

Astma u nastolatków – astma specjalnej troski

Prof. dr hab. n. med
Marek Kulus

Dr n. med.
Agnieszka Krauze

Dr n. med.
Anna Zawadzka-
Krajewska

Klinika Pneumonologii
i Alergologii Wieku Dziecięcego
WUM Warszawa

T E R A P I A

Asthma in adolescence – special care asthma.

S U M M A R Y

Treatment of asthma in adolescence, according to modern guidelines, requires special attention. Despite relative simple diagnosis, its therapy includes several difficult issues specific for this age group, influencing its effectiveness. In this paper we discuss problems especially important for physician involved in the treatment of asthma in adolescents.

Leczenie astmy u nastolatków, jak podkreślają obecne standardy, wymaga specjalnej uwagi. Mimo iż rozpoznanie tej choroby nie sprawia zazwyczaj większych trudności, to jej terapia obejmuje szereg odrębności koniecznych do uwzględnienia dla zapewnienia odpowiedniej skuteczności. W artykule przedstawiono szereg zagadnień, na które przy leczeniu tej grupy wiekowej, lekarz powinien zwrócić szczególną uwagę.

Kulus M.: Astma u nastolatków – astma specjalnej troski. Alergia, 2008, 3: 6-9

Współczesne standardy leczenia astmy u dzieci podkreślają specjalne miejsce problemów odnoszących się do młodzieży. Wiek ten jest czasem nie tylko szybkiego rozwoju fizycznego, ale także, a może przede wszystkim, gwałtownych przemian emocjonalnych i behawioralnych. [Tab.1.] Wiąże się to z obecnością wielu wyzwań zarówno dla lekarzy leczących pacjentów w tej grupie wiekowej, jak i osób sprawujących nad nimi bezpośrednią opiekę.

Trudności terapii nastolatków

Rozpoznanie astmy u nastolatków zazwyczaj nie jest trudne. Objawy w tym wieku są zazwyczaj wystarczająco charakterystyczne, aby rozpoznać chorobę jedynie na podstawie objawów klinicznych. Lista jednostek chorobowych do różnicowania obejmuje zazwyczaj jedynie kilka pozycji takich jak: hiperwentylacja, dysfunkcja strun głosowych, kaszel nawykowy (psychogeny), czy rozstrzenie oskrzeli. Tym różni się zasadniczo od diagnostyki różnicowej nawracających obturacji u dziecka młodszego,

gdzie jest znacznie dłuższa. Pewnym ułatwieniem jest także dostępność wykonania badań dodatkowych, która jest już u młodzieży pełna i identyczna jak u osób dorosłych. Dotyczy to badań, których możliwość wykonania była wcześniej ograniczona ze względu na wiek i brak współpracy u dzieci młodszych, jak spirometria, testy rozkurczowe lub prowokacyjne. Jednak mimo tego, że są to czynniki sprzyjające wczesnemu rozpoznawaniu astmy, to jak wynika z pracy Kaura i wsp.(1) aż 34% chorych nie miało w tym wieku prawidłowo postawionej diagnozy. Przyczyny tego są złożone i niełatwe do wyjaśnienia.

Dla poprawy diagnostyki i leczenia astmy u młodzieży konieczne jest dostrzeżenie szeregu odrębności w tym wieku (tabela 1). Należy jednocześnie pamiętać, że ogólna charakterystyka faz rozwoju psychospołecznego w tym wieku jest także bardzo zmienna osobniczo. Można jednak przyjąć, że cechą wspólną jest potrzeba podkreślania przez nastolatki swojej dojrzałości i niezależności, która często może wpływać na ich decyzje w sposób przekraczający racjonalne przewidywania.

Dlatego w wielu opracowaniach dotyczących astmy u nastolatków zazwyczaj zalicza się ją do grupy określanej jak „astma trudna”. Niezauważanie lub zignorowanie specyfiki terapii młodzieży chorującej na astmę może wiązać się z częściową lub nawet całkowitą utratą możliwości efektywnego leczenia. Niestety podejście ignorujące specyfikę problemów w tej grupie wiekowej nadal jest jeszcze dość powszechne, co wiąże się bezpośrednio z zaniedbaniami w leczeniu.

Pierwszym i niezmiennie istotnym krokiem jest zidentyfikowanie specyficznych dla tego wieku odrębności, obaw i związanych z nimi potrzeb. Mogą być one podzielone na trzy główne kategorie związane z rozwojem fizycznym, emocjonalnym i zachowaniami uwarunkowanymi wpływami środowiska. Według Couriel (2) wśród potencjalnych wyzwań związanych z obawami nastolatków dotyczącymi rozwoju fizycznego i wpływu niego problemów zdrowotnych, należy na pierwszym miejscu wymienić niepewność, co do prawidłowości obserwowanych przez dziecko zmian. Nie wie ono, na ile gwałtowne zmiany obserwowane przez nie we własnym organizmie przebiegają zgodnie z „harmonogramem” stwierdzanym na podstawie obserwacji rówieśników.

Dysharmonia okresu dojrzewania i nierzadko obserwowana odmiennosc związana z przyspieszonymi lub też „opóźnionymi” zmianami, mimo, że znajdująca się w granicach medycznie akceptowanej normy, u dziecka może nie zyskać akceptacji. Jeżeli dodatkowo na problemy okresu dojrzewania nałożą się obawy związane ze zdrowiem, mogą być one bez żadnego uzasadnienia bezpośrednio przenoszone na odmiennosc wyglądu fizycznego. Chociaż zazwyczaj nie ma to poparcia w rzeczywistości, to jednak fakt ten nie może być zlekceważony przez lekarza oraz opiekuna. Konieczne jest udzielenie szczegółowych i kompetentnych wyjaśnień na temat kontroli astmy, jej prawidłowego leczenia oraz możliwości ich wpływu na organizm w formie i zakresie zrozumiałym przez nastolatka.

Częste obawy związane z terapią astmy formułowane przez młodzież wg Couriel i wsp. (2) obejmują między innymi: możliwość chorowania na astmę przez całe życie i związaną z tym

TABELA 1. Fazy rozwoju psychospołecznego młodzieży wg Fitzgeralda (12)

Wiek	Charakterystyka
10-13 lat „Przed-nastolatki”	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiany proporcji ciała, zainteresowanie własnym wyglądem, • niechęć do wyróżniania się • Silny wpływ grup tej samej płci • Duża aktywność fizyczna i zmiana nastrojów
14-16 lat Nastolatki	<ul style="list-style-type: none"> • Niezależność jest traktowana jako priorytet • Rówieśnicy a nie rodzice dyktują standardy zachowania • Zainteresowanie atrakcyjnością i wyróżnianiem się

konieczność stałego stosowania leków, czy obawę pozostania w towarzystwie ludzi, którzy nie wiedzą jak się zachować podczas napadu astmy.		w grupie • Zachowania i ryzykowne eksperymenty (używkki, seks)
w towarzystwie ludzi, którzy nie wiedzą jak się zachować podczas napadu astmy.	17-20 lat „Późne” nastolatki	• Obawy związane z karierą i stylem życia • Ustabilizowane dążenie do niezależności • Ustabilizowana samoocena (w tym wyglądu fizycznego i atrakcyjności seksualnej)

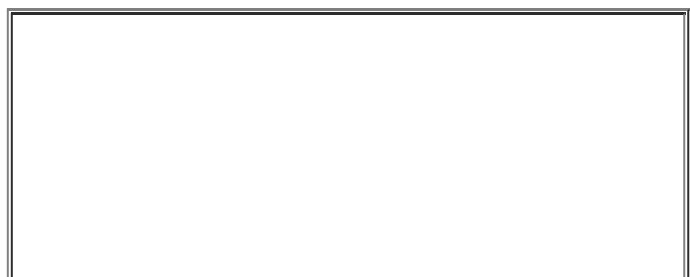
Ponad 30% młodzieży okazuje się bać nie znalezienia w przyszłości odpowiedniej pracy z powodu astmy, a także braku możliwości uprawiania sportu i gier. Blisko jedna czwarta badanej młodzieży jako czynniki stale ją niepokojące wymienia konieczność ciągłego korzystania z inhalatorów, czy nawet przyjmowanie leków w obecności innych ludzi, zagrożenie otyłością z powodu otrzymywanego leczenia, oraz niezrozumienie przyczyny zachorowania na astmę. W końcu 12% wyraża obawy nieznalesienia chłopaka/dziewczyny w przyszłości.

Czasami wyrazem manifestacji problemów zdrowotnych może być absencja szkolna. Doniesienia sprzed ery zaleceń GINA wskazywały na znaczny udział astmy jako przyczyny absencji szkolnej (3). Często używano tego wskaźnika jako miernika jakości opieki nad populacją młodych astmatyków. Istnieje jednak szereg krytycznych opinii na temat takiego podejścia. Z jednej strony absencja szkolna może być faktycznie związana z chorobą i wpływem na wydolność organizmu. Konieczne jest jednak uwzględnienie także możliwości „ucieczki w chorobę” w przypadku pojawienia się problemów z nauką, czy też konfliktów natury towarzyskiej związanej ze środowiskiem szkolnym. Bezpośrednia współpraca pomiędzy rodzicami i pedagogami jest w tym zakresie niezastąpiona. Badania opublikowane przez Silversteina i wsp. (4) nie potwierdzają obecnie bezpośredniej zależności absencji i jakości leczenia. Badacze zaobserwowali jedynie niewielką, niezamienną różnicę w ilości opuszczonych dni w szkole (2,21 dnia) przy całkowicie porównywalnych osiągnięciach w nauce. Jako wytłumaczenie obserwowanych na przestrzeni kilkunastu lat zmian można między innymi przyjąć zauważenie przez autorów zaleceń leczenia astmy, z uwzględnieniem tej grupy wiekowej. Nie we wszystkich środowiskach doszło już do tak znaczących, korzystnych zmian. W populacji nastolatków chorujących na astmę w Izraelu Shohat i wsp. (5) obserwowali nadal znaczne problemy szkolne. 4% dzieci opuściło ponad 30 dni, a zwolnienie z zajęć WF miało 25,9% astmatyków w porównaniu z 4,2% dzieci zdrowych. Jako jedną z przyczyn autorzy wymienili brak współpracy pomiędzy szkołą a rodzicami w rozwiązywaniu tego problemu. Zaledwie w 44,3% przypadków pielęgniarka szkolna wiedziała o astmie dziecka, a w 38,2% o chorobie nie wiedział nikt. W starszych badaniach przeprowadzonych w Australii podkreślano konieczność poprawy opieki nas nastolatkami. 58% z nich nie zgłaszało się regularnie do lekarza. Jedynie 19% posiadało indywidualny miernik szczytowego przepływu powietrza, a 17% pisemny plan leczenia astmy. Prowadziło to między innymi do nadużywania krótko działających β -2-mimetyków. Regularnie używało je aż 90% młodzieży.

□

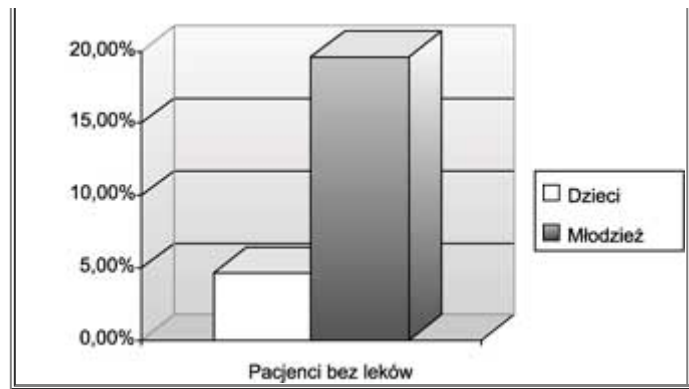
Zidentyfikowanie problemów i potrzeb młodzieży, to pierwszy krok w kierunku poprawy sytuacji zdrowotnej w tym środowisku. Tutaj także konieczne jest jednak zindywidualizowane do nich podejście.

Ryc. 1 Pacjenci nieprzyjmujący leków podczas zaostrzenia astmy wg. Raheison i wsp.8



W sferze zagadnień emocjonalnych psycholodzy wymieniają wpływ podkreślania na każdym kroku autonomii czy opinii rówieśników, poczucie akceptacji, które, może być najistotniejsze.

Niechęć do przyjmowania porad, odczytywana jako naruszenie zasad suwerenności jednostki, może prowadzić do zachowań ryzykownych, związanych bezpośrednio z chorobą pod postacią braku akceptacji choroby i możliwości całkowitego, lub częściowego zaprzestania leczenia.



Odrębnym zagadnieniem, któremu podobnie jak inni rówieśnicy podlegają nastolatki chorujące na astmę są zagrożenia związane z zachowaniami ryzykownymi w sferze seksualnej, eksperymentami z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, czy w końcu palenia tytoniu.

Prace omawiające palenie tytoniu wśród nastolatków wskazują na znaczne narażenie na niekorzystne czynniki. Okazuje się, że dzieci chorujące na astmę często wykazują przewagę w zachowaniach ryzykownych w porównaniu do zdrowej młodzieży. Van de Ven i wsp. (6) wykazali, że nastolatki nie palące w chwili rozpoznania astmy oraz z cięższymi jej postaciami, mają podwyższone ryzyko zostania nałogowymi palaczami. Na przestrzeni dwuletniej obserwacji stwierdzono, że odsetek palących tytoń eksperymentalnie wzrósł z 28,8% do 36,8%, a palących stale z 5,5% do 14,2%. Szczególnie zagrożone są dziewczęta oraz dzieci z rodzin, w których matka regularnie paliła tytoń. Co gorsze, młodzież chorująca na astmę wykazywała zwiększone ryzyko przejścia eksperymentalnego palenie tytoniu w palenie na stałe.

Badacze wykazali także, że palenie przez nastolatki zdecydowanie upośledzało kontrolę choroby.

Inne badania przeprowadzone w Memphis wśród nastolatków potwierdzają groźne tendencje, co do związków pomiędzy paleniem a astmą.

Zaobserwowano w nich znamienne częściej występujący nałóg palenia wśród nastolatków chorujących na astmę niż u zdrowych rówieśników (21,9% w stosunku do 17,1%). Jeszcze bardziej niepokojące jest to, że w badaniach ankietowych chęć rozpoczęcia palenia tytoniu w czasie najbliższego roku zgłosiło znamienne więcej osób astmą niż zdrowych (OR=1,48).

Zaostrzenia astmy

Na wymienione powyżej zagrożenia nakłada się ponadto obserwowana u części nastolatków tendencja do gwałtownego przebiegu zaostrzeń astmy (ang. brittle asthma).

Ten niezwykle groźny fenotyp astmy, charakteryzujący się występowaniem nagłego pogorszenia kontroli choroby, często z brakiem lub występowaniem niewielu objawów przepowiadających, nierzadko

Ryc. 2 Wpływ różnych czynników na leczenie astmy u nastolatków wg Couriel i wsp. (2)



po długich okresach remisji, występuje często u młodych ludzi zupełnie do tego nieprzygotowanych, czy to w wyniku lekceważenia, czy też zwykłego zaniedbania. Może to niestety nieść za sobą dramatyczne konsekwencje.

Kontrola własnej choroby przez nastolatków

Współczesne zalecenia dotyczące leczenia astmy (7) podkreślają konieczność dostosowywania ich do konkretnych warunków. Leczenie nastolatków wydaje się być właśnie taką sytuacją. Jednocześnie jedną ze składowych planu postępowania w astmie jest edukacja chorych, która powinna opierać się na partnerstwie. Celem jest prawidłowe samoleczenie – to jest powierzenie choremu możliwości kontroli własnej choroby, poprzez odpowiednie zalecenia dyskutowane ze sprawującym opiekę medyczną. Podstawą są opracowane na piśmie plany postępowania, które znacznie zmniejszają chorobowość u dorosłych (dowody kategorii A) i u dzieci (kat. B). Prawidłowe porozumienie pomiędzy lekarzem i pacjentem jest kluczem do poprawy przestrzegania zaleceń (dowody kategorii B).

W badaniach francuskich oceniających przestrzeganie przewlekłego leczenia wśród dzieci i nastolatków (8) było ono lepsze u tych pierwszych 92,3% w stosunku do 77%, odpowiednio. Jak oceniono, było to przyczyną zwiększonej częstości występowania zaostrzeń. 1,4% dzieci w porównaniu do 5% nastolatków miało więcej niż jedno zaostrzenie astmy w miesiącu. Nawet podczas zaostrzenia 19,6% pacjentów w grupie młodzieży nie przyjmowało leków, czekając aż napad astmy sam ustąpi. Taka sytuacja występowała dużo rzadziej u dzieci, którym tylko w 4,7% rodzice nie podawali leków. [ryc.1.]

Problem przestrzegania zaleceń leczenia astmy u młodzieży jest uwarunkowany wieloma czynnikami. Są one często charakterystyczne jedynie dla tej grupy wiekowej. [ryc.2.] Terapia astmy obejmuje nie tylko leczenie farmakologiczne, ale również inne elementy, jak na przykład działania związane z unikaniem alergenów. Jak wynika z badań Kuehni i wsp. (9), 36% dzieci, u których astma związana jest z ekspozycją na sierść zwierząt, nadal trzyma zwierzęta w domu. Dotyczy to społeczeństwa tak zdyscyplinowanego jak obywatele Szwajcarii.

Dlatego działania edukacyjne mają duże znaczenie dla poprawy efektów leczenia.

Wśród metod poprawiających skuteczność leczenia u nastolatków w wieku konsensusach, w tym zaleceniach GINA (7) wymienia się konieczność tłumaczenia istoty choroby w sposób zrozumiały i akceptowany przez nastolatki, a także zachęcanie do przejścia kontroli nad chorobą.

Wskazuje się, że korzystne jest wytworzenie partnerskich stosunków, między innymi wskutek wysłuchanie obaw nastolatków związanych z leczeniem i potrzebą akceptacji przez kolegów. Leczenie powinno być „skrojone” do indywidualnych potrzeb chorego. U młodzieży szczególnie ważne jest zachowanie balansu pomiędzy zapewnieniem pełnej aktywności a leczeniem, nie narażając jednocześnie młodzieży na związane ze stosowaniem leków komplikacje i efekty niepożądane. Konieczne jest przy tym, szczególnie w tym wieku, zapewnienie pisemnego planu leczenia astmy oraz dokładne określenie harmonogramu wizyt. Eksperti podkreślają także, że „częściowe” przestrzeganie zaleceń jest lepsze niż całkowite ich nieprzestrzeganie.

W ostatnich latach duże znaczenie w radzeniu sobie z trudnościami w przestrzeganiu zaleceń u nastolatków mogą mieć, także według zaleceń GINA, działania edukacyjne angażujące grupy wsparcia innych nastolatków (10). Ze względu na specyfikę tej grupy wiekowej podlegającą bardzo często zmieniającej się modzie, konieczne jest częste dostosowywanie do aktualnych trendów i potrzeb. Wykorzystuje się przy tym multimedia, komputery czy Internet.

Dowodem na skuteczność takiego postępowania może być ocena efektywności działań edukacyjnych opublikowano w przeglądzie piśmiennictwa 32 randomizowanych - badań(11), które wskazały na korzystną tendencję zastosowanej interwencji w stosunku do:

- liczby dni opuszczonych w szkole,
- dni ograniczonej aktywności
- zaostrzeń choroby zdefiniowanych jako napady astmy
- snu przerywanego przez napady duszności
- wybranych badań czynnościowych układu oddechowego (FEV1 lub PEF)
- subiektywnej oceny ciężkości choroby
- dodatkowych wizyt u lekarza
- wizyt w izbie przyjęć (ale bez wpływu na hospitalizację)
- przyjęć do szpitala z powodu astmy

Efekt dla umiarkowanej i ciężkiej postaci astmy był większy w porównaniu do postaci łagodnej.

Piśmiennictwo: 1. Kaur B., Anderson H.R., Austin J., i wsp. „Prevalence of asthma symptoms, diagnosis, and treatment in 12-14 year old children across Great Britain.” *BMJ* 1998; 316: 118-124 2. Couriel J. „Asthma in adolescence.” *Pediatr. Respir. Rev.* 2003; 4: 47-54 3. Fowler M., Davenport M., Garg R. “School functioning of US children with asthma.” *Pediatrics* 1992; 90: 939-44 4. Silverstein M.D., Mair J.E., Katusic S.K., i wsp. “School attendance and school performance: a population-based study of children with asthma.” *J Pediatr.* 2001; 139: 278-83 5. Shohat T., Graif Y., Graty B.Z. i wsp. „The child with asthma at school: result from a national asthma survey among schoolchildren in Israel.” *J. Adolesc. Health* 2005; 37: 275-80 6. Van de Ven M.O.M., Engels R.C.M.E., Kerstjens H.A.M., i wsp. „Bidirectionality in the relationship between asthma and smoking in adolescents: a population-based cohort study.” *J. Adolesc. Health* 2007; 41: 444-454 7. GINA report 2006 – www.ginaasthma.org 8. Raheison C., Tunon-De-Lara J.M., Vernejoux J.M., Taytard A. „Practical evaluation of asthma exacerbation self-management in children and adolescents.” *Respir. Med.* 2000; 94: 1047-1052 9. Kuehni C.E., Frey U. “Age-related differences in perceived asthma control in childhood: guidelines and reality.” *Eur. Respir. J* 2002; 20: 880–889 10. Gibson P.G., Shah S., Mamo H.A. “Peer-led asthma education for adolescents: impact evaluation.” *J. Adolesc. Health* 1998; 22: 66-72 11. Wolf F.M., Guevara J.P., Grum C.M. i wsp. “Educational interventions for asthma in children.” *Cochrane Database of systematic Review* 2002, issue 4. Art. No.: CD000326

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)