy skórne, które są dosyć popularne, jeżeli nie testy skórne, albo są przeciwwskazania do jej wykonania.

W tej chwili dysponujemy pewnymi takimi panelami, które się wykonuje, pobierając krew do analizy i uzyskujemy informację co do po pierwsze alergii, co stanowi czynnik sprawczy ewentualnie jaka jest siła tego czynnika sprawczego.

Astma kojarzy się jednak z tymi dusznościami, z jakimś atakiem duszności, kiedy tak naprawdę człowiek wręcz przestaje mieć możliwość oddychania. Czy to jest normalne, naturalne, czy to się zdarzy, czy tego się należy obawiać, czy to jest bardzo ciężki objaw, który naprawdę zdarza się niezwykle rzadko?

Oczywiście musimy się liczyć, że może dojść do gwałtownego zaostrzenia astmy i napadu duszności. Teraz zdecydowanie rzadziej mamy z tym do czynienia, bo tak jak wspomniałem, istnieją bardzo dobre leki i leczenie farmakologiczne, które na pewno kontrolują to, ale sama duszność jest bardzo niebezpiecznym objawem i jeżeli dojdzie do jej wystąpienia, może to bezpośrednio zagrażać życiu.

To zapytam o leczenie, bo chyba rodzice najbardziej boją się tego, że dziecko zostanie w pewnym sensie przywiązane do inhalatora czy też jakiegoś leku, który musi ze sobą mieć, musi kontrolować, musi przyjmować i rodzice tylko się trochę boją, że dziecko nie opanuje sposobu panowania nad astmą.

Tak jak wspomniałem, w tej chwili dysponujemy naprawdę dobrymi preparatami farmakologicznymi, które można zastosować z dużą skutecznością.

Oczywiście takie dziecko powinno być wyedukowane co do sposobu przyjmowania. W tej chwili preferowane jest leczenie wziewne, a więc są preparaty w postaci takiej, można powiedzieć, mgły, czyli w postaci aerozolu albo są to preparaty suchego proszku. Są to preparaty podwójne, czyli mają podwójne działanie, działanie przeciwzapalne.

Jest to glikokortykosteroid wziewny połączony z tzw. beta-2-mimetykiem długodziałającym, czyli lekiem, który rozszerza to oskrzele. I to w tej chwili stanowi właśnie standard w leczeniu astmy oskrzelowej.

Zapytam o to, czy z astmy można się wyleczyć, przyjmując te leki?

Tak jak powiedziałem, no niestety astmy nie wyleczymy, natomiast możemy ją naprawdę bardzo dobrze, bardzo skutecznie kontrolować. Po pierwsze stosując się do zaleceń, a więc unikając kontaktu z czynnikami, które wpływają na jej zaostrzenie, tak jak wcześniej powiedziałem, np. wspomniane pyłki, czy ewentualnie roztocza kurzu domowego.

No i oczywiście stosując się do zaleceń lekarskich, a więc systematycznego leczenia.

Okej, dobra, dobra. Czy astma ma jedną postać? Zapytam o to. Czy astma dzieli się na postacie ciężkie, lżejsze?

Astmę poprzednio dzieliliśmy na dwie takie grupy, czyli tak zwaną astmę alergiczną i astmę niealergiczną, czyli taka, która przebiega w postaci właśnie uczulenia na pewne substancje względnie astmy niealergiczną, która była indukowana na przykład nawracającymi infekcjami dróg oddechowych, zwłaszcza wirusowymi, czy ewentualnie bakteryjnymi, czy również wyzwalana właśnie tymi zanieczyszczeniami powietrza.

Natomiast w tej chwili wyróżniamy kilka tak zwanych fenotypów, czyli tych typów astmy, a więc jest to astma właśnie alergiczna, niealergiczna, astma mieszana, astma z utrwaloną obturacją, czyli trwałym zwężeniem oskrzeli, astma, która się ujawnia u osób otyłych względnie astma, która występuje u osób albo rozwinęła się u osób w późniejszym wieku.

O, czyli całkiem, mówiąc wprost, bogaty wachlarz takich podgrup tej choroby. Gdy pan wspominał i wymieniał to, to rzuciły mi się w oczy ta astma na tym tle otyłościowym.

Wiele ostatnio mówimy o chorobie otyłościowej i o tym, że generuje ona ponad 200 rozmaitych powikłań zdrowotnych. Jak przekłada się otyłość na wystąpienie astmy?

Otyłość generalnie jest w tej chwili problemem, natomiast jeśli chodzi tutaj u osób otyłych, więc przekłada się to na astmę w ten sposób, że dochodzi do zaburzeń hormonalnych, bo to zwłaszcza u kobiet, które z kolei są już po okresie menopauzy,

dochodzi do pewnych zmian hormonalnych i na przykład dochodzi właśnie do rozwoju astmy.

Czyli całkiem sporo rozmaitych powikłań i całkiem sporo odmian astmy, ale chciałam zapytać o te najcięższe jej odmiany. Czy jest jeszcze w ogóle pojęcie takie jak astma ciężka i ono się czymś różni?

Ależ oczywiście astma ciężka jest takie pojęcie i to dotyczy około 5-10% chorych na astmę. Te osoby stanowią dosyć dużą populację i wymagają szczególnej troski, dlatego że po prostu u nich dochodzi dosyć często do zaostrzeń, dosyć często wymagane są z kolei modyfikacje leczenia względnie stosowania glikokortykosteroidów ogólnych, od których w tej chwili staramy się odejść, ze względu na ich występujące, prowokujące objawy uboczne. Dlatego też astma ciężka jest w samej nazwie ciężka do leczenia.

Glikokortykosteroidy ogólne, maksymalne dawki glikokortykosteroidów wziewnych połączone z lekiem rozszerzającym oskrzela, a niejednokrotnie konieczność wizyty albo u lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego, w SOR-ze, względnie też konieczność hospitalizacji.

Ale czy to astma ta, nazwijmy to lżejsza, może się przekształcić w astmę ciężką?

Tak, może się przekształcić w astmę ciężką, jeżeli jest albo nieprawidłowo leczona, albo z kolei wpływają na to inne czynniki, które mogą ewentualnie właśnie doprowadzać do zaostrzenia objawów.

Zapytam o to nieprawidłowe leczenie. To jest wtedy, gdy ktoś bagatelizuje objawy albo nie przyjmuje leków?

Najczęściej pacjenci sobie bagatelizują, zmniejszają dawki leków, a powinni stosować się do zaleceń i zapewne wtedy na pewno nie byłoby problemów z jej prawidłową kontrolą.

Czyli jednak wiele tutaj do zrobienia, jeśli chodzi o edukację pacjentów, zbyt lekko podchodzą do swojej choroby?

Niektórzy zbyt lekko podchodzą do swojej choroby, dlatego że, jeśli już nawet poczują się lepiej, a więc wtedy zmniejszają sobie dawkę leków, odstawiają sobie, niektóre odstawiają sobie leki na pewien czas. Później dochodzi z kolei do zaostrzenia, ale to każde zaostrzenie to już z kolei jest bardziej ciężkie w stosunku do tego poprzedniego.

Mówił pan też o takich powikłaniach po stosowaniu leków z jednej strony. Z drugiej na samym początku naszej rozmowy wspominał też pan o tym, że dziś ta sytuacja chorych na astmy jest zupełnie inna, bo tak wielką rewolucję przeszło leczenie. A czy są również jakieś nowoczesne terapie, które już zaczynają spychać na przykład kortykosteroidy do lamusa?

Tak, oczywiście. Zapewne pani ma tutaj na myśli leczenie biologiczne, które jest w tej chwili stosowane i od kilkunastu lat już jest stosowane leczenie biologiczne w astmie oskrzelowej, które można by powiedzieć, że zdecydowanie poprawiło jej kontrolę. Te leki, leczenie biologiczne jest zarezerwowane właśnie dla pacjentów z astmą ciężką, u których trudno dochodzi do kontroli. A więc osoby, które cierpią z powodu częstych zaostrzeń, konieczności stosowania dużych dawek leków, konieczności stosowania właśnie tych glikokortykosteroidów ogólnych, mogą właśnie skorzystać, o ile kwalifikują się do takiego leczenia, mogą skorzystać właśnie z tej terapii biologicznej.

Czyli ona de facto nie jest dla każdego chorego?

U nas leczenie astmy ciężkiej jest poprzez programy lekowe, które refunduje Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego też są wskazania i przeciwwskazania, czyli te czynniki, które możemy u takiego pacjenta zastosować i te, które uniemożliwiają np. wprowadzenie pacjenta do takiego programu lekowego.

W tej chwili, jeśli chodzi o Polskę, to około 4000 osób jest leczonych z powodu właśnie tej astmy ciężkiej.

Zapytam o leki biologiczne. Czym w ogóle są? Bo to czasami budzi wiele różnych znaków zapytania. Czy to już jest uznana terapia? Czy to jest jakaś terapia eksperymentalna?

Nie, terapia eksperymentalna na pewno by była przeprowadzona na zwierzętach. To już ma swoje w tej chwili bardzo duże znaczenie, jeśli chodzi o leczenie. Musimy powiedzieć, że takie preparaty to są humanizowane przeciwciała monoklonalne.

To tak naukowo może brzmieć, ale w każdym razie są to substancje, które są podawane najczęściej podskórnie albo co 2 tygodnie, czy co 4 tygodnie o różnym mechanizmie działania, ponieważ tak jak wspomniałem na samym początku, przy tej etiologii zapalnej są różnego rodzaju mediatory, a więc te preparaty są skierowane przeciwko właśnie albo tym komórkom zapalnym, względnie też przeciwko mediatorom, które komórki zapalne, względnie kooperujące z nimi komórki syntetyzują i wydzielają.

To jest bardzo ciekawe, bo terapie biologiczne w różnych gałęziach medycyny odnoszą spektakularne sukcesy i trochę się tak rozpychają. To zapytam o przyszłość.

Będziemy wkrótce w jakiejś nowej erze lekowej?

Trudno mi jest w tej chwili powiedzieć. Wydaje mi się, że terapia biologiczna, która od kilkunastu lat jest stosowana, nie tylko w alergologii, ale i w innych dziedzinach medycyny, myślę, że to będzie jak na razie metoda leczenia, która się utrzyma przez kilka czy przez kilkanaście lat, a nie wykluczone, że może zostaną syntetyzowane jakieś inne substancje, które będą albo wpływały na i uniemożliwiały rozwój choroby, albo też jeszcze jej lepszą kontrolę.

Zapytam, czy w astmie ciężkiej to jest ciągle choroba, której powikłaniem może być jakiś ciężki atak duszności, czyli to, z czym zazwyczaj kojarzymy astmę? Na czym ta ciężkość tej choroby polega?

Ciężkość tej choroby polega przede wszystkim na objawach klinicznych, czyli po prostu częste zaostrzenia, które zmuszają do modyfikacji leczenia.

A więc tu ta modyfikacja leczenia jest konieczna do zastosowania tak zwanych maksymalnych dawek, zwłaszcza leku przeciwzapalnego, to jest tego glikokortykosteroidu wziewnego, również do łączenia glikokortykosteroidu ogólnego. Jeżeli to z kolei nie pomaga, to pacjent się źle czuje, a więc zwiększona liczba wizyt

u lekarza pierwszego podstawowej opieki zdrowotnej względnie na SOR. A jeżeli dochodzi do takiego gwałtownego zaostrzenia, względnie bardzo silnego zaostrzenia, to konieczności hospitalizacji, a niejednokrotnie również i pobytu w oddziale intensywnej opieki medycznej.

No właśnie, zapytam, na ile choroba jaką jest astma utrudnia normalne funkcjonowanie i życie? Rozumiem, że w tych przypadkach ciężkich mówimy o poważnych sprawach i tym, że to życie jest mocno ograniczone.

Tak, u tych pacjentów rzeczywiście życie jest mocno ograniczone. Pacjenci się obawiają wystąpienia pewnych objawów właśnie, dlatego że te objawy niejednokrotnie występują gwałtownie.

Wystarczy, że np. może być jakiś kontakt z zanieczyszczeniem powietrza, że ktoś wyjdzie np. na dwór, a będzie smog, będzie duże stężenie zanieczyszczeń powietrza, a więc to może również być takim mechanizmem spustowym, wyzwalającym wystąpienie, zaostrzenie i wystąpienie duszności.

A w przypadku tych nieciężkich postaci astmy, bo czasami ludzie boją się właśnie, słysząc taką diagnozę, słysząc, że dziecko jest chore na astmę, że oto przed nimi lata takiej nierównej walki i lata ograniczeń. Czy faktycznie astma dziś wiąże się z ograniczeniami np. w uprawianiu sportu w normalnym szkolnym czy towarzyskim życiu?

Absolutnie nie. Astma dobrze kontrolowana nie jest przeciwwskazaniem do uprawiania sportu, a wręcz przeciwnie. Osoby młode, dzieci i osoby młode powinny jak najbardziej uprawiać sport. Błędem w mojej opinii jest np. zwalnianie albo też czasami nawet i przymuszanie lekarza, alergologa czy ewentualnie podstawowej opieki zdrowotnej do przepisywania, zwolnienia z zajęć fizycznych.

Natomiast tak jak wspomniałem wcześniej, astma naprawdę poddaje się dobrej kontroli. Jeżeli ktoś przyjmuje nieregularnie leki w odpowiedniej dawce, takiej dawce jakie są ustalone, a więc ta kontrola jest najczęściej prawidłowa.

Oczywiście my stosujemy taką metodę, że jeżeli dochodzi do pewnego zaostrzenia, a więc należy zwiększyć dawkę glikokortykosteroidów wziewnego, a więc tutaj mamy tzw. step up i step down, czyli jeżeli jest zaostrzenie, to zwiększamy dawkę, natomiast jeżeli to zaostrzenie ustępuje, a więc wtedy można wrócić do tej dawki, która była stosowana dotychczas.

Panie profesorze, wspominał Pan na samym początku, że jest wiele przypadków astmy niezdiagnozowanej. Dlaczego tak się dzieje? Czy to lekarze gdzieś błędzą po omacku? Czy pacjenci nie wiedzą, że coś co się z nimi dzieje jest po prostu medycznym problemem, z którym trzeba zacząć walczyć?

W mojej opinii jest to zarówno po stronie pacjentów, jak i po stronie lekarzy. Część pacjentów sobie bagatelizuje te objawy, natomiast jeżeli już dotrą, to niektórzy lekarze mogą ewentualnie również nawet nie pomyśleć o tym, że możemy mieć do czynienia z astmą. Należałoby w takich przypadkach na przykład dobrze zebrany wywiad.

To już jest, jak ja mówię, połowa sukcesu, plus wykonanie dodatkowych badań, a więc tych testów skórnych, czy ewentualnie testów alergenowo-specyficznych IG, czy nawet wykonanie badania spirometrycznego, które może w zdecydowanej większości może wyjść prawidłowo, ale niejednokrotnie możemy stwierdzić pewne nieprawidłowości, które mogą nam z kolei nasuwać podejrzenie właśnie astmy.

Może potrzebujemy jakichś nowych standardów leczenia?

Nie, w mojej opinii raczej w tej chwili nie ma takowej potrzeby, dlatego że te standardy zostały ustalone przez Gremium Europejskie, przez Gremium Polskie, także jesteśmy jak najbardziej w tej chwili, nasi pacjenci są leczeni nowocześnie, tak jak pacjenci europejscy.

No tak, ale trzeba przede wszystkim, i do tego wszystkich namawiamy, obserwować siebie, obserwować swoich bliskich, nie bagatelizować objawów, a to często pan profesor w czasie tej rozmowy wspominał częstym powikłanie, i powikłania występują na przykład wtedy, gdy pacjent na własną rękę uznaje, że może sobie zmniejszyć dawkę leku, albo w ogóle odpuścić, bo przecież mu się poprawiło, to jest groźne i może prowadzić do wystąpienia właśnie powikłań.

Jak najbardziej, tak. Niektórzy pacjenci sobie rzeczywiście bagatelizują swoje objawy, względnie też z kolei niezbyt poważnie podchodzą do zagadnienia leczenia, sądząc, że już uzyskałem poprawę, jest wszystko w porządku, a więc nie muszę się leczyć. I to jest konsekwencja właśnie takiego podejścia pacjenta.

A my do zmiany podejścia do leczenia namawiamy. Namawiamy do tego, by podejść poważnie do leczenia astmy. Serdecznie dziękuję za dzisiejszą rozmowę.

Gościem audycji Samo Zdrowie był prof. Andrzej Chciałowski, specjalista chorób wewnętrznych, chorób płuc i alergolog, kierownik kliniki chorób wewnętrznych, infekcyjnych i alergologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Serdecznie dziękuję Panie Profesorze za rozmowę.

Dziękuję bardzo.

A Państwa zapraszam do słuchania audycji Samo Zdrowie na antenie Polskiego Radia 24 od poniedziałku do piątku o 19.30. Żegna się z Państwem Małgorzata Telmińska.