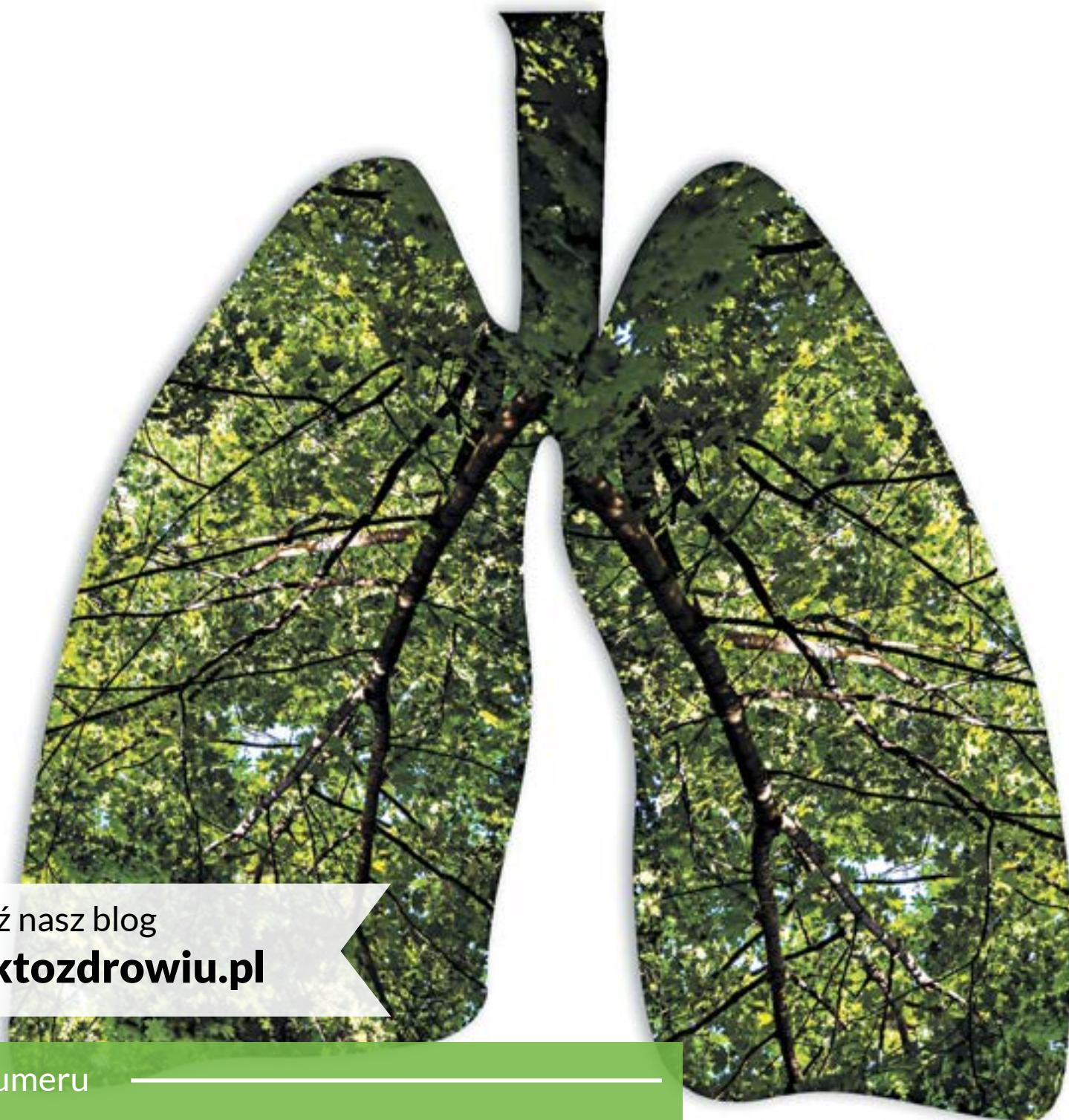


CHOROBY PŁUC

- PROFILAKTYKA I LECZENIE -



Odwiedź nasz blog
wpunktozdrowiu.pl

Temat numeru

Przełom w raku płuca

Szanse i wyzwania dla polskich pacjentów

strona 3, 6

Powietrze w Twoim domu

Zadbaj o jego jakość

strona 4-5

Mukowiscydoza

Spersonalizowane leczenie

strona 7

Leczenie astmy

Wielka rola edukacji

strona 8

POChP – wciąż niska świadomość

Pomimo tego, iż zapadalność na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc wzrasta, wiedza na temat tej choroby jest niewystarczająca.

Jak przedstawiają się statystyki dotyczące zachorowań na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w Polsce?

Na podstawie wyników cząstkowych badań epidemiologicznych ocenia się, że w naszym kraju choruje około 10% osób w populacji powyżej 40 roku życia, czyli choroba może dotyczyć około 2 milionów osób. Przewlekła obturacyjna choroba płuc to choroba osób w wieku średnim i starszym. Nieco częściej chorują mężczyźni niż kobiety. Według WHO POChP zajmuje obecnie czwarte miejsce wśród przyczyn wszystkich zgonów na świecie i prawdopodobnie do 2030 roku znajdzie się na trzeciej pozycji.

Jakie czynniki ryzyka wpływają na powstanie POChP?

Najważniejszym czynnikiem ryzyka POChP jest palenie tytoniu. Duże znaczenie mają również szkodliwe czynniki środowisko-



Prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński

Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc; Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

.....
we, przede wszystkim zanieczyszczenie powietrza, szczególnie dwutlenkiem siarki i azotu, ozon oraz pył zawieszony, czyli cząstki o różnym składzie chemicznym. Im mniejsza średnica cząstek, tym większa ich szkodliwość. Prawdopodobnie najbardziej szkodliwe są tzw. nanocząstki o niewyobrażalnie małej średnicy i wysokiej reaktywności fizykochemicznej. Stąd też stężenie pyłu zawieszzonego podaje się w odniesieniu do cząstek o średnicy poniżej 10 mikrometrów (PM<10) oraz poniżej 2,5 mikrometra (PM<2,5).

Jakie objawy mogą wskazywać na POChP?

Podstawowe objawy choroby są podstępne, nietypowe i rozwijają się powoli. Należy do nich przewlekły kaszel ze skąpym wykrztuszaniem płwociny, który początkowo jest niestety lekceważony jako objaw choroby a przeważnie postrzegany jako konsekwencja palenia papierosów. Najbardziej dokuczliwym objawem POChP jest duszność początkowo pojawiająca się podczas wysiłków fizycznych i często przypisywana wówczas przez pacjentów (czasem także przez lekarzy) starzeniu się organizmu lub chorobie serca. Z tego powodu POChP rozpoznawana jest u wielu chorych w stadium znacznego zaawansowania. Niestety, nadal nierzadko diagnoza stawiana jest w chwili, gdy rezerwy wentylacyjne płuc są na wyczerpaniu, a u chorego występują objawy niewydolności oddychania i duszność towarzyszy codziennie najmniej nawet aktywności fizycznej.

Czy Polscy pacjenci są świadomi ryzyka związanego z POChP i stosują się do zaleceń dotyczących leczenia i stylu życia?

Niestety, zaledwie kilkanaście procent ankietowanych przedstawicieli naszego społeczeństwa znało lub chociażby słyszało skrót POChP. W szerokiej świadomości społecznej istnieje rak płuca czy gruźlica, ale wciąż bardzo niewiele osób zdaje sobie sprawę z zagrożeń wynikających z POChP. Tymczasem jest to nadal nieuleczalna i systematycznie postępująca choroba prowadząca prędzej czy później do inwalidztwa oddychowego i przedwczesnej śmierci.

W jaki sposób POChP wpływa na jakość życia chorych?

W początkowym stadium choroby pojawiają się ograniczenia związane przede wszystkim z niemożnością wykonywania wysiłków fizycznych. Chory musi zmienić pracę na lżejszą lub wręcz przejść na rentę. Zmniejszona tolerancja wysiłku stopniowo wpływa także na ograniczenie aktywności pozazawodowych w domu i poza domem. W zaawansowanym okresie choroby pacjent spędza większą część czasu w domu, często musi oddychać tlenem, a czasem także korzystać z respiratora wspomagającego oddychanie. Jest oczywiste, że w takiej sytuacji codzienne czynności życiowe są utrudnione, czasem nawet niemożliwe, a chory wymaga stałej opieki.

Co jest największym wyzwaniem w ujęciu POChP w Polsce?

Istotne znaczenie ma ciągłe budowanie w społeczeństwie świadomości o istnieniu POChP, o przyczynach jej rozwoju, którym stosunkowo łatwo można zapobiegać, a także o sposobach diagnostyki i leczenia. Informacji na temat tej choroby nigdy nie będzie dosyć. Najważniejsze znaczenie ma profilaktyka, czyli walka z nałogiem palenia tytoniu i działania zmierzające do poprawy jakości powietrza, którym oddychamy. Po stronie lekarzy, poza działaniami profilaktycznymi, stoi ogromne zadanie wczesnego wykrywania choroby za pomocą badania spirometrycznego, a następnie szybkie podjęcie odpowiedniego leczenia.

Astma a alergiczny nieżyt nosa



Dr n. med. Aleksandra Kucharczyk

Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej WIM MON

Ryzyko pojawienia się astmy wzrasta 8-krotnie u pacjentów z alergicznym nieżytem nosa

równu budowa, jak i naciek zapalny obejmujący górne i dolne drogi oddechowe mają wiele cech wspólnych spowodowały, że już około 20 lat temu, w wyniku inicjatywy ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma) sformułowana została koncepcja traktowania nieżyty nosa i astmy jako jednej jednostki chorobowej (jedne drogi oddechowe - jedna choroba).

Dane epidemiologiczne

Nieżyt nosa rozpoznaje się u 75 do 90% dorosłych chorych na astmę alergiczną. Z kolei astmę rozpoznać można u 25 do 50% chorych na nieżyt nosa. Ryzyko pojawienia się astmy wzrasta 8-krotnie u pacjentów z alergicznym nieżytem nosa, a jest prawie 12-krotnie większe u chorych na nieżyt nosa niealergicznego. Jeszcze wyraźniejszy związek widoczny jest u dzieci chorych na astmę,

u których nieżyt nosa występuje prawie zawsze (94%).

Przebieg naturalny

Przeprowadzono wiele badań, w których oceniano wpływ alergicznego i niealergicznego nieżyty nosa na rozwój astmy, czyli zjawisko nazywane „marszem alergicznym”. Pierwszy krok to pojawienie się uczulenia, a więc sytuacja, w której u chorego jeszcze bez dolegliwości alergicznych stwierdza się dodatnie wyniki testów skórnych. Wpływ na pojawienie się objawów mają czynniki środowiskowe, takie jak alergeny czy zanieczyszczenia powietrza. W ten sposób pacjent przechodzi do kolejnego etapu, w którym pojawiają się objawy ANN, a następnie u 15-38% chorych dochodzi do rozwoju astmy.

Postępowanie terapeutyczne: leczenie i profilaktyka astmy

Wyniki wielu badań potwierdzają, że choroba górnych dróg oddechowych może nasilać lub wywoływać astmę. Z drugiej strony istnieje wiele dowodów na to, że prawidłowe leczenie nieżyty nosa ma wpływ nie tylko na ciężkość astmy, ale również na ryzyko jej wystąpienia (6). Dlatego tak ważna jest prawidłowa terapia

ANN, na którą składa się leczenie objawowe miejscowymi glikokortykosteroidami, ale przede wszystkim stosowanie swoistej alergonoterapii (SIT). Leczenie to nie tylko skutecznie zmniejsza objawy alergicznego nieżyty nosa, ale też istotnie redukuje ryzyko rozwoju astmy. Co więcej efekt ten jest trwały i utrzymuje się wiele lat po zakończeniu odczulania (8-14). W tym miejscu należy też wspomnieć o leczeniu biologicznym astmy: stosowanie preparatów, takich jak omalizumab czy mepolizumab, skutecznie wpływa nie tylko na kontrolę astmy, ale również na objawy ANN.

Obserwowane związki między schorzeniami górnych i dolnych dróg oddechowych mają istotne znaczenie kliniczne. Na ich podstawie sformułowano trzy główne zasady leczenia i diagnozowania astmy i ANN (ARIA):

- Chorzy na przewlekłe lub nawracające zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych powinni być zawsze przebadani pod kątem astmy oskrzelowej.
- U pacjentów chorych na astmę zawsze należy w wywiadzie zwrócić uwagę na objawy ze strony górnych dróg oddechowych a także przeprowadzić diagnostykę alergologiczną.
- Leczenie powinno być zawsze ukierunkowane na stan zapalny obejmujący górne i dolne drogi oddechowe.

PARTNERZY MERYTORYCZNI



Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP



Polska Grupa Raka Płuca

PARTNERZY STRATEGICZNI



PARTNERZY MEDIALNI



w punkt zdrowiu.pl

THE POINT
www.thepoint.com.pl

Healthcare Project Managing Director:
Joanna Lewandowska

Redakcja: Joanna Lewandowska

The Point Media
ul. Libijska 10c
03-977 Warszawa
NIP 521 339 71 59
biuro@thepoint.com.pl

Skład:
MB
Druk:
AGORA S.A.
Fotografie: Fotolia, zasoby własne

Rewolucja w raku płuca

Postęp, jaki w ostatnich latach dokonał się w leczeniu pacjentów z rakiem płuca to rewolucja i ogromna szansa dla chorych.

TEKST/ Joanna Lewandowska

Na czym polega działanie leków immunonokompetentnych w starciu z rakiem płuca? Z jakimi korzyściami może wiązać się dla chorych?

Leki immunokompetentne to całkiem nowa klasa terapeutyczna. To nie są leki sensu stricto będące lekami przeciwnowotworowymi, a to oznacza, że nie niszczą bezpośrednio komórki nowotworowej. To jest taka klasa leków, które oddziałują na określone receptory na limfocytach bądź ligandy, substancje cząstki, które te receptory pobudzają, doprowadzając do odhamowania układu immunologicznego. Czyli układ immunologiczny, który przez komórkę nowotworową jest zahamowany przez wydzielane czynniki takie jak interleukiny, czynniki prozapalne itp. I jest jakby zaślepiiony i nie widzi komórek nowotworowych.

Tego typu terapie dają nowy obraz, „odsłaniają” układ immunologiczny, który zaczyna ponownie widzieć komórki nowotworowe jako obce w ciele człowieka i sam zaczyna je niszczyć. To własny układ immunologiczny człowieka reaktywowany wydziela różnego rodzaju cytokiny i czynniki, które doprowadzają do bezpośredniej śmierci komórki nowotworowej.

Jaki warunek musi zostać spełniony, aby pacjent mógł zostać leczony za pomocą immunoterapii już w pierwszej linii?

W chwili obecnej, jeżeli chodzi o raka niedrobnokomórkowego płuca mamy 2 grupy tych leków, tzw. leki skierowane na oś PD-1, czyli programowanej śmierci komórki typu 1 i możemy albo hamować ten receptor i podać przeciwciała anty PD-1 albo hamować ligand i podać przeciwciała monoklonalne anty PD-L1. Mamy 2 terapie anty PD-1 i to jest pembrolizumab i niwolumab, skierowane przeciwko receptorowi programowanej śmierci typu 1. Na dzień dzisiejszy mamy 3 substancje, jedną zarejestrowaną- anty PD-L1, atezolizumab. Zapytała mnie Pani o pierwszą linię leczenia- tu odnieśliśmy



Prof. nadzw. dr hab. n. med. Dariusz Kowalski

Prezes Polskiej Grupy Raka Płuca, Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie

sukces w współpracy z Funduszem Zdrowia, a przede wszystkim z Ministerstwem Zdrowia. Od połowy ubiegłego roku mamy dostęp do zastosowania pembrolizumabu stosowanego w monoterapii już w pierwszej linii leczenia, u chorych z zaawansowanym nie drobnokomórkowym rakiem płuca, będących w fazie rozsiewu czyli przerzutowej choroby nowotworowej.

Warunkiem zastosowania pembrolizumabu oprócz odpowiednich badań, dobrego stanu ogólnego itd., jest warunek natury patomorfologicznej. Co najmniej albo więcej niż 50 % komórek w badanym preparacie musi mieć ekspresję liganda PD-L1. Jeżeli jest 50 i więcej procent, pembrolizumab może być zastosowany w monoterapii już jako pierwsza linia leczenia, czyli zastąpić klasyczną chemioterapię.

Jak liczna może być ta grupa pacjentów?

Generalnie wszystkich nowych rozpoznań raka mamy około 21, 22 tysiące.

80 % z tego stanowi rak niedrobnokomórkowy i co najmniej 30 % niezależnie od typu histopatologicznego czy płaskonabłonkowy czy

niepłaskonabłonkowy ma wysoką ekspresję. Około 30 % z tych 80% kwalifikowałoby się zatem do leczenia pembrolizumabem, pod warunkiem spełnienia innych dodatkowych czynników ujętych w programie lekowym m.in. brak chorób autoimmunologicznych, brak śródmiąższowego zapalenia płuc, dobry stan ogólny.

Dostęp do leczenia pacjentów z rakiem płuca zmienia się. Niestety nadal pacjenci oraz ich lekarze spotykają się z wieloma ograniczeniami związanymi z funkcjonującym programem lekowym. Jakimi?

Przed wszystkim chory musi trafić do dobrej i szybkiej diagnostyki molekularnej, dlatego że w przypadku raka gruczołowego musimy wykluczyć obecność mutacji kierujących, na które mamy leki ukierunkowane molekularnie. Chory musi mieć zatem po pierwsze szybką diagnostykę potwierdzającą rozpoznanie raka płuca, po drugie musi mieć szybko i bardzo dobrze pobrany materiał do badań. Co ważne potrzebujemy tego materiału dużo więcej niż dotychczas. Kiedyś wystarczyła nam biopsja cienkoigłowa, teraz potrzebujemy wycinków, aby wykonać szereg różnych badań. Po trzecie, jeżeli mamy rozpoznanie raka niedrobnokomórkowego o typie niepłaskonabłonkowym czyli rak wielkomórkowy, NOS, lub rak gruczołowy, myśląc o immunoterapii, w pierwszej kolejności wykonujemy ocenę statusu genu EGFR, czyli naskórkowego czynnika wzrostu, genu ALK oraz genu ROS-1. I dopiero po wykluczeniu tych 3, genów oceniamy status PD-L1 i taką grupę chorych kwalifikujemy do immunoterapii.

Problemem jest aktualnie szybki dostęp do określonych badań biomolekularnych i histochemicznych. Tu problemem są aspekty finansowe, gdyż Fundusz płaci tylko za 1 badanie, a aby zakwalifikować pacjenta trzeba wykonać badań 3, albo 4.

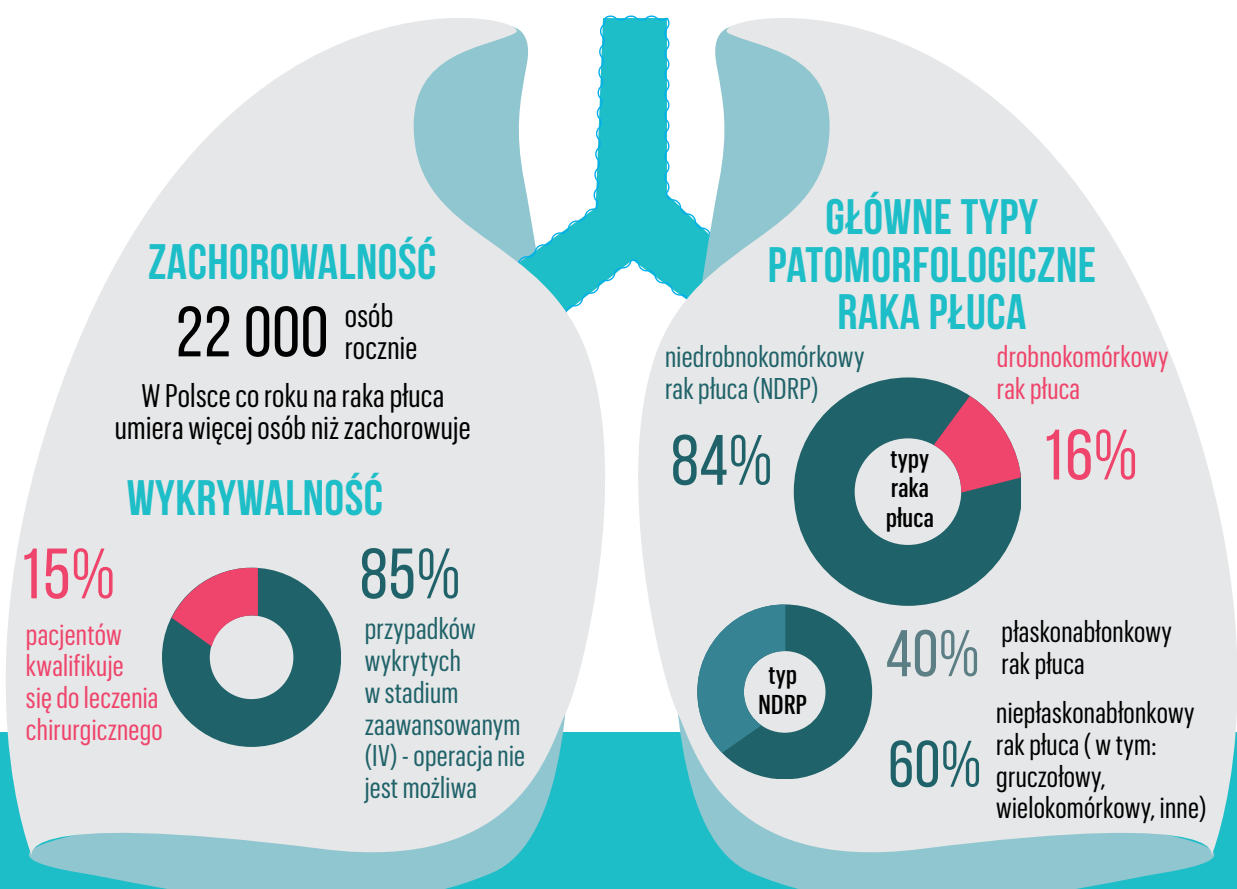
Immunoterapia w pierwszej linii leczenia pacjentów z rakiem płuca jest zarezerwowana dla określonej grupy pacjentów. Czy istnieje szansa na zmianę i rozszerzenie dostępu o kolejne grupy chorych?

Oczywiście, że tak. Mamy już rejestrację północno amerykańską FDA z USA i rejestrację na terenie UE. W Polsce nie ma jednak statusu refinansowania takiego postępowania, w tej grupie chorych, gdzie odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 jest poniżej 50 % u których wiemy, że dodanie immunoterapii do klasycznej chemioterapii diametralnie poprawia wskaźniki przeżycia. Taki wniosek został również złożony do Ministerstwa i czekamy na możliwość kombinacji połączenia klasycznej chemioterapii z immunoterapią.

Która grupa pacjentów z rakiem płuca może odnieść największe korzyści ze stosowania immunoterapii?

To jest trudne pytanie, bo wchodzi w grę zjawiska pseudoprogresji i hyperprogresji. Natomiast są to podobne czynniki, jak w przypadku klasyfikacji do klasycznej chemioterapii. Zawsze potwierdzam we wszystkich wywiadach, że immunoterapia to jest bardzo dobra, nowa metoda leczenia. Dostaliśmy potężny oręż, ale powinna być ona zastosowana w odpowiedniej grupie, w odpowiednim czasie. Często się tak zdarza, że trafiają do mnie chorzy, jako do Ośrodka Referencyjnego pt. „Ratujmy”. Chorzy są po 3, 4 liniach, wwożeni na wózek, w stanie sprawności 30, 40 punktów na 100 punktów -to nie jest kandydat na podanie immunoterapii. To nie jest bajkowa „żywa woda”. To nie jest tak, że podamy dawkę a następnego dnia chory obudzi się zdrowy. Musimy dać czas, aby mechanizmy odpowiedzi immunologicznej zostały zreaktywowane. To nie dzieje się natychmiast. Pacjenci z mutacjami w genie EGFR, ROS-1, ALK gorzej odpowiadają i ich odpowiedź na immunoterapię trwa krócej. Dlatego badania molekularne są tak istotne i musimy je wykonać, aby zaproponować im optymalną opcję terapeutyczną. Leczenie raka płuca w ciągu ostatnich lat zmieniło się tak, że przygotowując prezentację pokazuję slajdy z obrazami rewolucji francuskiej. Pani Reaktor – to jest rewolucja, a immunoterapia w czerniakach i raku płuca wyróciła świat do góry nogami, zmieniając perspektywę naszych możliwości terapeutycznych, a przede wszystkim szans dla chorych.

Leczenie raka płuca w Polsce



Zadbajmy o powietrze w naszych domach

Czym tak naprawdę oddychamy w naszych domach i dlaczego jakość powietrza w pomieszczeniach, w których przebywamy odgrywa kluczową rolę w trosce o zdrowie płuc, opowiada dr n. med. Piotr Dąbrowiecki.

TEKST/ Joanna Lewandowska

Czym tak naprawdę jest zanieczyszczenia powietrza i dlaczego stanowi ono ryzyko powstania chorób układu oddechowego i zagrożenie dla zdrowia naszych płuc?

Zanieczyszczenie powietrza to nic innego jak obecność w powietrzu wszelkich substancji, które nie powinny się w nim znajdować. Najczęściej są to produkty spalania węgla i innych paliw stałych, którymi ogrzewamy nasze domy w sezonie jesiennie-zimowym, ale także te, które spalamy w silnikach samochodów i używamy do transportu czy też stosujemy szeroko w energetyce. Zanieczyszczenie powietrza, które jest obecne w postaci nadmiaru pyłu zawieszonego, czyli PM (z ang. Particulate Matter), w zależności od wielkości albo 10 mikrometrów albo PM 2,5 albo poniżej 1. To są tzw. cząstki stałe, czyli drobiny substancji zawieszone w powietrzu, które dostają się do układu oddechowego wraz z każdym tętnem powietrza. Dodatkowo, powietrze zanieczyszczają węglowodory aromatyczne (tzw.WWA) czyli substancje chemiczne, które mogą występować w fazie wolnej lub występują na tych cząstkach stałych, jako elementy związków chemicznych, które niesie ze sobą pył zawieszony. To jest głównie benzen, furany, dioksyny i inne substancje chemiczne, które powstają na skutek spalania paliw stałych czyli tak naprawdę wszystkiego, co ulega spalaniu w naszych domach, elektrociepłowniach.

O jakich chorobach mówimy?

Pył zawieszony, węglowodory aromatyczne, tlenki azotu, tlenki siarki lub ozon wnika do układu oddechowego wywołując stan zapalny. W wyniku obecności tych zanieczyszczeń w powietrzu, którym oddychamy dochodzi do rozwoju stanu zapalnego (to jest reakcja obronna organizmu) w obrębie nosa, gardła, krtani czy też płuc. Ten stan zapalny powoduje konkretne objawy tj. kaszel, wykrztuszenie wydzieliny, która jest sygnałem tego że organizm się broni i stara się unieszkodliwić czynniki drażniące układ oddechowy. W skrajnych przypadkach stan zapalny może doprowadzić do duszności. Co więcej zanieczyszczenia powietrza mogą również



Dr n. med. Piotr Dąbrowiecki
alergolog z Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii w Wojskowym Instytucie Medycznym, Przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP

powodować zmiany w komórkach układu immunologicznego, czyli doprowadzają do tego, że układ immunologiczny płuc zaczyna reagować inaczej. Jest bardziej leniwy w stosunku do wirusów i bakterii, a czasem nadmiernie aktywny w kierunku innych czynników wnikających do płuc np. pyłków, roztoczy kurzu domowego, które nie szkodzą same w sobie. Jednak ta zmieniona przez cząstki stałe błona śluzowa układu oddechowego reaguje nadmiernie. Powoduje to nadwrażliwość czyli alergię, rozwój astmy, POChP. Wiele lat drażnienia tkanki płucnej może doprowadzić do rozwoju raka płuca.

Pył zawieszony i WWA to substancje o udowodnionym potencjale carcinogennym (wywołującym raka). Kolejna grupa chorób związanych z zanieczyszczeniami to schorzenia układu sercowo-naczyniowego. Drobny pył PM 1-2,5 i mniejszy swobodnie penetruje do pęcherzyków płucnych a następnie do krwioobiegu powodując rozwój miażdżycy naczyń a następnie nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej i powikłań w postaci udarów i zawałów serca.

Według Światowej Organizacji Zdrowia w zamkniętych pomieszczeniach przebywamy średnio 90 procent czasu naszego życia, z czego dwie trzecie spędzamy we własnych domach. Czy powietrze w naszym domu może być dla nas groźne?

Jak najbardziej. Powietrze w naszym domu może być dla nas groźne przede wszystkim dlatego, że to, co jest w środku naszego domu to pokosie tego, co jest na zewnątrz.

Jeżeli mamy poziom zanieczyszczeń na zewnątrz np. 100% to w naszych domach jest mniej więcej od 60 -70% takiego zanieczyszczenia. Czyli dom nie jest niestety dla nas bezpieczny. Cząstki stałe, a na nich węglowodory aromatyczne to struktury wielkości 1/30 średnicy ludzkiego włosa, mogą bardzo dobrze i bez problemu penetrować przez szpary, nieszczelności czy otwarte drzwi i okna i kumulować się w domu.

Nie zdajemy sobie sprawy, ale w naszych domach żyje z nami wiele niewidzialnych towarzyszy, niestety często powodując alergię, choroby układu oddechowego oraz zaostrzenia istniejących chorób płuc. Czym tak naprawdę oddychamy we własnym zaciszu?

To mogą być odchody roztoczy kurzu domowego, czyli małe pajęczaki, które mieszkają z nami od tysięcy lat, odżywiając się naszym złuszczonej naskórkiem, chłonąc wodę z naszego potu, kiedy w nocy śpimy w łóżkach. To bardzo częsty alergen, który pojawia się w naszych domach. Kolejno zarodniki grzybów pleśniowych czy też struktury chemiczne, które są wydzielane przez dywany, farby, meble czy też chemię domową, która jest coraz bardziej agresywna. To wszystko powoduje, iż w atmosferze naszego domu, którą oddychamy jest bardzo dużo drażniących struktur chemicznych.

Za nami sezon smogowy i kominkowy, niestety przed nami sezon pyłkowy. Czy pyłki mogą być groźne dla nas także w domach?

Niestety tak. Wraz z oddechem wnika one do płuc. Co prawda pyłek brzozy to 50 um, podrażnia głównie górne drogi oddechowe ale stan zapalny zapoczątkowany w nosie i krtani szybko rozlewa się na cały układ oddechowy. Pyłek wnika przez okna, drzwi. W wypadku, kiedy lubimy wietrzyć mieszkanie, gdy jest piękne słońce i duży wiatr to może się okazać, że w naszym domu będzie tyle samo, albo i więcej pyłków niż na zewnątrz. Wietrzmy więc bardzo wcześnie rano albo późno wieczorem.

Czy oczyszczacze powietrza mogą wpłynąć na lepszą jakość powietrza w naszych domach? Kto powinien rozważyć ich zakup?

Oczywiście. Stosowanie oczyszczaczy powietrza jest pewnym standardem, który rekomendujemy od lat. Jest szczególnie przydatny dla alergików, najbardziej tych uczulonych na alergeny całoroczne, zarodniki grzybów pleśniowych lub odchody roztoczy kurzu domowego. Ale również w przypadku alergii pyłkowej wiosną czy latem sprawdza się, gdyż trudno nie wietrzyć naszych domów, chyba że mamy system klimatyzacyjny. Jeśli go nie mamy to zastosowanie takiego urządzenia filtrującego powietrze jest dobrym pomysłem, bo wtedy naprawdę dom jest „naszą twierdzą” i możemy się w nim schować. Tak naprawdę wszystkie osoby z przewlekłymi chorobami układu oddechowego tj. astma, POChP, mukowiscydoza, częste infekcje układu oddechowego skorzystają na zastosowaniu oczyszczaczy powietrza. Bo im mniej jest zanieczyszczeń w powietrzu, którym oddychamy, tym nasze drogi oddechowe czują się bardziej komfortowo.

Czy według Pana Doktora Polacy są świadomi tego, że jakość powietrza którym oddychamy na co dzień ma wpływ na nasze zdrowie?

Myślę że tak, ale myślą głównie o jakości powietrza na zewnątrz, zapominając o tym, że tak jak Pani wspomniała wiele czasu spędzamy w pomieszczeniach i trzeba zadbać o to powietrze wewnątrz. Bo jeżeli nie myślimy o tym, czym oddychamy w pracy czy też w domu, to ponosimy tego konsekwencje.

Tak samo ogrzewanie naszych domów kominkami, które wydaje się ekologiczne, ale z ekologią nie ma nic wspólnego, powoduje dużą emisję zanieczyszczeń i odradzamy stosowanie kominków w domach pacjentów z astmą czy POChP. Przed nami sezon grillowy, mało kto wie, że w trakcie grillowania osoba obsługująca klasycznego grilla (na węgiel drzewny lub brykiet) przyjmuje do płuc dawkę pyłu i węglowodorów aromatycznych mogącą wywołać zaostrzenie astmy lub POChP, a jeśli takie grillowanie trwa przez godzinę, co najmniej 20 razy w roku po latach może zakończyć się rozwojem raka płuca. Dlatego jako specjaliści polecamy grille elektryczne lub gazowe. Są dużo zdrowsze.

Zdrowe powietrze w twoim domu

Niewidzialni domownicy:

- odchody roztoczy kurzu domowego
- zarodniki grzybów pleśniowych
- pyłki roślin
- struktury chemiczne, wydzielane przez dywany, farby, chemię domową



Zyskaj czyste i świeże powietrze



Wyproś niechcianych gości dzięki oczyszczaczowi

**Zlikwiduj alergeny, roztocza i pyłki
Wyliminuj pleśń
Dezaktywuj wirusy i bakterie**

Technologia w służbie czystego powietrza

Oczyszczacz powietrza Sharp Plasmacluster serii Ultimate Air (UA) Japońskiego producenta to urządzenie wyposażone w innowacyjną technologię. Zapewnia doskonały klimat w domu i pozwala odetchnąć powietrzem wolnym od grzybów, pleśni i innych zanieczyszczeń powietrza.

Oczyszczacze idealnie sprawdzą się w domach alergików, ponieważ dzięki zastosowanym filtrom usuną pyłki traw, drzew, kwiatów, a także uwolnią od alergenów pochodzących z sierści zwierząt. Jonizator Plasmacluster ION dzięki generowaniu jonów, będących odpowiednikami dodatnich i ujemnych jonów występujących w naturze, niezależnie od nasycenia pozostaje bezpieczny dla domowników. Zastosowana technologia usuwa wirusy, bakterie i zarodniki pleśni, zamieniając je w cząsteczki wody. Specjalne filtry HEPA usuwają 99,97 procent drobin kurzu o wielkości 0,3 µm, w tym pyły PM10 i PM2,5. Filtr węglowy usunie również szkodliwe gazy i pochłonie nieprzyjemne zapachy, w tym dym papierosowy. Urządzenia serii UJ-GC możemy zabrać również do samochodu, dzięki czemu czyste i świeże powietrze może nam towarzyszyć również w trakcie jazdy w miejskich korkach.

Intuicyjna obsługa, mnóstwo możliwości

Każdy z oczyszczaczy posiada panel sterujący zawierający wskaźniki i przyciski ułatwiające obsługę urządzenia, a także wybór odpowiedniego trybu pracy. Bezpośrednio po napełnieniu zbiornika wody

i podłączeniu do zasilania sprzęt jest gotowy do działania. Zastosowane czujniki analizujące stan powietrza dobierają szybkość pracy wentylatora w zależności od poziomu zanieczyszczeń, tak aby jak najszybciej usunąć je z pomieszczenia. Dodatkowym atutem są również kółka i uchwyty, które ułatwiają przenoszenie urządzenia między pokojami. Oczyszczacze marki SHARP są wyposażone w najnowsze rozwiązania, które sprawiają, że są idealnym wyborem dla wszystkich dbających o jakość powietrza w domu. W zależności od modelu, są wyposażone w następujące funkcje:

- Inteligentne nawilżanie – dopasowanie optymalnej wilgotności w zależności od temperatury w pomieszczeniu.
- Pollen – ustawienie poziomu czułości czujnika na wysoki w celu szybkiego wykrycia i usunięcia zanieczyszczeń.
- Clean Ion Shower (przygotowanie pomieszczeń do snu) – zatrzymanie kurzu i zmniejszenie elektryczności statycznej.
- Tryb nocny – maksymalne wyciszenie urządzenia pozwalające na spokojny sen wszystkich domowników.
- Timer – możliwość zaprogramowania czasu włączania i wyłączania oczyszczacza.
- Auto Louver – automatyczne otwieranie i zamykanie rolety wywiewowej.

Oczyszczacze idealnie sprawdzają się w domach alergików, ponieważ dzięki zastosowanym filtrom usuną pyłki traw, drzew, kwiatów a także uwolnią od alergenów pochodzących z sierści zwierząt

- Blokada rodzicielska – zabezpieczenie przed uruchomieniem oczyszczacza przez dzieci.
- Spot Mode – oddzielny, punktowy nawiew kierunkowy zawierający jony Plasmacluster o bardzo dużym stężeniu. Eliminowanie zapachów, drobnoustrojów i innych substancji na ubraniach, kanapach, zasłonach itp.
- Panel informacyjny – wyświetlanie wskaźników i przycisków trybu pracy.
- Kółka i uchwyty – ułatwienie przemieszczania urządzenia między pokojami.

Jakość potwierdzona certyfikatami:

Elegancki design i niewielkie rozmiary sprawiają, że nawet z upływem czasu sprzęt wygląda bardzo estetycznie i nie zaburza wystroju wnętrza. Wszystkie oczyszczacze powietrza posiadają prestiżowy certyfikat Brytyjskiej Fundacji Alergii (BAF), a żywotność filtrów przy odpowiednich warunkach i prawidłowej konserwacji może wynieść do 10 lat.



*model UA-HG50-L

Odetchnij domową atmosferą, bez smogu, kurzu i alergenów. Inteligentne oczyszczacze powietrza serii Ultimate Air (UA) to wyjątkowy sprzęt dla Twojego domu!



Certyfikat British Allergy Foundation, potwierdza skuteczność oczyszczaczy serii UA w usuwaniu alergenów z powietrza. Unikalna technologia Plasmacluster Ion HD 7000, wykorzystuje podobnie jak występujące w przyrodzie jony dodatnie i ujemne do neutralizacji wirusów, alergenów czy zarodników pleśni. 10 lat trwałości filtrów to wygoda i oszczędność dla Twojego portfela.

Kulejący dostęp do diagnostyki kwalifikującej w raku płuca



Na temat trudnień związanych z dostępem do nowoczesnej diagnostyki kwalifikującej w raku płuca rozmawiamy z prof. Renatą Langfort.



Prof. dr hab. n. med. Renata Langfort
Kierownik Zakładu Patomorfologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

TEKST/ Joanna Lewandowska

Dlaczego selekcja pacjentów z rakiem płuca do leczenia za pomocą immunoterapii na podstawie dokładnej diagnostyki molekularnej jest tak istotna?

Ostatnie lata niewątpliwie były przełomem w leczeniu raka płuca. Wprowadzenie najpierw terapii celowanej inhibitorami kinazy tyrozynowej a następnie inhibitorami punktów kontroli immunologicznej spowodowały, że rak płuca z bardzo źle rokującej choroby staje się powoli przewlekłym schorzeniem, w którym czas przeżycia, czas wolny od progresji choroby stopniowo ulegają wydłużeniu. Należy jednak bardzo wyraźnie podkreślić, że aby skuteczność tego leczenia była najlepsza, niezbędna jest właściwa kwalifikacja chorych, gdyż niestety, nie jest to metoda przeznaczona dla wszystkich osób z rakiem płuca. Chorzy muszą spełniać określone kryteria kwalifikacyjne. Przede wszystkim kandydatami do nowych metod leczenia są pacjenci z zaawansowanym rakiem niedrobnokomórkowym płuca, o określonej postaci morfologicznej, z potwierdzonymi czynnikami predykcyjnymi w komórkach nowotworowych. W sumie jest to około połowa chorych z niedrobnokomórkowym rakiem płuca, ale żeby wyodrębnić tę grupę konieczne jest przebadanie całej populacji pacjentów z rozpoznaniem raka płuca. Czyli w momencie ustalenia rozpoznania histopatologicznego raka niedrobnokomórkowego w stadium nieoperacyjnym, czy w przypadku wznowy choroby po leczeniu chirurgicznym, w stadium uogólnienia pacjent z rakiem określonym jako rak gruczołowy, czy innym niż płaskonabłonkowy powinien mieć wykonane testy molekularne w kierunku występowania mutacji w genie EGFR, następnie ekspresji białka ALK, rearanżacji w genie ROS1. Pozytywny wynik jednego z testów pozwala na zastosowanie odpowiedniej terapii celowanej inhibitorami kinazy tyrozynowych. U pozostałych pacjentów, jak również u chorych z rozpoznaniem raka płaskonabłonkowego wskazane jest wykonanie badania ekspresji białka PD-L1, które jest niezbędne do kwalifikacji do leczenia w I linii lekami blokującymi punkty kontroli immunologicznej.

Taka diagnostyka pozwala na dopasowanie optymalnej terapii do danego pa-

cjenta. Dla jakiej grupy pacjentów najbardziej optymalną opcją leczenia jest immunoterapia?

Tak. Tylko chorzy, u których potwierdzi się występowanie czynników predykcyjnych odniosą największe korzyści z zastosowanego leczenia. Terapie celowane inhibitorami kinazy tyrozynowych działają tylko na ściśle określone zaburzenia występujące w komórkach raka. Czyli dane grupy leków są ukierunkowane na konkretne nieprawidłowości molekularne.

Z kolei kwalifikacja do leczenia inhibitorami punktów kontroli immunologicznej, lekami tzw. immunokompetentnymi zależy od stopnia zaawansowania choroby oraz postaci morfologicznej raka. Leczenie w I linii jest przeznaczone dla pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca, w IV stopniu zaawansowania choroby, z rozpoznaniem histopatologicznym raka płaskonabłonkowego lub z rakiem niepłaskonabłonkowym (np. gruczołowym), ale w tym przypadku konieczne jest wcześniejsze wykluczenie możliwości występowania mutacji w genie EGFR, czy ekspresji białka ALK i rearanżacji ROS1. Kryterium kwalifikującym do leczenia immunoterapią w I linii jest ocena immunohistochemiczna ekspresji białka PD-L1 w materiale histologicznym lub cytologicznym (tzw. cytobloczkach) pobranym z tkanki nowotworowej chorego, z ogniska pierwotnego bądź z ognisk przerzutowych.

Obecnie mamy również dostęp do leczenia immunokompetentnego w II linii leczenia, w grupie chorych po niepowodzeniu wcześniejszej chemioterapii wielolekowej wykorzystującej pochodne platyny lub po monoterapii, po leczeniu inhibitorami kinazy. Leczenie to jest możliwe zarówno u osób z rozpoznaniem zaawansowanym rakiem płaskonabłonkowym jak i o innej postaci morfologicznej, niezależnie od stopnia ekspresji białka PD-L1.

W ostatnim czasie sytuacja na polu leczenia raka płuca bardzo szybko się zmienia. Bardzo zaawansowane są badania łączące leczenie inhibitorami punktów kontroli immunologicznej ze standardową chemioterapią, z radioterapią. Wyniki badań są bardzo obiecujące.

Czy aktualnie w Polsce diagnostyka i ocena chorego w ujęciu ekspresji re-

Diagnostyka kwalifikująca chorych z rakiem płuca do wysoko specjalistycznego leczenia ciągle nie wygląda tak jak powinna, przez co część chorych nie otrzymuje nowoczesnej terapii

ceptora PD-L1 u pacjentów kwalifikowanych do pierwszej linii leczenia jest w pełni możliwa?

Obecnie w Polsce mamy taką możliwość. Są ośrodki, które wykonują badanie oceny występowania ekspresji białka PD-L1 na komórkach raka. Ocena ekspresji białka PD-L1 opiera się na tzw. badaniu immunohistochemicznym, w którym wykorzystywane są odpowiednie przeciwciała z system detekcji umożliwiającym wykrycie zachodzącej reakcji w materiale histopatologicznym lub cytologicznym (cytobloczkach) pobranym z nowotworu pierwotnego, czy z ognisk przerzutów nowotworowych. Możliwość taką mają przede wszystkim ośrodki, pracownie patomorfologiczne, które zajmują się diagnostyką raka płuca, gdyż wymaga to doświadczenia ze strony patomorfologa oceniającego materiał, dostępności do drogich testów predykcyjnych immunohistochemicznych, które nie są ciągle refundowane. Podobnie zresztą jak nie są refundowane predykcyjne testy immunohistochemiczne wykorzystywane do oceny ekspresji białka ALK, kwalifikujące do leczenia kryzotyningiem.

Ale mimo, że jest taka możliwość to nadal diagnostyka kwalifikująca chorych z rakiem płuca do wysoko specjalistycznego leczenia ciągle nie wygląda tak jak powinna, przez co część chorych nie otrzymuje nowoczesnej terapii.

Z jakich przyczyn dostęp ten jest ograniczony i czy zdaniem Pani Profesor sytuacja ta powinna ulec zmianie?

Wydaje mi się, że utrudnienie dostępu do nowoczesnej diagnostyki i tym samym nowoczesnej terapii wynika z kulejącego systemu organizacyjnego i niedostatecznej wiedzy na temat możliwości jej stosowania. Zławsza, że w ostatnim czasie diagnostyka i leczenie raka płuca zmieniają się bardzo szybko. Przez wiele lat rak płuca był chorobą o bardzo złym rokowaniu. Właściwie można powiedzieć, że rozpoznanie raka płuca było wyrokiem śmierci dla chorego. Obecnie każdy miesiąc przynosi kolejne informacje na temat nowych cząsteczek predykcyjnych i metod leczenia. Również w programie lekowym raka płuca obowiązującym w Polsce widać zachodzące zmiany. Ale aby diagnostyka była efektywna istotne jest, aby chory, który trafia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czy pulmonologa, jak również sami lekarze byli zorientowani jakie są kolejne etapy postępowania w momencie podejrzenia nowotworu płuca. Sprawna diagnostyka jest niezwykle istotna, gdyż w przypadku raka płuca, czas ma ogromne znaczenie.

A niestety, często od momentu podejrzenia istnienia nowotworu do zakończenia pełnej diagnostyki z ustaleniem czynników predykcyjnych pozwalających na podjęcie decyzji o wyborze odpowiedniego leczenia mijają 2-3 miesiące. W zaawansowanym raku płuca jest to zdecydowanie za długo. Tak długi okres oczekiwania na końcowy wynik pozwalający na podjęcie decyzji o leczeniu wynika ze złej koordynacji systemu diagnostycznego. Pacjent z podejrzeniem raka płuca musi mieć ustalone rozpoznanie, czyli niezbędne jest pobranie materiału do badania mikroskopowego, na podstawie którego patomorfolog określa typ oraz podtyp raka. W zależności od rozpoznania zlecana jest ocena czynników predykcyjnych, a więc mutacji w genie EGFR, ekspresji białka ALK, rearanżacji w genie ROS1 i wreszcie często również ekspresji białka PD-L1. Pamiętajmy, że u zdecydowanej większości chorych cały proces diagnostyczny odbywa się na podstawie unikatowego materiału cytologicznego lub drobnych, kilkumilimetrowych wycinków pobranych najczęściej w trakcie bronchofibroskopii. Materiał ten musi wystarczyć do ustalenia rozpoznania i określenia stale rosnącej liczby czynników predykcyjnych. Obecnie pacjent często jest diagnozowany w jednym ośrodku, gdzie są pobierane wycinki, jest ustalone rozpoznanie, a następnie materiał przekazywany jest w kolejne miejsca, w których badane są markery predykcyjne i niestety nie kompleksowo. To znaczy każdy marker jest oceniany w innej pracowni. Taki sposób postępowania wymaga czasu i powoduje znaczną utratę materiału, tak że zdarza się, że aby ocenić ekspresję białka PD-L1 u chorego z rakiem gruczołowym płuca konieczne staje się ponowne pobranie materiału. W jeszcze innej placówce jest prowadzone leczenie. Zdarza się, że sami lekarze nie wiedzą, gdzie kierować chorego w celu wykonania badań predykcyjnych, pozwalających na zastosowanie właściwej terapii. Być może rozwiązaniem byłoby stworzenie ośrodków, które zajmowałyby się kompleksowo diagnostyką i leczeniem raka płuca, tzw. lung unit cancer. Pacjent z podejrzeniem raka płuca lub nawet z potwierdzonym mikroskopowo rozpoznaniem raka trafiłby do takiego ośrodka, gdzie mogłaby być przeprowadzona bardziej precyzyjna diagnostyka w celu ustalenia dokładnego podtypu raka, określenia czynników predykcyjnych i podjęte leczenie. Problemem, na który należy zwrócić uwagę, a który z pewnością również wpływa na wydłużenie czasu oczekiwania na rozpoznanie mikroskopowe jest dramatyczny brak patomorfologów w Polsce. Sytuacja ta nie poprawia się w ciągu ostatnich lat i jeśli się nie zmieni, z pewnością będzie miała niekorzystny wpływ na postępowanie onkologiczne.

Przyczynowe leczenie mukowiscydozy

Personalizowane leczenie przyczynowe ma szansę odwrócić proces niszczenia płuc u chorych na mukowiscydozę.



Prof. dr hab. n. med. Dorota Sands
Kierownik Zakładu Mukowiscydozy Instytutu Matki i Dziecka, Kierownik Centrum Leczenia Mukowiscydozy w Dziekanowie Leśnym

.....

Częstość występowania, ciężki, przewlekły przebieg istotnie ograniczający czas przeżycia oraz konieczność stosowania wielospecjalistycznego i kosztownego leczenia wpływają na społeczne znaczenie choroby. Długość życia chorych na mukowiscydozę i udział procentowy chorych dorosłych jest bardzo czułym wskaźnikiem jakości systemu opieki zdrowotnej. Niestety Polska wypada niekorzystnie na tle innych krajów rozwiniętych, gdyż udział chorych dorosłych w naszym kraju to tylko ok. 30%, natomiast w innych krajach rozwiniętych dochodzi już do 60%.

Pani Profesor, dzięki programowi przesiewowemu wczesnego wykrywania mukowiscydozy od 2009 roku pacjenci z mukowiscydozą rozpoczynają leczenie jeszcze przed wystąpieniem objawów. Co z pacjentami urodzonymi wcześniej?

Pacjenci urodzeni przed erą badań przesiewowych noworodków w kierunku mukowiscydozy mogli być rozpoznani dopiero po wystąpieniu objawów klinicznych. Często trwało to wiele lat i generowało wiele niepotrzebnych badań i konsultacji zanim ustalane było rozpoznanie mukowiscydozy. W tym czasie dochodziło już niestety do nieodwracalnych zmian, zwłaszcza w układzie oddechowym. Nawet po wprowadzeniu badań przesiewowych mogą się zdażyć, przypadki pominięte przez przesiew, dlatego w razie podejrzenia choroby należy zawsze skierować pacjenta na test potowy, który jest nieinwazyjnym i tanim badaniem. Zdarzają się także przypadki atypowe ujawniające się dopiero w wieku dorosłym, wymagające szczególnej czujności i szkolenia pulmonologów dorosłych, którzy mają duże mniejsze doświadczenie z mukowiscydozą niż pulmonolodzy leczący dzieci.

Dotychczas pacjenci z mukowiscydozą mogli być leczeni wyłącznie lekami objawowymi. Od niedawna pojawiła się szansa na leczenie przyczynowe. Co to za terapie? Na czym polega ich innowacyjność?

W patogenezie choroby podstawową rolę odgrywają mutacje genu CFTR. Produktem genu jest białko CFTR odpowiedzialne za równowagę soli i wody w płucach oraz innych tkankach, tzn. za prawidłowy, przez błonowy transport jonów chlorkowych. W konsekwencji dochodzi do produkcji nadmiernej gęstego, lepkiego śluzu, który powoduje zaburzenia pracy wszystkich narządów posiadających gruczoły śluzowe, przede wszystkim układu oddechowego, pokarmowego, rozrodczego.

Dotychczas pacjenci z CF mogli być leczeni wyłącznie objawowo. Postępująca choroba oskrzelowo-płucna spowalniana jest dzięki systematycznej terapii inhalacyjno-drenażowej mającej na celu upłynnienie i ewakuację lepkiej wydzieliny oraz częstej antybiotykoterapii zwalczającej zakażenia bakteryjne. Większość chorych musi mieć specjalną dietę i otrzymywać do każdego posiłku enzymy trzustkowe, witaminy.

Ostatnio pojawiły się wreszcie możliwości leczenia przyczynowego dla niektórych mutacji. Celem nowych terapii jest leżący u podłoża choroby defekt genetyczny. Innowacyjność tych terapii polega na personalizacji leczenia i korygowaniu skutków konkretnych mutacji genu CFTR występujących u danego chorego.

Na czym polega mechanizm działania modulatorów CFTR? Z jakimi korzyściami dla pacjenta się wiąże?

Mutacje genu CFTR powodują, że kanał transportu jonów nie działa prawidłowo lub w ogóle nie jest wytwarzany, co zależy od rodzaju mutacji.

Leki działające przyczynowo mają za zadanie ten defekt genetyczny naprawić w sposób dostosowany do typu uszkodzenia. Modulatory CFTR dzielimy w zależności od ich działania na: wzmacniacze i korektory. Wzmacniacze wydłużają czas aktywności istniejących już kanałów CFTR na powierzchni komórek nabłonka, natomiast korektory działają poprzez zwiększenie transportu białka CFTR (pełniąc rolę kanału jonowego) do błony komórkowej.

Jak przedstawiają się dotychczasowe doświadczenia związane ze stosowaniem terapii przyczynowych?

Pacjenci, którzy otrzymują modulatory ukierunkowane na ich mutacje obserwują złago-

dzenie choroby oskrzelowo-płucnej, zgłaszają łatwiejsze wykrztuszenie nieprawidłowej wydzieliny. Zmiany te można również stwierdzić obiektywnie w badaniach czynnościowych płuc, których wskaźniki poprawiają się. Leki dzięki działaniu przyczynowemu korygują także funkcje innych narządów dotkniętych tą wieloukładową chorobą. Zmniejszają się problemy z trawieniem, łatwiej jest utrzymać prawidłowy stan odżywienia.

Na razie jednak modulatory są stosowane łącznie z leczeniem objawowym. W najnowszej edycji standardów europejskich stanowią ważny element leczenia kompleksowego.

Aby uzyskać maksymalny efekt terapeutyczny należy zoptymalizować leczenie objawowe przed podaniem modulatora. Chory powinien być leczony w referencyjnym centrum mukowiscydozy przez wielodyscyplinarny zespół złożony oprócz lekarza i pielęgniarek z fizjoterapeutów, dietetyków i psychologa. Dodatkowym wyzwaniem organizacyjnym jest zapewnienie indywidualnych sal chorym, z uwagi na konieczność profilaktyki zakażeń krzyżowych. Chorzy nie mogą spotykać się ze sobą, w placówkach opieki zdrowotnej bezwzględnie muszą nosić maski. Przy takich standardach wykluczona jest poczekalnia do poradni, która raczej musi przypominać drugi oddział i działać w systemie rooming in, gdzie to specjaliści dochodzą do gabinetu, w którym przebywa pacjent.

Ponieważ jest to choroba rzadka, a centrum referencyjne w celu posiadania odpowiedniego doświadczenia musi mieć pod opieką min. 100-200 pacjentów, sprawdzonym rozwiązaniem jest kompleksowa koordynowana opieka trzystopniowa złożona z ośrodków referencyjnych, regionalnych i POZ współpracującym w leczeniu domowym. I dopiero przy takiej organizacji leczenia mukowiscydoza może stać się chorobą przewlekłą.

Czy pacjenci w Polsce mogą liczyć na takie leczenie?

Mamy taką nadzieję, że w Polsce pacjenci będą mogli otrzymać takie leczenie, jak w innych krajach europejskich. Wnioski o refundację są obecnie procedowane. Podsumowując, jesteśmy świadkami bardzo dynamicznych zmian w kluczowych aspektach opieki i leczenia mukowiscydozy przyczyniających się do dramatycznej poprawy przeżycia pacjentów. Obecnie stosowane leczenie dotyczy objawów, podczas gdy farmakoterapia CFTR ma na celu zmianę przebiegu lub nawet zatrzymanie procesu chorobowego. Wprowadzenie terapii specyficznych dla określonych mutacji daje możliwość prawdziwie spersonalizowanej medycyny. Z tej perspektywy pacjenci zyskują jeszcze większy potencjał, aby cieszyć się dobrą jakością życia w wieku dorosłym.



THE SCIENCE of POSSIBILITY

Najważniejszym celem Vertex jest tworzenie nowych możliwości w medycynie i leczeniu chorób, a tym samym wpływ na poprawę sytuacji pacjentów.

Współpracujemy z czołowymi naukowcami, lekarzami, ekspertami ds. zdrowia publicznego oraz wszystkimi, którzy podzielają naszą wizję zmiany życia osób poważnie chorych, ich rodzin i całego społeczeństwa.



www.vrtx.com

Liczy się każdy oddech

O tym, dlaczego w przypadku prawidłowej kontroli astmy oprócz wczesnego rozpoznania, dobrze dobranej terapii, kluczowa jest edukacja pacjenta opowiada dr n.med. Piotr Dąbrowiecki.

Astma to najczęstsza choroba układu oddechowego. W Polsce na astmę choruje 4 mln osób. Rozpoznanie ma tylko 2 mln, czyli 50 % osób, które mieszka w Polsce, ma objawy astmy - czyli kaszel, świsły, duszności i nie wie jeszcze że u podstawy dolegliwości leży astma. Jest to choroba, podobnie jak POChP, za rzadko rozpoznawana. W przypadku POChP świadomość choroby jest jeszcze niższa, 70 % osób pomimo objawów nie ma diagnozy, bo nigdy nie wykonała spirometrii.

Powodem trudności w rozpoznaniu astmy, jest zmienność objawów choroby. Podstawowe objawy astmy kaszel, świsły, duszności pojawiają się i utrudniają pacjentowi życie, ale mogą samoistnie zanikać. Pojawiają się, po kontakcie z alergenem, po wysiłku fizycznym, po ekspozycji na zanieczyszczone powietrze. Jeżeli przerywa się kontakt - objawy mogą minąć. Astmę może wywołać alergja, może powstawać także na skutek częstych infekcji układu oddechowego. Jej mechanizm polega na tym, iż organizm broniąc się przed czynnikami drażniącymi wytwarza stan zapalny - komórki układu immunologicznego (limfocyty i eozynofile) napływają do płuc powodując obrzęk błony śluzowej oskrzeli, nadmiar gęstej lepkiej wydzieliny, co powoduje skurcz oskrzeli i dokuczliwe objawy. Jeśli czytelnicy chcieliby poczuć się jak osoba z astmą niech spróbują oddychać przez rurkę do napojów, chwila to nie problem ale po kilkunastu minutach lub godzinach trudno sobie wyobrazić dalsze oddychanie, a chory często spędza wiele godzin w trakcie zaostrzenia zanim oskrzela się rozkurczą. Ale bywa też tak, że pacjent zapisuje się do



Dr n. med. Piotr Dąbrowiecki
alergolog z Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii w Wojskowym Instytucie Medycznym, Przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP

doktora, gdy ma kaszel, świsły, duszności, a podczas wizyty nie ma objawów. Doktor mówi: „ale o co chodzi”, a pacjent mówi: „ale miałem objawy”, a doktor: „ale ja nic nie słyszę”. No i pacjent wychodzi mówiąc „chyba nie była to astma”. Tak mija miesiąc, rok, lata zanim padnie rozpoznanie. Dlatego my, lekarze musimy uwierzyć pacjentowi, w to, że miał dolegliwości. Astma zdarza się częściej u osób, które mają chorych na astmę w rodzinie. Objawy astmy częściej dokucają alergikom, szczególnie uczulonym na roztocza kurzu domowego, sierści zwierząt lub zarodniki grzybów pleśniowych. Ideą prawidłowego zarządzania astmą jest jak

najwcześniejsze rozpoznanie. Dlatego, że im wcześniej rozpoznamy astmę tym lepiej możemy ją leczyć. Aby zdiagnozować chorobę najlepiej udać się do specjalisty, który na podstawie wywiadu może postawić rozpoznanie. Dodatkowo wykona badanie spirometryczne, jest ono podstawą oceny drożności dróg oddechowych. Lekarz powinien przeprowadzić z pacjentem bardzo szeroki i dokładny wywiad, zapytać o częstotliwość i okoliczności pojawienia się duszności i kaszlu, o krewnych, którzy chorowali na astmę. Z pewnością zleci także wykonanie badań dodatkowych takich jak testy alergiczne, rtg klatki piersiowej, a po rozpoznaniu dobierze choremu leczenie. Badania naukowe wskazują, że już w okresie wczesno dziecięcym jesteśmy w stanie wskazać osobę, która będzie miała astmę. To te osoby, które mają alergje, atopowe zapalenie skóry, takie które miały kaszel świsły, duszności, u których zastosowanie sterydów wziewnych powoduje ustąpienie dolegliwości. Astma jest najczęstszą chorobą wśród dzieci, co ważne jest chorobą na całe życie. W tym momencie to, że nie mamy objawów, nie znaczy że nie mamy astmy, może to być łagodna postać choroby lub też objawy wyciszyły się pod wpływem odpowiedniego leczenia.

Pacjentom trudno to zrozumieć, dlatego w przypadku astmy, wielką rolę odgrywa edukacja. Oczywiście wczesne rozpoznanie, dobrze dobrane leczenie są bardzo istotne, ale edukacja i szkolenie chorych

Więcej na: www.szkołaastmy.mp.pl
www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/liczy-sie-kazdy-oddech/

umożliwia osiągnięcie maksymalnych efektów terapeutycznych. W tej chwili stosując sterydy wziewne u pacjentów na astmę osiągamy rewelacyjne efekty, zmniejsza się stan zapalny, zmniejsza się ilość zaostrzeń, ustępują objawy, poprawia się spirometria i jakość życia. Tylko, że pacjent nie chce sterydów bo nie rozumie, że astma to przewlekła choroba zapalna a bez leków sterydowych nie osiągniemy pełnego sukcesu. Aktualnie zmienia się strategia leczenia astmy oskrzelowej i na każdym etapie leczenia standardem jest podawanie sterydów wziewnych wraz z lekami rozszerzającymi oskrzela, zarówno od pierwszego etapu leczenia jak i do piątego, najcięższego, gdzie podstawę leczenia stanowi terapia biologiczna (omalizumab, mepolizumab). Pacjent ma objawy (skurcz oskrzeli) nie ot tak sobie, ale z powodu stanu zapalnego, który powoduje ten skurcz. Leki rozszerzające oskrzela podawane wraz z lekami przeciwzapalnymi to optymalne leczenie astmy, które nie zawsze jest akceptowane przez pacjentów. Nie zapominajmy, że astma bywa chorobą śmiertelną, a jeśli nie stosujemy sterydów wziewnych zwiększamy ryzyko zaostrzenia i zgonu. Im więcej wiemy na temat astmy tym lepiej i dłużej żyjemy. Często zapraszam pacjentów do szkoły chorych na astmę lub proponuję im e-learning np. na stronie medycyny praktycznej lub narodowego funduszu zdrowia. Chorzy znajdują tam filmy instruktażowe jak żyć z astmą, jak brać leki, co robić w zaostrzeniach, jak żyć z astmą długo i szczęśliwie.

Palisz? Problemy z oddychaniem to tylko kwestia czasu

Tytoń dorasta do trzech metrów wysokości, ma bladą różową, przyjemnie pachnącą kwiaty i należy do tej samej rodziny co ziemniak, papryka oraz bakłażan (psiankowate). Nie dajmy się jednak zwieść jego urodzie - roślina ta została uznana za najbardziej na świecie śmiertelny, pojedynczy czynnik. Obecnie nie ma żadnego innego, który prowadziłby do równie wielu schorzeń i w konsekwencji zgonów. Według WHO, każdego roku produkty tytoniowe zabijają ponad siedem milionów ludzi, stanowiąc przyczynę co dziesiątego zgonu na świecie (i wywołując aż sześć z ośmiu najczęstszych przyczyn śmierci). Większość to bezpośredni efekt palenia liści tej rośliny, ale niebezpieczne jest już samo wdychanie dymu (tzw. bierne palenie), które zbiera żniwo w postaci niemal miliona osób rocznie.

W Polsce w 2017 roku do natłogowego palenia tytoniu przyznawało się według GIS aż 29 proc. mężczyzn i 20 proc. kobiet, co oznacza, że niemal jedna czwarta Polaków codziennie pali papierosa. Dane te potwierdzają statystyki zachorowalności na poszczególne choroby związane z natłogowym paleniem. Ze względu na sposób, w który przedostaje się do organizmu dym tytoniowy, najbardziej narażony na działanie wchodzących w jego skład toksyn staje się układ oddechowy. Dym papierosowy to bowiem ponad 7000 substancji, z czego obecnie aż 69 ma potwierdzone badaniami działa-



Dr Anna Zimny-Zajac
Dziennikarka Zdrowie.onet.pl

nie rakotwórcze. Jego wdychanie, zarówno czynne jak i bierne, nieustannie podrażnia drogi oddechowe, prowadząc do powstawania stanów zapalnych, a w konsekwencji przyczyniając się do licznych schorzeń i powikłań.

Toksyczne substancje zawarte w dymie papierosowym, między innymi akroleina, aldehyd octowy czy formaldehyd, początkowo uszkadzają wyścielający drogi oddechowe nabłonek urzęsiony. W prawidłowych warunkach ułatwia on transport śluzu i spełnia rolę „filtra” dzięki poruszającym się małym rząskom, które wymiatają dro-

biny zanieczyszczeń. Chroni też organizm przed wdychanymi bakteriami i wirusami. W następstwie uszkodzeń nabłonka urzęsionego oraz przerostu gruczołów dochodzi do zwiększonego wydzielania i zalegania w oskrzelach, szybko kolonizowanego przez bakterie, śluzu. Stymuluje to reakcję obronną organizmu, prowadząc do gromadzenia się komórek zapalnych - leukocytów, a następnie powstawania licznych zmian strukturalnych, takich jak włóknienie, uszkodzenia pęcherzyków płucnych i hiperplazja (nadmierny rozrost) nabłonka oskrzeli.

Zmiany te są przyczyną powstawania chorób układu oddechowego, a tych jest niemało - kto z nas nie słyszał o charakterystycznym dla wielbicieli nikotyny kaszlu palacza? Sam tylko rak płuc każdego roku zabija ponad 20 tys. Polaków.

Mimo ewidentnych zagrożeń, czujność palaczy często usypia fakt, iż objawy chorobowe związane z paleniem tytoniu pojawiają się zwykle po długim okresie bezobjawowym. Kaszel palacza, który wiąże się z zaleganiem w drogach oddechowych śluzu i odkrztuszaniem zanieczyszczonej wydzieliny, objawia się zwykle jako pierwszy i może zwiastować poważną chorobę, na przykład przewlekłe zapalenie oskrzeli. To z kolei wywołane jest infekcją związaną z upośledzoną możliwością samooczyszczania się dróg oddechowych i powoduje

trudności z oddychaniem. Podobnie, wynikiem przewlekłych procesów zapalnych toczących się w oskrzelach, może być rozzedma płuc. Choroba polega na stopniowej utracie elastyczności przez pęcherzyki płucne, co powoduje upośledzenie transportu tlenu do krwiobiegu i w konsekwencji narastającą duszność, która w zaawansowanym stadium pojawia się nawet w spoczynku.

Zarówno zapalenie oskrzeli, jak i rozzedma płuc może prowadzić do przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), która obecnie uznawana jest za jeden z największych i wciąż rosnących problemów zdrowotnych na świecie. Postępująco zmniejszenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe mocno utrudnia codzienne funkcjonowanie i jest przyczyną wielu zgonów. Najczęstszą przyczyną POChP, stwierdzaną w 95 proc. przypadków, jest właśnie palenie papierosów. Najpoważniejszą jednak chorobą, na którą narażeni są palacze, jest rak płuc - jeden z najbardziej złośliwych i najgorzej rokujących nowotworów. Zwany jest cichym zabójcą, bo jego objawy pojawiają się zazwyczaj późno - w zaawansowanej fazie choroby, znacznie ograniczając możliwość leczenia. Problemy z przewodem oddechowym prędzej czy później dotyczą wszystkich natłogowych wielbicieli nikotyny. Sposób, by się przed nimi uchronić, jest tylko jeden, za to niezwykle skuteczny - rzucić palenie!