

[świadczeń](#)

Trzeba odwrócić piramidę udzielania świadczeń

O problemach pacjentów pulmonologicznych rozmawiamy z prof. Wojciechem Piotrowskim, kierownikiem Oddziału Klinicznego Pulmonologii i Alergologii USK nr 1 oraz Kliniki Pneumonologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, specjalistą chorób wewnętrznych i chorób płuc.

Czy pulmonolodzy nadal obserwują powikłania po pandemii COVID-19? Czy można mówić o pulmonologicznym *long-covid*?

Zdecydowanie tak, istnieje takie zjawisko, choć wydaje się, że skala tych długoterminowych powikłań płucnych jest dużo mniejsza, niż się obawialiśmy. Wcześniej patrzyliśmy na dane z poprzednich podobnych azjatyckich epidemii wywołanych przez koronawirusa, jak SARS czy MERS, i wiedzieliśmy, że około 2-3 procent chorych miało odległe powikłania. W Klinice pod opieką mamy sporą grupę chorych, których prowadzimy od początku zachorowania. U wielu chorych zmiany po przejściu COVID-19 ustępują samoistnie lub są nieistotne dla ogólnej wydolności pacjentów. U części chorych oczywiście doszło do utrwalonych zmian, powodujących dużą dysfunkcję płuc, ale to dotyczy niewielkiego odsetka osób z naszej grupy. W zasadzie, zawsze takie powikłania dotyczą chorych, którzy to zakażenie przeszli bardzo ciężko, o których mawiamy, że „udało im się przeżyć”. To byli chorzy wentylowani mechanicznie lub którzy wymagali intensywnych form tlenoterapii, u których doszło do bardzo rozległych zmian zapalnych w płucach.

Jesteśmy w trakcie aktywnie infekcyjnego okresu. Czy pulmonolodzy obserwują wzrost zakażeń płucnych?

Tak, obserwujemy dodatkowy wzrost zachorowań również w porównaniu z poprzednimi latami. Paradoksalnie, w czasie pandemii rzadziej obserwowaliśmy infekcje kataralne, co wiązało się z dość powszechnym zwyczajem noszenia maseczek i przestrzeganiem zasad izolacji społecznej. W ogóle każdy rok jest trochę inny, np. w tym roku obserwujemy wiele przypadków zachorowań na krztusiec. To zjawisko, które nie dotyczy tylko Polski, ale jest ogólnym wzrostowym trendem na świecie. Wszyscy byliśmy szczepieni w dzieciństwie, ale u osób z obniżoną odpornością i przewlekłymi chorobami układu oddechowego powinno się takie szczepienie powtórzyć.

Czy nadal zaleca się noszenie maseczek?

Ogólnie nie zalecamy już powszechnego noszenia maseczek, powinny je nosić jedynie osoby najbardziej podatne na infekcje, np. pacjenci po przeszczepach czy przyjmujący leki immunosupresyjne. Takie osoby mogą stosować taką formę zabezpieczenia i widać, że pojedyncze osoby stosują tę profilaktykę.

A co ze szczepieniami, jakie są zalecane przez pulmonologów?

Oczywiście zawsze zalecamy szczepienie przeciw grypie oraz przeciwko zapaleniu płuc. Zalecenia dotyczą osób starszych i chorych na choroby przewlekłe. Takie są zalecenia towarzystw naukowych i nie powinny być one w ogóle poddane pod dyskusję. Oczywiście nie zawsze szczepionki są w 100 procentach skuteczne, były przecież takie sezony, kiedy szczepienie zabezpieczało przeciwko zachorowaniu zaledwie w 30 procentach, ale każde szczepienie zmniejsza ryzyko wystąpienia ciężkich powikłań pogrypowych.

Jakie to mogą być powikłania?

Najgorsze powikłania to grypowe zapalenie płuc czy grypowe zapalenie mięśnia sercowego. Zapalenie płuc wywołane przez wirusa grypy może przebiegać podobnie jak w przypadku zakażenia wywołanego wirusem SARS-Cov2, prowadząc do ostrej niewydolności oddechowej, czyli ARDS. Pamiętam młodą kobietę w ciąży, która zmarła u nas z powodu powikłań grypy. Dlatego należy odróżniać grypę od innych grypopodobnych zakażeń. Grypę charakteryzuje bardzo wysoka gorączka, bóle mięśni i stawów, przy stosunkowo niewielkich objawach kataralnych. Aktualnie są łatwo dostępne testy na grypę, a przy wczesnym jej rozpoznaniu można wdrożyć leki przeciwwirusowe, które zapobiegają dalszemu rozwojowi choroby i jej powikłaniom. Zakażenie grypą łatwo przenosi się drogą kropelkową, jej transmisja jest bardzo szybka – objawy mogą pojawić się w ciągu pierwszych 24–48 godzin od ekspozycji. Jako powikłanie pogrypowe najczęściej mamy do czynienia z wielomiesięcznym kaszlem, z zaostrzeniami chorób przewlekłych, takich jak astma czy przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). Chorzy na POChP są tu szczególnie narażeni. Infekcje wirusowe mogą być również powodem zagrażających życiu zaostrzeń śródmiąższowych chorób płuc, na przykład idiopatycznego włóknienia płuc (IPF).

Jak leczy się grypę?

Lek przeciwwirusowy (oseltamiwir) jest skuteczny, tylko jeśli jest podany w pierwszych dwóch dobach od pojawienia się objawów. Później nie zadziała, pozostaje zatem leczenie objawowe, przeciwgorączkowe i przeciwzapalne. W przypadku nasilenia się objawów ze spadkiem saturacji poniżej 90 procent, trzeba chorego przyjąć do szpitala. Antybiotyki na wirusa grypy oczywiście nie działają i włączane powinny być tylko w przypadku objawów wskazujących na nadkażenie bakteryjne. Antybiotykiem pierwszego rzutu

w takich przypadkach jest amoksycylina lub amoksycylina z kwasem klawulanowym.

Jakie inne zakażenia jeszcze obserwuje się w szpitalu?

W szpitalu leczymy chorych na typowe zakażenia bakteryjne wywołane na przykład *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, ale też atypowe zapalenia płuc wywołane *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* czy pałeczką krztuśca. Widujemy też zakażenia wywołane wirusem RSV. Szczególnym problemem w warunkach naszego oddziału są zakażenia drobnoustrojami oportunistycznymi u chorych z zaburzeniami odporności w przebiegu chorób przewlekłych, u chorych leczonych immunosupresyjnie, a także zakażenia szpitalne.

A sarkoidoza?

Jest to choroba o nieznanej przyczynie, uważa się, że w jej powstaniu odgrywa rolę interakcja pomiędzy środowiskiem a osobniczą, genetycznie uwarunkowaną predyspozycją. Nierzadko występuje rodzinnie, ale to nie jest choroba zakaźna. Jest to choroba zapalna, która polega na tworzeniu się ziarniniaków, nie tylko w płucach czy węzłach chłonnych śródpiersia, ale i innych narządach, jak: wątroba, śledziona, serce, mięśnie czy nawet kości. Choroba cechuje się ogólnie dobrym rokowaniem, ale u kilku procent chorych może prowadzić do ciężkiego uszkodzenia zajętych narządów, a nawet śmierci.

Jakie choroby płuc są najbardziej niebezpieczne?

Oczywiście najgorsze rokowanie ma choroba nowotworowa, czyli rak płuca. Chorują przede wszystkim osoby palące, ale nie zawsze jest to reguła. Związek palenia z występowaniem raka gruczołowego jest mniejszy. Rokowanie zazwyczaj jest złe, bo rzadko rak płuc wykrywany jest we wczesnym okresie, kiedy moglibyśmy go leczyć radykalnie, wycinając zmianę całkowicie. W tej chwili pokazują się możliwości leczenia personalizowanego, czyli celowanego w zależności od wykrytej mutacji.

Jakie choroby są najczęstsze?

Są to: przewlekła obturacyjna choroba płuc, zapalenia płuc, astma czy właśnie nowotwory. W Klinice zajmujemy się też chorobami śródmiąższowymi, takimi jak idiopatyczne zapalenia płuc, zapalenie płuc z nadwrażliwości, czy chorobami tkanki łącznej z manifestacjami płucnymi. Ze względu na nasz profil działania, zajmujemy się również chorobami rzadkimi, do których zaliczają się śródmiąższowe choroby płuc, w tym również wspomniana już sarkoidoza. Choroba rzadka to taka, która pojawia się z częstością niższą niż 50 na 100 tysięcy osób.

Kiedy lekarz pierwszego kontaktu powinien odesłać pacjenta do specjalisty pulmonologa?

Pacjenci trafiają na oddział szpitalny najczęściej w przypadku chorób ostrych lub przewlekłych, które ulegają zaostrzeniu. Lekarza rodzinnego w poradni powinny zastanowić utrzymujące się przewlekłe objawy, niewyjaśniona przyczyna przewlekłego kaszlu (trwającego powyżej 8 tygodni) lub kiedy pacjent ma duszność postępującą czy też upośledzoną tolerancję wysiłku. W takich przypadkach konieczne jest pogłębienie diagnostyki przy użyciu bardziej zaawansowanych metod, jak tomografia komputerowa czy bronchoskopia. Oczywiście po wykonaniu wstępnych podstawowych badań, jak zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej czy spirometria.

W jakim kierunku rozwija się pulmonologia?

Bardzo dynamicznie rozwija się diagnostyka i leczenie chorób rzadkich, które – okazuje się – że występują częściej, niż wskazywałyby dane epidemiologiczne. Często kryją się pod maskami innych chorób. Coraz lepiej potrafimy je rozpoznawać i bardziej precyzyjnie leczyć. Za tym idzie rozwój badań naukowych, których celem jest oczywiście opracowanie nowych leków. Bierzymy udział w różnych międzynarodowych projektach naukowych. Realizujemy też własne projekty.

Jakie są bolączki pulmonologów?

Frapuje mnie słaba dostępność do specjalistycznej opieki. Chciałbym zaprosić lekarzy rodzinnych i innych specjalistów do kierowania do specjalistów. Z drugiej strony jednak wiem, że system jest bardzo niewydolny, bo pulmonologów jest mało. Na szczęście zainteresowanie naszą specjalnością wśród młodych lekarzy jest coraz większe. Czekamy też na zmiany systemowe w zakresie lepszego finansowania procedur. Zwłaszcza w lecznictwie ambulatoryjnym, aby móc wprowadzić w życie zasadę odwróconej piramidy, czyli większość obciążenia przerzucić na AOS-y, aby nie blokować niepotrzebnie łóżek szpitalnych.

Na koniec chciałam zapytać, jaka jest ogólna profilaktyka chorób płuc?

Oczywiście wiemy co najbardziej szkodzi płucom. Jest to przede wszystkim palenie tytoniu, jak również marihuany. Wiele wskazuje na to, że palenie papierosów elektronicznych jest równie szkodliwe dla płuc. Powinniśmy stosować szczepienia ochronne. Szkodzi nam też bardzo zanieczyszczenie środowiska. Zwłaszcza widoczne jest to w mieście, gdzie obserwujemy zależność między stopniem zanieczyszczenia powietrza i występowaniem zaostrzeń POChP.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Patrycja Proc

Panaceum 1-2/2025