

Raport GINA 2014 globalne podejście do rozpoznawania zapobiegania i leczenia astmy

Prof. dr hab. n. med.
Iwona Grzelewska-Rzymowska

Prof. dr hab. n. med.
Paweł Górski

Klinika Pneumonologii
i Alergologii I Katedra Chorób
Wewnętrznych Uniwersytetu
Medycznego w Łodzi

Kierownik Kliniki i Katedry:
prof. dr hab. med.
Paweł Górski

T E R A P I A

GINA report 2014 – Global strategy for asthma diagnosing, prevention and treatment

S U M M A R Y

The purpose of this paper is to review some problems presented in new revised GINA report 2014. In the report the diagnostic processes and general methods of asthma treatment are given. First, the new definition of asthma is proposed. This definition is more simple than this one given in earlier reports. According GINA report 2014 a detailed history and physical examination of a patient leads to the correct diagnosis but additional tests as ventilatory parameters, the reversibility of lung function abnormalities and hyperresponsiveness airways tests are more helpful for the diagnosis. According to the first asthma management guidelines, treatment of asthma depends on severity define by clinical symptoms and lung function parameters. However, asthma severity level does not reflect the response to treatment. Therefore, the GINA report 2006 recommended change in approach to asthma management and submit achieving asthma control over establishment its severity, distinguishing controlled asthma, partially controlled and uncontrolled asthma. GINA report 2014 confirms this conception underlying that optimal status of disease is the main goal of asthma treatment. Accurate assessment of asthma control improves effectiveness of treatment. The definition of asthma control level is the basis of choosing and modification of asthma pharmacotherapy. GINA report 2014 confirms two main groups of antiasthmatic drugs i.e. controllers and relievers and five steps of treatment.

Celem tego artykułu jest przegląd niektórych problemów zaprezentowanych w nowej, zmienionej wersji raportu GINA 2014. W raporcie tym podane są nowe metody diagnozowania astmy i ogólne metody leczenia. Zaproponowana została także nowa definicja astmy, która jest prostsza niż definicje podane we wcześniejszych raportach. Według raportu GINA 2014 dokładny wywiad oraz badanie fizykalne pacjenta prowadzą do prawidłowego rozpoznania ale dodatkowe testy, takie jak badanie wskaźników wentylacji, test odwracalności obturacji i

testy nadreaktywności oskrzeli są bardzo pomocne w diagnostyce astmy. Według pierwszych zaleceń dotyczących astmy, leczenie tej choroby powinno zależeć od stopnia ciężkości określonego przez objawy kliniczne i wskaźniki wentylacji. Jednakże stopień ciężkości nie odzwierciedla odpowiedzi na leczenie. Dlatego raport GINA 2006 zaleca zmiany w podejściu do astmy, sprowadzające się do ustalenia kontroli astmy i określenia astmy kontrolowanej, częściowo kontrolowanej i niekontrolowanej. Raport z 2014 roku potwierdza taką koncepcję podkreślając, że głównym celem leczenia astmy jest osiągnięcie optymalnego stanu choroby. Dokładne określenie kontroli astmy poprawia skuteczność leczenia. Definicja kontroli jest podstawą wyboru i modyfikacji farmakoterapii astmy. Raport GINA 2014 potwierdza dwie grupy leków przeciwastmatycznych to jest leków kontrolujących i leków znoszących duszność i pięć stopni leczenia.

Grzelewska I.: Raport GINA 2014 - globalne podejście do rozpoznawania zapobiegania i leczenia astmy. *Alergia*, 2014, 4: 5-12

Z inicjatywy Narodowego Instytutu Zdrowia Stanów Zjednoczonych (NHLBI - National Heart, Lung and Blood Institute) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1993 powstała Światowa Inicjatywa dla Astmy (GINA - Global Initiative for Asthma). Eksperti Światowej Inicjatywy dla Astmy w 1995 roku opublikowali pierwsze wytyczne dotyczące leczenia i zapobiegania astmie (tzw. Raport GINA). Postęp wiedzy odnoszącej się do astmy legł u podstaw powstawania nowych raportów GINA, z których ostatni został opublikowany w Światowym Dniu Astmy 31 maja 2014 roku(1). Celem raportów GINA od początku ich istnienia było gromadzenie nowej wiedzy, która dzięki badaniom uzyskała najwyższą kategorię A dowodów, a następnie upowszechnianie tej wiedzy odnoszącej się do patogenezы astmy, metod diagnozowania, sposobów leczenia, edukacji i wpływie na zdrowie publiczne. Działania te stawiały sobie za cel ograniczenie zapadalności na astmę oraz śmiertelności z jej powodu, poprawę opieki nad chorymi oraz poprawę leczenia. Wiedza zawarta w poszczególnych raportach GINA jest wzbogacona o nowe informacje czerpane z nauk podstawowych i klinicznych. Wiele z nich zyskuje rangę zaleceń a nawet nakazów. W 1998 roku wprowadzono do leczenia astmy wziewne kortykosteroidy, które zrewolucjonizowały leczenie tej choroby (2). W 2005 roku dokonano podziału leków przeciwastmatycznych na dwie grupy (3). Pierwsza to leki kontrolujące (ang. controllers), wśród których najważniejszą pozycję zajęły wziewne kortykosteroidy (wGKS) a obok nich znajdują się długo działający β_2 -agoniści (LA β A - long acting β_2 -agonist), leki przeciwleukotrienowe, kromony i preparaty wolno uwalniającej się teofiliny oraz omalizumab – lek biologiczny o działaniu anty IgE (tabela I). Druga grupa to leki przynoszące ulgę (ang. relievers) lub ratujące (ang. rescue). Wśród nich najważniejszą pozycję zajmują krótko działający β_2 -agoniści (SA β A – short acting β_2 -agonist), a innymi, ale o mniejszym znaczeniu są krótko działające leki przeciwcholinergiczne, krótko działające preparaty teofiliny. Szczególne miejsce zajmują systemowo działające kortykosteroidy stosowane dożylnie lub doustnie (tabela I). To usystematyzowanie leków nadal znajduje się w raporcie GINA 2014. Bardzo ważny, wnoszący nowe treści był raport GINA z 2006 roku (4). Wprowadzono w nim stopnie leczenia astmy od 1 do 5, według których poprzez stosowanie różnych leków i różnych dawek zalecono ocenić stopień ciężkości astmy. Ważnym krokiem było także wprowadzenie pojęć: astmy dobrze kontrolowanej, częściowo kontrolowanej i niekontrolowanej. W raporcie z 2009 roku zawarto informację, że LA β A mogą być bezpiecznie stosowane w astmie (5). Informacja ta wynikała z wielu badań klinicznych i metaanaliz . Także w 2009 roku wprowadzono w leczeniu astmy dwa podstawowe cele. Pierwszy z nich wynikał z perspektywy pacjenta i odnosił się do aktualnej kontroli astmy. Drugi dotyczył celów, do których osiągnięcia dąży lekarz leczący chorego na astmę. W raporcie z 2014 roku mało uwagi poświęcono

zapaleniu, które stanowi podstawę rozwoju astmy. Jednak należy podkreślić, że nie dowodzi to, iż Komitet Naukowy GINA nie przywiązuje istotnej uwagi do tego zjawiska, ale zostało ono zaprezentowane w wielu wcześniejszych raportach i obecnie nie stanowi głównego tematu.

TABELA 1 Leki stosowane w astmie

I. Leki przeciwzapalne - kontrolujące
glikokortykosteroidy długo działający $\beta 2$ agoniści (LABA) antagoniści leukotrienów ! kromony wolno uwalniająca się teofilina przeciwciała anty IgE (2005)
II. Leki przynoszące ulgę - rozszerzające oskrzela
krótko-działający wziewni $\beta 2$ -agoniści (SA β A) GKS systemowe leki p/cholinergiczne krótko działające metyloksantyny

Problemy dotyczące astmy w raporcie GINA 2014 zostały ujęte w ośmiu rozdziałach. Na szczególną uwagę zasługują rozdział poświęcony astmie u dzieci 5-letnich i młodszych oraz rozdział wynikający ze wspólnej inicjatywy Komitetów Naukowych GINA i GOLD, a dotyczący współwystępowania astmy i POChP jako zjawiska znanego już od wielu lat, ale ciągle nie ujętego w raportach GINA czy GOLD.

Rozdziały w raporcie GINA 2014

- Definicja i diagnozowanie
- Ocena stopnia ciężkości astmy
- Leczenie astmy w celu kontroli objawów i minimalizacji ryzyka
- Podejście do pogorszenia i zaostrzeń
- Diagnoza astmy, POChP i astmy -POChP (zespołu nakładania ACOS)
- Diagnoza i podejście do astmy u dzieci 5-letnich i młodszych
- Pierwotna prewencja astmy
- Implementacja strategii podejścia do astmy w systemy zdrowotne

W obecnym opracowaniu raportu GINA z 2014 roku, ze względu na rozległość poruszanych tematów zdecydowano się poddać ocenie tylko trzy pierwsze rozdziały.

Definicja i rozpoznanie astmy

Definicja astmy według raportu GINA 2014.

Raport GINA 2014 podaje nową definicję astmy, która zdecydowanie różni się od definicji po raz pierwszy podanej w raporcie z 2002 roku a następnie powtarzanej w kolejnych raportach (6). Definicja ta ujmowała wiele aspektów odnoszących się do patogenezy astmy i objawów klinicznych. Według definicji z 2002 roku „astma jest przewlekłą, zapalną chorobą dróg oddechowych, w której bierze udział wiele komórek i substancji przez nie uwalnianych. Przewlekłe zapalenie jest powiązane z nadreaktywnością oskrzeli prowadzącą do nawracających epizodów świszczącego oddechu, duszności, ucisku w klatce piersiowej i kaszlu występujących szczególnie w nocy i nad ranem. Epizodom tym towarzyszy zwykle rozlana obturacja oskrzeli o zmiennym nasileniu, często ustępująca samoistnie lub pod wpływem leczenia”. Nowa definicja astmy, obok zapalenia, które ujmuje dość zdawkowo, ogniskuje się przede wszystkim na klinicznych objawach astmy.

Według tej definicji „Astma to heterogenna choroba, zazwyczaj charakteryzująca się przewlekłym zapaleniem, zdefiniowana przez wywiad o objawach z układu oddechowego, takich jak: świszczący oddech, duszność, uczucie ciasnoty w klatce piersiowej i kaszel, które są zmienne w czasie i w nasileniu, łącznie ze zmienną obturacją dróg oddechowych.

W definicji tej może budzić zdziwienie stwierdzenie, że astma zazwyczaj charakteryzuje się przewlekłym zapaleniem. Liczne badania prowadzone w wielu ośrodkach naukowych udowodniły niepodważalnie, że nawet w łagodnej astmie ma miejsce zapalenie (7). Ponieważ nadreaktywność oskrzeli jest dowodem zapalenia, to jej obecność udowodniona w około 40 % przypadków alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa dowodzi, że w tej chorobie, która często stanowi wstęp do rozwoju pełnoobjawowej astmy, także występuje zapalenie (8).

Zapalenie uważane jest za fundamentalną cechę astmy i jeśli nie stwierdzi się u chorego tej cechy to z absolutną pewnością można powiedzieć, że chory w tym momencie nie cierpi na astmę.

Należy jednak podkreślić, że w niektórych przypadkach, gdy astma znajduje się w pełnej remisji, to nadreaktywność ulega wygaszeniu. Jednak dotyczy to tylko odwracalnej składowej astmy, która wynika z działania mediatorów i zapalenia. Drugi komponent nadreaktywności, który jest następstwem uwarunkowań genetycznych i przebudowy dróg oddechowych nie wygasa się nawet pod wpływem leczenia kortykosteroidami (9,10).

Objawy kliniczne w rozpoznawaniu astmy.

W raporcie GINA 2014 podano zasady rozpoznawania astmy. Uderza w nich stwierdzenie, że pierwsza faza rozpoznania powinna opierać się na wywiadach zebranych od pacjenta. Takie podejście do procesu diagnozowania wskazuje, że pierwsza rozmowa z pacjentem ma kapitalne znaczenie oraz, że dobrze zebrany wywiad, często już w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu, pozwala na postawienie prawidłowego rozpoznania.

Rozpoznanie astmy opiera się na stwierdzeniu charakterystycznego zespołu objawów ze strony układu oddechowego, takich jak: świsty, krótki oddech (duszność), ucisk w klatce, kaszel i zmiennych zaburzeń wentylacji.

Objawy te są typowe dla astmy, ale mogą też zależeć od innych chorób układu oddechowego. I dlatego 25-35 % chorych z rozpoznaną astmą przez lekarzy pierwszego kontaktu nie ma potwierdzenia astmy przez specjalistów.

Objawy ze strony układu oddechowego charakterystyczne dla astmy:

Występowanie więcej niż jednego objawu

- objawy nasilające się w nocy lub wcześniej rano
- objawy zmiennie w czasie i nasileniu
- objawy są wywoływane przez infekcje wirusowe, wysiłek, ekspozycję na alergeny, zmiany pogody, śmiech lub czynniki podrażniające, takie jak dym papierosowy, ostre zapachy czy spaliny samochodowe.

Nadreaktywność oskrzeli.

W raporcie GINA 2014 stwierdzono, że astma zazwyczaj powiązana jest z nadreaktywnością oskrzeli i zapaleniem dróg oddechowych, lecz nie są one konieczne lub dostateczne dla rozpoznania astmy ponieważ mogą występować w innych chorobach.

To stwierdzenie jest bardzo ważne ponieważ zdejmuje z lekarza obowiązek wykonania testu nadreaktywności oskrzeli jeśli postawione przez niego rozpoznanie nie budzi wątpliwości.

Nadreaktywność oskrzeli to zwiększona odpowiedź na wziewanie różnorodnych czynników immunologicznych i nieimmunologicznych (11).

- Do czynników immunologicznych zaliczane są alergeny, na które uczulony jest badany pacjent – jest to nadreaktywność swoista.
- Czynniki nieimmunologiczne (spasmogeny) to przede wszystkim działające receptorowo – histamina oraz pochodne acetylocholino, jak metacholina – które pozwalają na zbadanie nadreaktywności nieswoistej .
- Do innych czynników wywołujących duszność i spadek FEV1 należy test wysiłkowy, który szczególnie często wykonywany jest u dzieci.

Nadreaktywność oskrzeli jest fundamentalną cechą astmy. Jej obecność charakteryzuje wszystkich chorych z aktywną astmą.

Dodatni wynik wziewnego testu ze spasmagenem jest szczególnie przydatny u osób z prawidłowymi wskaźnikami wentylacji i ujemnym testem odwracalności obturacji (9). Należy jednak podkreślić, że nadreaktywność oskrzeli występuje w alergicznym nieżycie nosa, atopowym zapaleniu skóry i w POChP, a nawet w takich chorobach jak mukowiscydoza czy sarkoidoza.

Rozpoznanie astmy często jest trudne ponieważ występujące w niej objawy kliniczne mogą występować w innych chorobach układu oddechowego. I tak na przykład izolowany kaszel może być ekwiwalentem napadu duszności stanowiąc tzw. „zespół kaszel-astma” lub „kaszel ekwiwalent astmy” (ang. Cough-asthma syndrom) (12). W tym zespole kaszel może być dominującym a nawet jedynym objawem, który nasila się w nocy, częściej występuje u dzieci, bez zmniejszenia wskaźników wentylacji. Obecność nadreaktywności oskrzeli, dodatnich testów skórnych z powszechnie występującymi alergenami wziewnymi a także dodatni test odwracalności obturacji oskrzeli pozwalają na pewne rozpoznanie

zespołu „kaszlowy wariant astmy” a właściwie w takich przypadkach można postawić rozpoznanie astmy mimo, że chory nie odczuwa duszności. Izolowany kaszel może także pozostawać objawem innych chorób, takich jak refluks żołądkowo-przełykowy, zespół górnych dróg oddechowych (ang. postnasal drip), samoistne zwłóknienie płuc, czy nawet nowotwór płuc zwłaszcza, że chorobom tym towarzyszy także duszność, często określana przez chorych jako „uczucie krótkiego oddechu”.

W raporcie podkreślono, że astmą prawdopodobnie nie są: izolowany kaszel, przewlekłe wytwarzanie plwociny, krótki oddech, ból w klatce czy duszność z „dźwiękiem” podczas wdechu wywołana przez wysiłek.

Według raportu GINA 2014 rozpoznanie astmy należy przeprowadzić, oczywiście jeśli to możliwe, przed zastosowaniem leków przeciwzapalnych, czyli wziewnych kortykosteroidów (w GKS) (ang. ICS-inhaled corticosteroids). Jednak w sytuacjach, kiedy z powodu złego stanu pacjenta staje się to niemożliwe to należy włączyć wGKS, a rozpoznanie przeprowadzić opierając się na wyniku leczenia, ale takie postępowanie utrudnia prawidłowe rozpoznanie astmy.

Badanie wskaźników wentylacji.

W diagnozowaniu astmy, obok typowych objawów, ważne miejsce zajmuje wykazanie ograniczenia przepływu wydechowego czyli obturacji oskrzeli i jej zmienności przy użyciu badania spirometrycznego. I tak należy w próbie rozkurczowej wykazać przyrost FEV1 o co najmniej 12 % i 200 ml w porównaniu z wartością wyjściową. Po 4 tygodniach leczenia wGKS przyrost FEV1 także musi sięgać co najmniej 12 % i 200 ml w porównaniu do wartości początkowej, a PEF (Peak Expiratory Flow) powinien wzrosnąć o 20 %. Test odwracalności obturacji (TOO) polega na badaniu wskaźników wentylacji, a głównie natężonej objętości wydechowej pierwszo-sekundowej (FEV1 – Forced Expiratory Volume in the 1-st second) oraz natężonej pojemności płuc (FVC – Force Vital Capacity). Wzrost FEV1 o $\geq 12\%$ i co najmniej o 200 ml w 10-20 minucie po wziewaniu 400 μg salbutamolu w stosunku do wartości wyjściowych kwalifikuje test jako dodatni. TOO charakteryzuje się dużą swoistością ale małą czułością. Wypada on ujemnie u osób z prawidłowymi wskaźnikami wentylacji lub u osób ze znaczącą przebudową oskrzeli (ang. remodeling) (13). Test ten może wypaść ujemnie u chorych ze zaawansowanymi zmianami zapalnymi, ale wtedy wskaźniki wentylacji ulegają znaczącej poprawie po kilkutygodniowym leczeniu wziewnymi kortykosteroidami.

W próbach prowokacyjnych, które wykonuje się tylko w przypadkach wątpliwych należy wykazać: w próbie wysiłkowej spadek FEV1 o ponad 10 % i o ponad 200 ml w porównaniu do wartości wyjściowej, a we wziewnej próbie prowokacyjnej spadek FEV1 o co najmniej 20 % w porównaniu z wartością wyjściową po zastosowaniu standardowej dawki substancji kurczącej oskrzela (histaminy lub metacholiny).

Należy podkreślić, że testy ujawniające nadreaktywność oskrzeli chociaż charakteryzują się dość dobrą czułością to jednak ich swoistość jest ograniczona (9). Należy zwrócić także uwagę na wartość FEV1 podczas kolejnych wizyt. Wzrost tego wskaźnika o ponad 12 % i 200 ml także dowodzi zmienności obturacji. Jeśli pacjent leczony jest wGKS to dla rozpoznania astmy konieczne jest stwierdzenie zmiennych objawów klinicznych i obturacji. W przypadkach wątpliwych dla ostatecznego rozpoznania astmy zachodzi konieczność ponownego wykonania testu odwracalności obturacji lub próby prowokacyjnej po stosowanej lub zmniejszonej dawce wGKS. W niektórych przypadkach zachodzi konieczność skierowania pacjenta na dalszą diagnostykę specjalistyczną lub rozważenie innych rozpoznań.

Testy alergologiczne

W diagnozowaniu astmy ważne miejsce zajmują testy alergologiczne (testy skórne wykonane metodą nakłuc naskórka z powszechnie występującymi alergenami wziewnymi lub pomiar stężenia swoistych immunoglobulin klasy E w surowicy) (14). Testy te jednak nie są swoiste dla astmy, a także nie występują we wszystkich fenotypach astmy. Przyjmuje się, że dodatnie testy alergologiczne, które potwierdzają atopowe podłoże astmy dotyczą nie więcej niż połowy chorych na astmę.

Rozpoznanie różnicowe.

U dorosłych obejmuje głównie choroby, takie jak dysfunkcję fałdów głosowych czyli psychogenne zaburzenia czynności krtani, hiperwentylację z napadami paniki, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, rozstrzenie oskrzeli, mukowiscydozę, niewydolność krążenia, kaszel wywołany lekami (inhibitory konwertazy angiotensynowej), zatorowość płucną, guzy lub ciała obce w oskrzelach, śródmiąższowe choroby płuc.

Duże trudności w praktyce klinicznej sprawia odróżnienie astmy i POCHP, szczególnie u osób w starszym wieku nawet jeśli astmę mieli rozpoznawaną w młodości oraz u palaczy tytoniu obecnych lub w przeszłości. Dlatego w raporcie GINA 2014 po raz pierwszy Komitety Naukowe GINA i GOLD stworzyły wspólny rozdział poświęcony zespołowi nakładania astmy i POCHP, określanemu jako fenotyp „astma-POCHP” a w skrócie określony jako ACOS (ang. Asthma-COPD Overlap Syndrom). Rozpoznanie tego zespołu można postawić wtedy, gdy stwierdza się u pacjenta typowe objawy zarówno astmy jak i POCHP, chociaż rozpoznanie na podstawie wyników badań spirometrycznych może budzić duże wątpliwości, ponieważ u tych pacjentów stwierdza się utrwalone objawy obturacji, chociaż często test odwracalności obturacji może być dodatni. Chorzy z zespołem nakładania prezentują gorszą jakość życia, częste zaostrzenia, szybkie pogarszanie wskaźników wentylacji i znacząco większe ryzyko zgonu.

Fenotypy astmy

Następny problem dość szeroko poruszony w aktualnym raporcie odnosi się do fenotypów astmy. Zrodził się on kilka lat temu i ciągle podlega rozległym badaniom (15), z których wynika, że astma ma bardzo liczne „oblicza” biorąc pod uwagę cechy demograficzne, kliniczne i/ lub patofizjologiczne. Mimo wyszczególnienia i dość dobrego scharakteryzowania wielu fenotypów astmy to nie znaleziono silnych powiązań między swoistymi cechami patofizjologicznymi, szczególnymi wzorami klinicznymi lub odpowiedzią na leczenie (1). Wyróżnia się co najmniej kilka następujących fenotypów astmy (1):

- **Astma z otyłością.** Niektórzy otyli pacjenci z astmą mają dominujące objawy z eozynofilowym zapaleniem dróg oddechowych. Rozpoznanie astmy u otyłych osób często jest dość trudne, ponieważ niekiedy takie osoby skarżą się na duszność chociaż nie cierpią na astmę. W tej populacji należy liczyć się zarówno z nadrozpoznanalnością astmy jak i nie rozpoznaniem astmy istniejącej.
- **Astma alergiczna.** Łatwa do rozpoznania, często zaczyna się u dzieci, powiązana jest z obecnością w przeszłości i / lub rodzinnym wywiadem o chorobach alergicznych, takich jak: egzema, alergiczny nieżyt nosa, alergia na pokarmy lub leki. Badanie płwociny indukowanej przed rozpoczęciem leczenia ujawnia eozynofilowe zapalenie. U chorych z tym fenotypem astmy stwierdza się zazwyczaj dobrą odpowiedź na wziewne kortykosteroidy.
- **Astma niealergiczna.** Niektórzy pacjenci doświadczają astmy, która nie jest powiązana z alergią. Profil komórkowy w tej postaci astmy może być neutrofilowy, eozynofilowy, lub ubogo komórkowy. Astma niealergiczna często charakteryzuje się gorszą odpowiedzią na wziewne kortykosteroidy.

- **Astma o późnym początku.** Występuje u niektórych osób dorosłych, szczególnie u kobiet. Objawy astmy pojawiają się po raz pierwszy w dorosłym życiu. Ta postać jest częściej niealergiczna. Często wymaga większych dawek kortykosteroidów lub jest względnie oporna na leczenie kortykosteroidami.
- **Astma z utrwalonymi zaburzeniami wentylacji.** U niektórych chorych długo trwająca astma doprowadza do utrwalonej obturacji, która zależy od przebudowy (ang. remodeling) ściany oskrzeli. Pacjenci z tego rodzaju zaburzeniami wentylacji często nie zgłaszają duszności, ponieważ powoli przyzwyczajają się do nowych wartości wentylacji, czyli zachodzi u nich zjawisko podobne jak u chorych na POCHP. Należy jednak podkreślić, że u chorych na astmę, jeśli nie mają oni zespołu nakładania astmy i POCHP, nie dochodzi nigdy, w stanie stabilności choroby, do obniżenia FEV1 poniżej 50 % wartości należnej. U chorych na astmę całe drzewo oskrzelowe objęte jest procesem zapalnym, który decyduje o obturacji oskrzeli, ale nie dochodzi do rozedmy płuc, która doprowadza do dużej redukcji wskaźników wentylacji co obserwuje się w zaawansowanej POCHP.
- **Astma ciężka** (według definicji ERS / ATS). Definicja ciężkiej astmy (ang. severe asthma) powinna być zarezerwowana dla pacjentów z astmą oporną (ang. refractory asthma) na leczenie (16).

Raport GINA 2014 podaje kilka fenotypów astmy, które spotykane są najczęściej, ale wydaje się, że pominięto w nim bardzo ważny i często, bo u co dziesiątego pacjenta, spotykany fenotyp astmy z nadwrażliwością na aspirynę i inne niesteroidowe leki przeciwzapalne określane obecnie jako „choroba dróg oddechowych zaostrzająca się po aspirynie” (ang. aspirin-exacerbated respiratory disease).

Chociaż w innym miejscu raportu ten rodzaj astmy jest krótko opisany. Pacjenci z tym fenotypem astmy w połowie przypadków mogą mieć astmę atopową, około 80 % ma polipy nosa i zatok obocznych często bardzo uporczywe wymagające wielokrotnych polipektomii (17). Niektórzy z tych pacjentów są otyli a część chorych na astmę z nadwrażliwością na aspirynę ma utrwalone zaburzenia wentylacji. Biorąc pod uwagę patofizjologię astmy aspirynowej to stwierdza się zarówno w błonie śluzowej nosa jak i oskrzeli przewlekłe zapalenie eozynofilowe. Chorzy na astmę aspirynową prezentują szeroką mozaikę objawów klinicznych. To samo odnosi się do leczenia i stopni ciężkości. Postępowanie terapeutyczne z tymi chorymi powinno przebiegać dwutorowo. Z jednej strony chorych należy poddawać leczeniu laryngologicznemu, a drugi tor powinien odnosić się do astmy, którą należy leczyć zgodnie z zasadami podanymi w raporcie GINA 2014. Oczywiście chorzy na astmę aspirynową powinni unikać przyjmowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

Ocena stopnia ciężkości astmy

Dokonywanie oceny stopnia ciężkości astmy stanowi bardzo ważny krok w całościowej ocenie chorego na astmę. Wcześniejsze raporty GINA zalecały dokonywanie oceny ciężkości choroby przed rozpoczęciem leczenia. Takie podejście kryło w sobie niebezpieczeństwo oceny astmy jako „ciężkiej” przed zastosowaniem leczeniem, które zazwyczaj doprowadzało do znacznego opanowania objawów lub nawet całkowitego ich ustąpienia. Utrzymanie rozpoznania ciężkiej astmy „stygmatyzowało” chorego i w ten sposób wpływało negatywnie na jego dalsze życie (na przykład aktywność fizyczną dzieci).

Raport GINA 2014 zaleca aby ocena stopnia ciężkości astmy była dokonywana retrospektywnie ze stopnia leczenia, który doprowadza do uzyskania kontroli objawów oraz z zaostrzeń.

Raport z 2014 roku podkreśla, że ważne jest aby odróżniać astmę ciężką od astmy niekontrolowanej, która wynika z niewłaściwej techniki inhalowania leku przeciwzapalnego i/lub niewypełniania zaleceń lekarskich (złej adherencji). Ocena może być dokonana nawet po kilku miesiącach od momentu kiedy pacjent otrzymał leki przeciwzapalne (ang. controllers) i kiedy odpowiednie leczenie zostało zmniejszone (ang. step down) w celu ustalenia minimalnego, skutecznego leczenia.

Stopień ciężkości astmy nie jest stały, może zmieniać się w ciągu miesięcy i lat.

Stopnie ciężkości astmy

- Łagodna (ang. mild) - dobrze kontrolowana na 1 i 2 stopniu leczenia, leki stosowane to leki rozszerzające oskrzela na żądanie, małe dawki wGKS lub leki przeciwleukotrienowe, albo kromony
- Umiarkowana (ang. moderate) - dobrze kontrolowana na 3 stopniu leczenia- małe dawki wGKS/ LABA
- Ciężka (ang. severe)- wymaga leczenia stopnia 4 i 5

TABELA 2 Stopnie kontroli astmy

Objawy występujące w ostatnich 4 tyg.	Stopień kontroli astmy		
	dobra	częściowa	brak
Objawy dzienne częściej niż 2x/ tydz. [tak / nie]	żadne z tych	1-2 z tych	3-4 z tych
Przebudzenia nocne zależne od astmy [tak / nie]			
Leki ratujące użyte > 2x/ tydz. [tak / nie]			
Ograniczenie aktywności z powodu astmy [tak / nie]			

Astma ciężka

Jednym z ważnych problemów, który często staje przed lekarzem to rozstrzygnięcie czy u leczonego chorego astma jest niekontrolowana czy ciężka. Zatem powstaje pytanie jak odróżnić od siebie te dwie postaci astmy? Większość pacjentów może osiągnąć dobrą kontrolę astmy z minimalnymi zaostrzeniami stosując regularne leczenie kontrolujące. Ale niektórzy pacjenci nie osiągają tego celu nawet na maksymalnym leczeniu (16). Zależy to u nich od właściwej ciężkiej, odpornej na leczenie astmy (ang. refractory, severe), ale u innych pacjentów zależy od chorób współistniejących, ekspozycji na zanieczyszczenia, czy czynników psychofizycznych. Postawienie rozpoznania ciężkiej astmy wymaga rozważenia czy nie występują okoliczności, które decydują o braku kontroli astmy, a które można usunąć.

Astma ciężka to taka postać astmy, która wymaga leczenia dużymi dawkami wGKS / LA β A, aby astma nie stała się niekontrolowana lub astma, która pozostaje niekontrolowana, mimo tego leczenia (16).

Wielu chorych z astmą niekontrolowaną jest leczonych zbyt małymi dawkami, nieodpowiednimi lekami, mają stałe problemy z przystosowaniem się do leczenia (zła adherencja), współistnieją u nich otyłość lub inne choroby przewlekłe, takie jak zapalenie zatok, refluks żołądkowo-przełykowy czy zespół bezdechu sennego.

Problemy, które należy rozważyć przed postawieniem rozpoznania ciężkiej astmy :

- **zła technika inhalacji (do 80 % chorych)**
- **zła akceptacja leku**
- **błędna diagnoza astmy**
- **współwystępowanie innych chorób, takich jak alergiczny nieżyt nosa, otyłość, refluks żołądkowo-przełykowy, zespół bezdechu sennego.**
- **stała ekspozycja na czynniki uczulające i drażniące w domu i miejscu pracy**

Ogólne zasady postępowania w ciężkiej astmie

- **Sprawdź stosowanie inhalatora**
- **Przedyskutuj adherencję do leku**
- **Potwierdź diagnozę astmy**
- **Usuń potencjalne czynniki ryzyka**
- **Oceń i lecz choroby współistniejące**
- **Rozważ stopień leczenia**
- **Rozważ konsultacje specjalistów**

W raporcie GINA 2006 odstąpiono od określania w codziennej praktyce lekarskiej stopni ciężkości astmy, a wprowadzono zasadę oceny stopni kontroli astmy. W poprzednich raportach ustalono cztery stopnie ciężkości astmy: łagodny, umiarkowany, ciężki i bardzo ciężki. Od 2006 roku zalecono aby stopnie ciężkości stosowano tylko dla celów naukowych. W dużym, klinicznym wieloośrodkowym badaniu o akronimie GOAL (The Gaining Optimal Asthma Control Study) (18) wprowadzono pojęcia astmy całkowicie kontrolowanej, częściowo kontrolowanej oraz astmy niekontrolowanej. Ta nowa koncepcja znalazła się w kolejnych raportach GINA. Pod pojęciem stopni kontroli astmy kryje się stopień opanowania objawów astmy. Dla oceny stopnia kontroli brano pod uwagę dzieńne nasilenie objawów astmy, nocne przebudzenia z powodu astmy, konieczność stosowania na żądanie leków rozszerzających oskrzela, ograniczenie aktywności życiowej, wartość wskaźnika FEV1 i PEF oraz występowanie zaostrzeń astmy.

Obecnie w 2014 roku raport GINA nadal zaleca się ocenę stopnia kontroli astmy, przyjmując podział na astmę dobrze kontrolowaną, częściowo kontrolowaną i niekontrolowaną.

Klasyfikacja ta jest prostsza ponieważ uwzględnia tylko objawy kliniczne (objawy dzieńne i nocne przebudzenia zależne od astmy), zużycie krótko działających leków rozszerzających oskrzela i ograniczenie aktywności zależne od astmy (tabela II). Ocena tych parametrów jest bardzo ważna ponieważ ocenia bieżącą kontrolę astmy oraz wpływ choroby na codzienną aktywność chorego. Już od kilku lat raporty GINA zalecają ocenę pacjenta w dwóch głównych zakresach (domenach). Pierwszy z nich obejmuje bieżącą kontrolę objawów astmy, a drugi ocenia przyszłe ryzyko niekorzystnych zdarzeń zdrowotnych wśród których szczególne miejsce zajmują zaostrzenia astmy.

Leczenie astmy w celu kontroli objawów i minimalizacji ryzyka zaostrzeń

Leczenie astmy według raport GINA 2014 zostało ujęte w czterech częściach

Część A - ogólne zasady podejścia do astmy

Część B - modyfikacja i strategia dla uzyskania kontroli astmy i redukcji ryzyka zaostrzeń (obejmuje leki, leczenie czynników ryzyka które można zmodyfikować oraz nie farmakologiczne terapie).

Część C - edukacja**Część D** - leczenie astmy z chorobami współistniejącymi i w specjalnych populacjach

Główne cele leczenia w długo trwałym podejściu do astmy:

- osiągnięcie i utrzymanie dobrej kontroli objawów
- utrzymanie prawidłowej aktywności życiowej z możliwością wykonywania wysiłków fizycznych
- utrzymanie wydolności oddechowej (wskaźników wentylacji) na prawidłowym poziomie
- zminimalizowanie ryzyka przyszłych zaostrzeń
- zminimalizowanie działań niepożądanych stosowanych leków.

Raport GINA 2014 przywiązuje dużą wagę do działań mających na celu redukcję w przyszłości zaostrzeń astmy nawet wtedy, gdy bieżąca kontrola astmy jest dobra. Czynniki, które można określić jako niezależne od kontroli astmy to wywiad o występowaniu co najmniej jednego zaostrzenia w minionym roku, niewłaściwe stosowanie leków przeciwzapalnych (wGKS) to znaczy zbyt małe dawki leków, zła adherencja, niewłaściwe stosowanie inhalatorów, małe wskaźniki wentylacji (FEV1 poniżej 60 % wartości należnej), ekspozycja na dym tytoniowy, otyłość, problemy socjopsychologiczne, eozynofilia we krwi obwodowej, współwystępowanie innych chorób. Część tych czynników można usunąć czyli są one modyfikalne, ale do tego konieczna jest dokładna ich analiza i współpraca pacjenta. W diagnozowaniu astmy oraz w bieżącym jej monitorowaniu konieczne jest wykonywanie badań spirometrycznych. Wartość wskaźników wentylacji spełnia ważną rolę przy ocenie przyszłego ryzyka zaostrzeń, chociaż ich wartość nie musi wiązać się z bieżącą kontrolą astmy.

W leczeniu astmy raport zaleca brać pod uwagę charakterystykę lub fenotyp astmy, który pozwala przewidzieć prawdopodobną odpowiedź na leczenie, łącznie z preferencjami pacjenta i z praktyczną edukacją.

Leczenie astmy powinno ściśle być związane z ciężkością astmy i stopniem kontroli. Do oceny stopnia kontroli astmy zaproponowano dwa proste testy, które bez większych problemów mogą być wypełnione przez chorych.

- Pierwszy z nich to „Kwestionariusz Kontroli Astmy” (ACQ – Asthma Control Questionnaire) (19). Punktowa ocena w tym teście może wynosić od 0 do 6. Kwestionariusz składa się z pięciu pytań o objawy astmy, szóste pytanie dotyczy zużycia leków rozszerzających oskrzela, a ostatnie odnosi się do wartości FEV1, którą wpisuje lekarz po wykonaniu spirometrii bez leku rozkurczowego. Jeżeli wartość punktowa wynosi 0.0-0.75 to astma jest dobrze kontrolowana, 0.75-1.5 określa tzw „szarą strefę”, a >1.5 punktu oznacza złą kontrolę astmy. Różnica 0.5 punktu to minimalna wartość o znaczeniu klinicznym.
- Drugi test zaproponowany do oceny kontroli astmy to „Test Kontroli Astmy” (ACT – Asthma Control Test) (20). Składa się on z pięciu pytań na które pacjent odpowiada przed wizytą u lekarza. Każda odpowiedź może uzyskać od 1 do 5 punktów przy czym 20-25 punktów oznacza dobrą kontrolę astmy, 16-20 punktów to astma częściowo kontrolowana, a 5-15 punktów to astma niekontrolowana. Kliniczne znaczenie ma różnica 3 punktów.

Leki i farmakologiczne kategorie długotrwałego leczenia astmy

W raporcie GINA z roku 2005 dokonano podziału leków stosowanych w astmie na dwie podstawowe grupy to jest leki kontrolujące oraz leki przynoszące ulgę czyli znoszące duszność. Ten podział leków został utrzymany w następnych raportach, a także w tym z 2014 roku (tabela I)

Leki kontrolujące (ang. controllers) stosowane są do stałego, przewlekłego leczenia, zmniejszają zapalenie, kontrolują (łagodzą lub znoszą) objawy, redukują ryzyko zaostrzeń w przyszłości, przeciwdziałają zmniejszaniu wskaźników wentylacji.

Do tej grupy należą przede wszystkim wziewne kortykosteroidy, długo działający β 2-agoniści, leki przeciwleukotrienowe, i preparaty teofiliny o przedłużonym działaniu, a także kromony, które obecnie są rzadko stosowane z powodu słabego działania przeciwzapalnego. W tej grupie leków znajduje się należący do leków biologicznych omalizumab (monoklonalne przeciwciało anti-IgE), który wiążąc przeciwciała IgE krążące we krwi przeciwdziała wiązaniu tych przeciwciał z komórkami tuczными i bazoofilami.

Leki przynoszące ulgę (relievers), tzw. ratujące (rescue) należy zalecać wszystkim chorym na żądanie (ang.as needed) w celu przerwania duszności, a także zapobiegania powysiłkowemu napadowi duszności oraz w czasie zaostrzenia astmy.

Należą do tej grupy krótko działający β 2-agoniści (salbutamol, fenoterol, terbutalina), krótko działające wziewne leki przeciwcholinergiczne (bromek ipratropium) i doustne kortykosteroidy.

Całkowite zredukowanie lub – idealnie- wyeliminowanie potrzeby przyjmowania leków stosowanych na żądanie jest ważnym celem leczenia astmy i miarą sukcesu leczenia

Wziewne kortykosteroidy

Są to najskuteczniejsze leki przeciwzapalne, ponieważ zmniejszają patomorfologiczne wykładniki zapalenia w błonie śluzowej oskrzeli. Leki te znacząco łagodzą objawy choroby, takie jak duszność i kaszel, zmniejszają częstość i nasilenie zaostrzeń, poprawiają czynność płuc i jakość życia. Regularne, codzienne leczenie wGKS dla uzyskania jak najlepszych wyników leczenia powinno być podjęte jak najwcześniej po ustaleniu rozpoznania astmy. Takie postępowanie ma uzasadnienie w wykazaniu, że:

- wczesne podanie małych dawek wGKS prowadzi do większej poprawy czynności płuc niż opóźnienie tego leczenia o 2-4 lat
- u pacjentów nie leczonych wGKS, którzy doświadczają ciężkich zaostrzeń astmy, dochodzi do większego spadku wskaźników wentylacji niż u chorych, którzy rozpoczęli leczenie wGKS
- u pacjentów z astmą zawodową wczesne usunięcie z ekspozycji na czynniki uczulające oraz rozpoczęcie leczenia zwiększa szansę na wyzdrowienie.

Do wGKS należą: dwupropionian beklometazonu, budezonid, cyklezonid, propionian flutikazonu, mometazon. W raporcie GINA 2014 podano małe, średnie i duże dawki poszczególnych kortykosteroidów, ale należy podkreślić, że autorzy wybór leku pozostawiają lekarzom i leczonym przez nich pacjentom, to samo dotyczy wyboru inhalatora.

Długo działający β 2 – agoniści

Leki te zyskały bardzo ważną pozycję w leczeniu astmy od 3. stopnia. Do leczenia astmy wprowadzono je na początku lat 90. XX wieku i dość szybko okazało się, że obok

działania rozszerzającego oskrzela, są one również lekami kontrolującymi przebieg astmy, ale tylko wtedy, gdy podawane są w połączeniu z wziewnymi kortykosteroidami. Pierwszymi LABA były formoterol i salmeterol. Leki te należy stosować dwa razy dziennie. Obecnie do leczenia astmy i POCHP wprowadzono nowych β 2 agonistów, którzy działają bardzo długo (ultra długo). Leki te stosuje się jeden raz na dobę. Należą do nich indakaterol i wilanterol.

Leki przeciwleukotrienowe, preparaty teofiliny o przedłużonym działaniu i kromony z względu na słabe działania przeciwzapalne znajdują zastosowanie tylko w wyjątkowych sytuacjach.

Leki dodatkowe dla chorych na ciężką astmę

Stosowanie tych leków należy rozważyć, gdy pacjent ma przewlekłe objawy i/ lub zaostrzenia mimo optymalnego leczenia dużymi dawkami wziewnych kortykosteroidów (wGKS) i długo działającymi β 2-agonistami (LABA) i leczenia środkami modyfikującymi zaostrzenia. Należy do nich omalizumab, który zalecany jest do leczenia astmy ciężkiej, alergicznej, niekontrolowanej. Lek ten poprawia kontrolę astmy, pozwala zmniejszyć dawkę stosowanych kortykosteroidów, zmniejsza częstość zaostrzeń. Obecnie w badaniach klinicznych znajdują się inne leki biologiczne, takie jak na przykład mepolizumab, będący przeciwciałem przeciwko interleukinie-5.

Stopnie leczenia astmy

W raporcie GINA z roku 2006 wprowadzono pięć stopni leczenia astmy, które nie podlegając istotnym zmianom utrzymywano w następnych raportach aż do 2014 roku. Według tej metody zasada stopniowego leczenia powinna być prowadzona w taki sposób, aby stale utrzymywać dobrą kontrolę astmy. Każdemu choremu przypisuje się jeden z pięciu stopni leczenia co ściśle wynika z kontroli astmy. W raporcie GINA 2014 utrzymano zasadę stopniowego leczenia astmy, ale opierając się na najnowszych doniesieniach w trzecim stopniu wprowadzono nową metodę określoną jako leczenie podtrzymujące i doraźne (LP i D).

Leczenie podtrzymujące i doraźne

Ta metoda leczenia astmy swój początek bierze w badaniach, w których wykazano, że połączenie wGKS i LABA daje lepsze opanowanie objawów choroby niż to można uzyskać przez zwiększenie dawki kortykosteroidu (21). Leczenie skojarzone uzyskało wsparcie w badaniach komórkowych i molekularnych (22). Dalszym krokiem w skojarzonym leczeniu astmy było udowodnienie, że wGKS podane z LABA w jednym inhalatorze lepiej działają niż leki te zastosowane w osobnych i podajnikach. Ostatecznie w roku 2005 w badaniu o akronimie SMART (The Single Inhaler for Maintenance and Relief Therapy) udowodniono, że u chorych leczonych mniejszą dawką budesonidu z formoterolem w jednym inhalatorze podawanymi przewlekle i na „żądanie” uzyskuje się zdecydowanie lepszy przebieg astmy niż u chorych leczonych dwukrotnie większą dawką budesonidu z terbutaliną lub kombinacją budesonidu w małej dawce z formoterolem i terbutaliną na „żądanie” (23). Ten nowy sposób leczenia został potwierdzony w wielu innych pracach klinicznych, a także w badaniu, w którym zastosowano w jednym inhalatorze kombinację dwuproprionianu beklometazonu z formoterolem (24,25). Ta nowa metoda leczenia, która odnosi się tylko do połączenia wGKS z formoterolem określana jako SMART w polskim piśmiennictwie została określona jako metoda podtrzymująca i doraźna czyli w skrócie LP i D (25).

Leczenie przewlekle astmy (dorośli i młodociani)

Stopień 1. Objawy astmy lub potrzeba zażycia SAβA występują mniej niż dwa razy w miesiącu, bez nocnych przebudzeń z powodu astmy w ostatnim miesiącu, bez ryzyka zaostrzeń, bez zaostrzeń w ostatnim roku, z prawidłową czynnością płuc.

Leczenie obejmuje stosowanie tylko SAβA na żądanie, bez wGKS (kat.D). Formoterol – długo działający β2-agonista jest tak skuteczny jak inne SABA, ale regularne stosowanie tego leku bez WGKS jest zdecydowanie przeciwwskazane z powodu możliwości wystąpienia zaostrzenia astmy.

W odniesieniu do pierwszego stopnia leczenia astmy bierze się jednak pod uwagę, że przewlekłe zapalenie jest nawet w bardzo rzadkich objawach astmy lub objawach krótko trwających. Obecnie brak jest badań wGKS w takich populacjach ale należy brać pod uwagę, że regularne leczenie małymi dawkami wGKS jest bardzo skuteczne w redukcji objawów astmy, zaostrzeń, hospitalizacji i zgonów. Regularne leczenie wGKS (małe dawki) należy zastosować, gdy pacjent ma częstsze objawy astmy lub obniżoną wartość wskaźnika FEV1 (<80 % wartości należnej) lub miał zaostrzenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy (kat. B). Jeżeli u pacjenta stwierdza się czynniki zaostrzenia astmy to także należy rozważyć leczenie małymi dawkami wGKS.

Stopień 2. W tym stopniu objawy astmy są nieczęste lecz pacjent ma jeden lub więcej czynników ryzyka zaostrzeń lub obniżone wskaźniki wentylacji lub zaostrzenia wymagające doustnych kortykosteroidów w ostatnim roku lub leczony był kiedykolwiek z powodu astmy na oddziale intensywnej terapii.

Leczenie obejmuje małe dawki wGKS + SAβA na żądanie (kat. D). Leczenie małymi dawkami kortykosteroidów łagodzi lub całkowicie redukuje objawy astmy, poprawia czynność płuc oraz jakość życia, redukuje ryzyko zaostrzeń astmy i hospitalizacji oraz zgonów z powodu astmy.

Jeżeli objawy astmy lub potrzeba przyjmowania SAβA występują między 2 razy w miesiącu a 2 razy w tygodniu, ale przebudzenia nocne zależne od astmy stwierdza się ≥ 1 raz na miesiąc to także należy zastosować małe dawki wGKS i SAβA. Leczenie alternatywne to leki antyleukotrienowe, które ustępują wGKS w aktywności przeciwzapalnej. Ich stosowanie należy rozważyć, gdy pacjenci są niechętnie nastawieni do kortykosteroidów, lub po lekach tych doświadczają objawów niepożądanych, a także przy współistnieniu alergicznego nieżyty nosa. Preparaty teofiliny charakteryzują się słabą aktywnością przeciwzapalną (kat.B) i licznymi objawami niepożądanymi a nawet zagrażającymi życiu po zastosowaniu większych dawek. Kromony charakteryzują się bardzo słabą aktywnością przeciwzapalną, ale dobrym profilem bezpieczeństwa.

Stopień 3. Objawy astmy lub potrzeba przyjmowania SAβA występują częściej niż 2 razy w tygodniu lub chorzy doświadczają przewlekłych objawów astmy, mimo leczenia małymi dawkami wGKS, to należy zastosować małe dawki wGKS / LAβA (kat. A) i SABA „na żądanie”. Dodanie LABA dostarcza dalszej poprawy w objawach klinicznych i redukcji zaostrzeń. Drugi model leczenia w tym stopniu to stosowanie małych dawek wGKS / formoterol (beklametazon lub budezonid) w leczeniu przewlekłym i doraźnym (LP i D). Leczenie to jest szczególnie skuteczne w redukcji zaostrzeń i ma przewagę nad stosowaniem stałych dawek wGKS / LAβA jako leczenia przewlekłego i dużych dawek wGKS oraz SABA „na żądanie”.

Stopień 4. Jeśli objawy astmy są nękające przez większość dni lub przebudzenia ≥ 1 raz na tydzień, a szczególnie, gdy istnieją różne czynniki

ryzyka to należy stosować głównie w małych dawkach wGKS /LABA według modelu LP i D. Inny sposób leczenia to podawanie pacjentowi kombinacji średnich dawek wGKS/LABA z SABA „na żądanie”. U pacjentów, którzy doświadczali ≥ 1 zaostrzeń w poprzednim roku leczenie według modelu LP i D jest skuteczniejsze w redukcji zaostrzeń niż te same dawki w GKS w w skojarzeniu z LABA w leczeniu przewlekłym lub duże dawki wGKS (kat. A).

Stopień 5. Jeśli początkowe objawy astmy są typowe dla postaci ciężkiej, niekontrolowanej lub występują ciężkie zaostrzenia to należy zastosować krótki kurs GKS doustnie.

Następnie należy rozpocząć regularne stosowanie leczenia kontrolującego - duże dawki wGKS (kat. A) lub średnie dawki wGKS / LABA (kat. D). Należy także rozważyć inne leczenie, np. anty- IgE lub nawet przewlekłe leczenie małymi dawkami doustnych kortykosteroidów.

Leczenie chorych w stopniu 3-5. Sprowadza się do stosowania małych dawek wGKS z formoterolem w leczeniu przewlekłym i doraźnym (LP i D). Należy zawsze pamiętać, że przed wprowadzeniem leczenia wyższego stopnia konieczne jest sprawdzenie czy pacjent prawidłowo stosuje inhalator, czy stosuje się do zaleceń (prawidłowa adherencja), czy usunięto czynniki szkodliwe (np. dym tytoniowy) i czy wreszcie postawiono prawidłowe rozpoznanie astmy. U wszystkich chorych leczonych wGKS po uzyskaniu dobrej kontroli astmy można rozważyć zmniejszanie dawki stosowanych wGKS ale proces ten musi przebiegać powoli i nie może doprowadzać do całkowitego odstawienia tych leków, ponieważ grozi to zaostrzeniem astmy.

Podsumowanie

Pacjent chory na astmę powinien podlegać stałej kontroli lekarskiej, która powinna odnosić się do objawów astmy, czynników ryzyka oraz częstości zaostrzeń. Powinna ona dotyczyć także odpowiedzi na wszelkie zmiany leczenia. Należy pamiętać, że poprawa po lekach przeciwzapalnych (controllers) pojawia się zaledwie po kilku dniach od ich podania, ale pełna korzyść występuje dopiero po 3-4 miesiącach, a niekiedy i później. Częstość wizyt lekarskich powinna zależeć od początkowego stopnia kontroli astmy, odpowiedzi na leczenie i zaangażowania pacjenta w samokontroli. Pierwsza wizyta u lekarza powinna mieć miejsce po 1-3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a potem co 3-12 miesięcy. Po zaostrzeniu astmy wizyta w gabinecie lekarskim powinna odbyć się po upływie zaledwie 1 tygodnia.

W podsumowaniu Raport GINA 2014 zaleca aby opieka i kontrola nad chorym na astmę miała powtarzające się cyklicznie trzy fazy:

- sprawdzanie odpowiedzi – objawy, zaostrzenia astmy, czynność płuc, objawy niepożądane
- ocena – rozpoznania, ciężkości objawów, czynników ryzyka, techniki inhalacji, adherencji i preferencji
- leczenie – leki przeciwastmatyczne, postępowanie nefarmakologiczne, leczenie modyfikujące czynniki ryzyka.

□

Adres do korespondencji

Prof. dr hab. n.med. Iwona Grzelewska-Rzymowska
Klinika Pneumonologii i Alergologii UM
ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź,
Tel. 22 678 21 29,
e-mail rzym@binar.pl

Pracę nadesłano 2014.12.10
Zaakceptowano do druku 2014.12.12
Wkład pracy: według kolejności autorów.
Konflikt interesów nie występuje.

Piśmiennictwo dostępne w redakcji

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)