

Leczenie astmy oskrzelowej. Pacjent – stale najsłabsze ogniwo?

Prof. nadzw. dr hab. n.
med.

Anna Doboszyńska¹

Dr n. med.

Dorota Brzostek²

¹ Kierownik Zakładu
Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauki o Zdrowiu AM
w Warszawie

² Marketing Manager, Nycomed
Sp z o.o.

T E R A P I A

The patient - still a weakpoint in therapy chain?

S U M M A R Y

Patient's beliefs about asthma and its therapy play an important role in achieving asthma control. Needs in asthma treatment occupy different levels in individual hierarchy of values. Basic needs in terms of asthma treatment are: small number of medicines inhalations per day and small nominal dose of inhaled corticosteroid. Experienced local side effects are frequent, and are the major reason of non-adherence to the therapy regime. New inhaled corticosteroid Alvesco[®] (ciclesonide), due to once daily dosage and lack of local side effects is addressed to most important patients needs and may offer a chance for improvement of asthma control in many patients.

Postawa pacjenta wobec astmy i metod jej leczenia odgrywa znaczącą rolę w uzyskaniu kontroli choroby. Potrzeby w zakresie leczenia astmy, zajmują różne, indywidualne dla każdego miejsce w hierarchii wartości. Podstawowe potrzeby, to: mała liczba dawek leków w ciągu dnia, mała dawka nominalna steroidu wziewnego i pisemny plan leczenia. Odczuwane miejscowe działania niepożądane są częste i są przyczyną samodzielnej modyfikacji schematu leczenia. Nowy steroid wziewny, Alvesco[®] (cyklezonid), stosowany zwykle 1 x na dobę oraz nie powodujący działań miejscowych, odpowiada potrzebom chorych i może być szansą na poprawę kontroli astmy u znacznej części pacjentów.

Doboszyńska A.: Leczenie astmy oskrzelowej. Pacjent – stale najsłabsze ogniwo?. Alergia, 2007, 3: 21-24

W leczeniu astmy oskrzelowej, jak każdej choroby przewlekłej, poza postępowaniem farmakologicznym i technologicznym zasadniczą rolę odgrywa długofalowa relacja lekarza z pacjentem oraz postawa pacjenta wobec choroby i sposobu jej leczenia. Większość doniesień naukowych koncentruje się na tzw. postępie technologicznym. Opisywana jest przydatność nowych cząsteczek, nowych systemów podania leków, które stopniowo znajdują miejsce w aktualizowanych wytycznych. I jeśli nawet wytyczne (tak jak np. GINA) podkreślają znaczenie doskonalenia lekarzy, edukacji chorych i wzmiankują

o potrzebie poprawy relacji lekarz-pacjent, to nie analizują głębiej perspektywy, z jaką pacjent patrzy na swoją chorobę. Nie podają praktycznych wskazówek dla lekarzy, w celu doskonalenia istniejących relacji z pacjentem.

W ten sposób ogólne stwierdzenia jak „współpraca w procesie leczenia”, „compliance” czy ostatnio modne określenie „adherence”, stają się pustymi hasłami, które dla przeciętnego lekarza nie niosą wiele treści i pozostają w sferze ogólnej misji leczenia chorego.

Postawy wobec choroby

Postawa wobec choroby jest pochodną typu osobowości pacjenta i jego ogólnego nastawienia.

Nie chodzi tu o reakcję na wiadomość o rozpoznaniu choroby przewlekłej, lecz o sposób radzenia sobie z chorobą w ciągu całego życia.

Postawy pacjenta wobec choroby (niezależnie od jej charakteru) można ująć jak w tabeli 1 (1).

W odróżnieniu od następujących po sobie faz reakcji na chorobę (wg znanego schematu Kubler-Ross), postawa pacjenta wobec choroby praktycznie nie zmienia się w ciągu życia.

Umiejętność zdiagnozowania typu chorego pomaga lekarzowi dobrać odpowiednie narzędzia edukacji oraz upraszcza sposób postępowania z chorym, a także eliminuje nadmierne oczekiwania, co do roli chorego w procesie leczniczym
I tak – na przykład:

1. szkoła/ grupa wsparcia dla chorych na astmę – nie jest odpowiednim medium dla ludzi czynnych, niezależnych, aktywnych zawodowo, chcących samodzielnie sterować sprawami

które ich dotyczą i dokonywać wyborów również co do sposobu pozyskiwania wiedzy o chorobie. I jest to zapewne przyczyna, że tego typu chorzy rzadko uczestniczą dobrowolnie w grupowych szkoleniach.

2. strony i fora internetowe, artykuły - mogą nie być dobrym narzędziem dla osób o nastawieniu „biernym”, które chętniej skorzystają z gotowych materiałów edukacyjnych lub szkoły dla chorych na astmę, czy wręcz wystarczy im poleganie na zdaniu swojego lekarza
3. poszukiwanie „idealnego” specjalisty i częste zmiany lekarza – zwykłe wynikają z niezgody na chorobę i związane z nią ograniczenia. I tak dalej.

Tabela 1 Postawy pacjenta wobec choroby

Nastawienie	Aktywne	Bierne
Pozytywne	„Poszukiwacz źródeł” (niezależny), innowator, wiedza pomaga mu potwierdzić własne postępowanie i dobrze radzić sobie z chorobą. Chce panować nad chorobą i sposobem zdobywania o niej informacji.	„Potrzebujący wsparcia” Opiera się na swoim lekarzu i jego zdaniu / grupach wsparcia (szuka sobie podobnych)
Negatywne	„niesubordynowany” – własne pomysły, eksperymentuje, szuka dowodu na brak choroby, zmienia lekarzy	Bierny. Niesubordynowany, nie akceptuje choroby i leczenia. Przerzywa leczenie.

Potrzeby w zakresie leczenia astmy

Należy pamiętać, że astma i związane z nią dolegliwości zajmują bardzo różne miejsce w hierarchii wartości poszczególnych chorych. Lekarze, koncentrując się na leczeniu często popełniają błąd polegający na założeniu, że stosowanie się do ich zaleceń tak, aby całkowicie wyeliminować dolegliwości, jest dla pacjenta podstawowym celem.

Niestety zazwyczaj tak nie jest.

W roku 2005 spróbowano dokonać kwantyfikacji wyborów dokonywanych przez chorego w zakresie metod leczenia astmy i wyników tego leczenia.(2) Najpierw, w wyniku wywiadów grupowych, wybrano najważniejsze dla chorego atrybuty leczenia. Były to:

- Całkowite ustąpienie objawów astmy
- Dawka nominalna steroidu wziewnego (w mikrogramach)
- Posiadanie pisemnego planu leczenia
- Sposób leczenia zaostrzenia (miejsce leczenia)
- Liczba inhalatorów
- Kontrola astmy

Na podstawie techniki badawczej (discrete choice modelling), pozwalającej ustalić, który z powyższych atrybutów jest nadrzędny, tj – jakie inne atrybuty choroby jest w stanie „poświęcić”, aby uzyskać lub utrzymać ten jeden najważniejszy – w Wielkiej Brytanii zbadano 147 dorosłych chorych na astmę i ustalono hierarchię ważności powyższych czynników.

Ustalona hierarchia (chory przystaje na niespełnienie kryterium stojącego niżej, aby uzyskać „korzyść” wartościowaną wyżej), to :

1. Jak najmniejsza liczba inhalatorów (idealnie <3)
2. Mała dawka nominalna steroidu wziewnego
3. Posiadanie pisemnego planu leczenia
4. Leczenie zaostrzenia choroby w domu (nie w szpitalu!)
5. Kontrola astmy
6. Całkowite ustąpienie objawów astmy

Dla chorego najważniejszy okazuje się prosty schemat leczenia (jak najmniejsza liczba inhalatorów/leków do stosowania w ciągu dnia) i mała dawka steroidu.

Bardzo istotne jest również posiadanie pisemnego planu postępowania na co dzień i w razie zaostrzenia. Leczenie zaostrzenia powinno być możliwe w domu, aby jak najmniej ingerować w codzienne w życie chorego.

Kontrola astmy (jakkolwiek rozumiana) oraz całkowita eliminacja objawów astmy, znajdują się na końcu listy. Oznacza to, że chory nie „poświęci” żadnego z wyżej umieszczonych na liście atrybutów, aby uzyskać całkowite ustąpienie dolegliwości. Raczej – ograniczy liczbę dawek leków na dobę do akceptowalnej przez siebie ilości, kosztem niepełnej kontroli choroby.

Dodatkowym czynnikiem wśród badanych była chęć stosowania jak najmniejszej wagowo dawki steroidu wziewnego lub redukcji dawki steroidu wziewnego do najmniejszej, a więc obawa przed potencjalnymi działaniami niepożądanymi.

Obawy i potrzeby w zakresie steroidów wziewnych

Problematyką pacjentów dotyczącymi specyficznymi steroidoterapii wziewnej zajmowało się ostatnio badanie GAPP (3,4), wielonarodowe badanie epidemiologiczne (16 krajów świata) którego uczestnikiem była również Polska.

Zidentyfikowano specyficzne potrzeby w zakresie leczenia astmy:

- tolerancja leków wziewnych (miejscowa)

- bezpieczeństwo w długim horyzoncie czasowym (brak niepożądanych działań odległych)

Badanie wykazało, że znacznie częściej niż to oceniają lekarze, bo aż 94% chorych obawia się miejscowych działań niepożądanych w obrębie jamy ustnej i gardła, w krótkim okresie po rozpoczęciu leczenia. Osiemdziesiąt siedem procent chorych obawia się działań odległych steroidów wziewnych. U 31% odczuwane działania miejscowe, a u 40% obawa o odległe działania ogólne, są powodem do zmniejszenia lub odstawienia stosowanych leków.

Aż 55% ankietowanych chorych jest świadomych, że steroidy wziewne mogą powodować działania odległe, takie jak zahamowanie czynności nadnerczy. I również ta świadomość jest znacznie większa i występuje częściej niż oceniają to ankietowani lekarze.

Aż 89% spośród 101 ankietowanych chorych z Polski uważało, że istnieje potrzeba nowego leku do leczenia astmy oskrzelowej.

Zapytani o cechy, jakie powinien posiadać nowy, teoretyczny lek, w skali 1-10 punktów najwyższej ocenione zostały następujące parametry:

- mniej miejscowych działań niepożądanych (9,6 pkt)
- mniejsze ryzyko działań odległych (9,4 pkt)
- możliwość stosowania leku 1 x dziennie (9,2 pkt)

Równoległe do prowadzonego badania GAPP (2005 r), ośrodek holenderski w Groningen opracował specyficzny kwestionariusz dotyczący oceny rodzaju i nasilenia miejscowych działań niepożądanych w czasie leczenia wziewnego astmy (Inhaled Corticosteroids Questionnaire, ICQ). Wyniki badań pilotażowych (5) oraz walidacji kwestionariusza (6) zostały opublikowane w kolejnych latach.

Badanie ICQ grupuje w 7 obszarach aż 57 rodzajów działań niepożądanych zgłaszanych przez pacjentów w czasie wziewnej steroidoterapii.

Obszary działań niepożądanych zostały ujęte w tabeli 2.

Tabela 2 Obszary działań niepożądanych

Głos	Chrypka, matowy głos, zauważalna zmiana brzmienia głosu, głos jak podczas infekcji, cichy głos, ból gardła w czasie mówienia, niemożność śpiewania, męczliwość w czasie mówienia, mniej wyraźna mowa, załamujący się głos, gardłowe brzmienie głosu
Kaszel/odkrztuszanie	Kaszel, konieczność odkasływania, odkasływanie gęstego śluzu, podchodzenie wydzieliny do gardła, uczucie zalegania na tylnej ścianie gardła, śluz w gardle, potrzeba odchrząkiwania, grudka śluzu w gardle, uczucie że warstwa śluzu przylega do tylnej części gardła,
Gardło	Podrażnione gardło, bolące gardło, uczucie suchości w gardle, swędzenie na podniebieniu, swędzenie w tylnej części gardła, pleśniawki w jamie ustnej, nieprzyjemny smak w ustach, posmak na zębach, nieświeży smak, nieprzyjemny oddech,
Smak	Zmiana wrażliwości na smak, utrata smaku, odczuwanie pragnienia, utrata apetytu
Jama ustna	konieczność wypicia czegoś z powodu suchości, chęć przepłukania ust, chęć umycia zębów, chęć zjedzenia odświeżającego cukierka lub pożucia gumy
Skóra	Spuchnięta twarz, sucha skóra, sucha skóra na twarzy, łatwe pojawianie się sińców, bolesne sińce które się długo utrzymują, cieńsza lub mniej

	elastyczna skóra, kruche lub łatwo łamiące się paznokcie, wypadanie włosów
Nastój	Zły nastrój, zmiany nastroju, częste wpadanie w irytację,

W badaniu ankietowym dotyczących 395 chorych na choroby obturacyjne, miejscowe objawy nietoleracji podało:

- 12% chorych nie stosujących steroidów wziewnych
- 21% chorych stosujących małą dawkę ICS (do 400 µg równoważnika beklometazonu)
- 34% chorych stosujących wysoką dawkę ICS (>800 µg beklometazonu)

U chorych stosujących wyższe dawki steroidów wziewnych stwierdzano zwykle kilka rodzajów działań niepożądanych i miały one większe nasilenie. Aż 45% respondentów podało 10 i więcej odczuwanych działań niepożądanych.

Reakcją na pierwsze doniesienie był szok i niedowierzanie, z uwagi na ogólną liczbę i częstość opisywanych działań niepożądanych.

W kolejnych pracach ośrodka wykazano, że kwestionariusz ICQ ma znaczną czułość i może być dobrym miernikiem poprawy subiektywnego samopoczucia chorego po zamianie leczenia (zmiana dawki stosowanego steroidu, rodzaju preparatu lub rodzaju inhalatora)(6).

Badanie kwestionariuszem ICQ wśród chorych na astmę oskrzelową przeprowadzono również w Polsce, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego w roku 2007, wyniki są w trakcie opracowania.

Możliwości reakcji na oczekiwania chorych

Na podstawie przytoczonych wyników badań można wyłonić kilka podstawowych wniosków.

Chorych na astmę nie należy traktować uniwersalnie. Każdy jest wypadkową:

- stopnia nasilenia choroby
- wcześniejszego leczenia (adekwatnego lub nie)
- wcześniejszych dobrych/złych doświadczeń
- odczuwanych (często!) miejscowych działań niepożądanych lub obaw przed działaniami niepożądanymi ogólnymi jakie mogą rozwinąć się w przyszłości.
- nastawienia do choroby i leczenia (postawy)

Główne potrzeby chorych, to uproszczenie leczenia podtrzymującego, mała liczba dawek leków i mała dawka steroidów, pisemny plan postępowania w sytuacjach nietypowych (zaostrzeniach), możliwość leczenia zaostrzenia w domu (unikanie hospitalizacji, pomocy otoczenia etc). Kontrola astmy czy całkowite ustąpienie objawów – to niejako wypadkowa równowagi między możliwym do zaakceptowania reżimem leczenia a możliwą do uzyskania takim leczeniem poprawą.

Najnowsze leki i schematy leczenia astmy wpisują się bardzo dobrze w potrzeby behawioralne pacjentów. Stosowanie leków przeciwzapalnych 1 x na dobę (jak np. cyklezonid) lub propozycje leczenia sterowanego stopniem dolegliwości chorego (SMART, leczenie „on demand”) to przykłady wyjścia naprzeciw oczekiwaniom chorych.

Alvesco[®] (cyklezonid) jest przykładem leku, który w większym stopniu niż dotychczas dostępne steroidy wziewne może odpowiadać potrzebom pacjentów. Podstawowe cechy cyklezonidu, które się na to składają, to (7):

- **doskonała tolerancja miejscowa (częstość wywoływania lokalnych działań niepożądanych na poziomie placebo)**
- **bezpieczeństwo ogólnoustrojowe (brak wpływu na dobową krzywą kortyzolu)**
- **możliwość stosowania 1 x na dobę**
- **mała dawka nominalna steroidu w leczeniu podtrzymującym**

Jak wiadomo, najczęstszą przyczyną samodzielnego modyfikowania leczenia przez chorych jest chęć uniknięcia niepożądanych działań lokalnych lub kortykofobia. Zmiana zaleconego leczenia najczęściej prowadzi do pogorszenia lub utraty kontroli astmy oskrzelowej.

Dlatego istnieje szansa, że Alvesco[®] jako preparat w zasadzie nie powodujący działań miejscowych i praktycznie bez ryzyka działań ogólnoustrojowych, a do tego stosowany jeden raz na dobę – może być znacznie lepiej akceptowany przez chorych. A lepsze stosowanie się do zaleceń poprawi stopień uzyskiwanej kontroli choroby.

Nowy steroid wziewny, Alvesco[®], może być źródłem satysfakcji dla lekarza z powodu lepszego dostosowania leczenia astmy do potrzeb pacjenta.

A więc – jakie podejście do leczenia astmy powinno być obowiązujące: „technologiczne”- oparte na wiedzy farmakologicznej, czy „behawioralne” – zindywidualizowane zależnie od potrzeb pacjenta?

Dobra ilustracją podejścia czysto „technologicznego” było badanie GOAL (8). Wykazało, że aż 1/3 chorych nie uzyskuje zadowalającej kontroli astmy, pomimo nadzorowanego stosowania najnowocześniejszych środków farmakologicznych. Można dyskutować, czy szklanka jest w 2/3 pełna, czy w 1/3 pusta, niemniej wyraźnie widać, że dążenie za wszelką cenę do pełnej kontroli nie zawsze jest możliwe, a pełna kontrola nie zawsze sprawia, że chory jest szczęśliwszy. Chory zachowuje się jak homo economicus i w przypadku choroby i jej leczenia waży subiektywne korzyści i uciążliwości związane z leczeniem, wybierając optymalne dla siebie wyjście w oparciu o zindywidualizowaną hierarchię wartości!

Dlatego trzeba pamiętać, że na chorego należy patrzeć przez pryzmat postaw wobec choroby i odkryć jego najważniejsze priorytety. Szansa na lepszą kontrolę choroby jest wtedy, gdy oferowana choremu opcja lecznicza będzie zaadresowana do jego najważniejszych potrzeb.

Czy więc lepsza kontrola astmy wreszcie będzie możliwa?

Piśmiennictwo:

1. Jacob Fleming Conference 18-19.01.07 Rome. www.jacobfleming.com 2. Haughney J i wsp.: Features of asthma management: quantifying the patient's perspective using discrete choice modeling. Eur Respir J 2006; 122s (abstr.784.) 3. www.gappsurvey.org 4. Rogala B: Nowe spojrzenie na współpracę lekarza i chorego na astmę w świetle wyników badania GAPP: praktyczne konsekwencje braku dialogu. Alergia Astma Immunologia 2007; 12(2): 63-66. 5. Foster JM i wsp.: „Higher patients perceived side effects related to higher daily doses of inhaled corticosteroids in the community: A cross-sectional analysis”. Resp Med. 2006; 100: 1318-1336 6. Foster JM i wsp.: „A self-rating scale for patient-perceived side effects of inhaled corticosteroids” Respiratory Research 2006; 7:131. 7. Alvesco – zarejestrowana charakterystyka produktu 8. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJ, Pauwels R, et al. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control Study. Am J Respir Crit Care Med 2004;170: 836-44.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)