



Astma u osób w podeszłym wieku cz. II

Asthma in the elderly p. II.

Liebhart J.: Astma u osób w podeszłym wieku cz. I. *Alergia*, 2018, 3; 6-10

Liebhart J.: Astma u osób w podeszłym wieku cz. II. *Alergia*, 2018, 4; 5-8

Różnicowanie

W wielu przypadkach niezastosowanie u osób w podeszłym wieku właściwego dla astmy leczenia wynika z błędnej diagnozy. Z astmą należy różnicować te schorzenia, w których do wiodących objawów należą duszność i kaszel. Najczęściej występujące zestawiono w tabeli 5.

Najwięcej problemów stwarza różnicowanie z POChP, ponieważ oba schorzenia nie tylko charakteryzują się zbliżoną symptomatologią, ale również bardzo często współwystępują u tych samych pacjentów. Częstość występowania zespołu nakładania astmy i POChP (ACOS – Asthma COPD Overlap Syndrome), który według najnowszych rekomendacji GINA/GOLD 2018 należy określać jako nakładanie astmy i POChP (ACO - Asthma COPD Overlap) ocenia się, bez uwzględnienia specyfiki zależnej od wieku, na 15-55% chorób obturacyjnych płuc [1].

O tym jak bardzo jest ona istotna świadczą wyniki przedstawione przez Soriano i wsp. [41], którzy na podstawie analizy informacji zgromadzonych w olbrzymiej bazie danych NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey) w obrębie chorób obturacyjnych zespół nakładania rozpoznali u 8% chorych w wieku 40 – 49 lat, u 42% w wieku 60 – 68 lat i aż u 62% w grupie wiekowej >80lat.

Do tych oszacowań należy jednak podchodzić ostrożnie mając na uwadze, że fizjologiczny proces starzenia się układu oddechowego powoduje powstawanie w nim zmian, które przypominają POChP, a w przypadkach astmy o wieloletnim przebiegu odwracalność bronchoobturacji jest zaburzona przez remodeling. Z drugiej strony kryterium spadku FEV1 o 12% w próbie prowokacyjnej, odnoszone do niskiej u chorych na POChP w podeszłym wieku wartości wyjściowej, prowadzi do nadrozpoznowania nadreaktywności oskrzeli i astmy. Tym niemniej wzrost wskaźnika chorobowości dla tego zespołu w najstarszej grupie wiekowej jest niepodważalny, pomimo że dane liczbowe, mogą być nieco przeszacowane.

ACO

Eksperti GINA/GOLD rekomendują uproszczony algorytm rozpoznawania astmy, POChP i ACO (tab. 6).

Występowanie co najmniej trzech z wymienionych objawów, w którejś z kolumn wskazuje na rozpoznanie odnośnej jednostki chorobowej. Jeżeli ma to miejsce w obu kolumnach należy rozważyć diagnozę ACO. W przypadkach wątpliwych konieczne są dalsze pogłębione badania w specjalistycznym ośrodku.

ACO charakteryzuje się cięższym przebiegiem i wyższym wskaźnikiem śmiertelności, niż każde ze schorzeń wchodzących w jego skład [42].

Jest bardzo ważne, aby nie przeoczyć współistnienia astmy u chorych z dominującym, udokumentowanym obrazem POChP. Może to bowiem skutkować kontynuowaniem zabronionej w astmie monoterapii z użyciem LABA i konsekwencjami w postaci złej kontroli astmy, przedawkowania LABA oraz powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego.

Szczególną uwagę należy poświęcić pacjentom z rozpoznawaną w dzieciństwie astmą, która później weszła w fazę głębokiej remisji i często ponownie uaktywnia się ok. 70 roku życia.

Z objawów podmiotowych najbardziej specyficzny dla astmy jest świszczący oddech [43,44], którego odnotowanie powinno być sygnałem do podjęcia dalszych czynności diagnostycznych. Dlatego w każdym przypadku nasilenia duszności u pacjenta z POChP warto położyć nacisk na ten element wywiadu (pamiętając o obniżonej percepcji świstów u osób w podeszłym wieku) i przeprowadzić różnicowanie pomiędzy progresją przebiegu lub zaostrzeniem POChP, a dołączeniem się objawów astmy.

Niewydolność serca

Niewydolność serca (NS) należy, obok astmy i POChP, do najczęstszych przyczyn duszności. W krajach Europy Zachodniej jest rozpoznawana u 2% populacji ogólnej, przy czym jej częstość występowania gwałtownie narasta z wiekiem pacjentów, od 1% wśród 40-latków do ponad 10% w grupie wiekowej >75 lat.[45] Według statystyk amerykańskich [46] podobnie ostro wzrasta wskaźnik zapadalności: od 2% w grupie wiekowej 65-69 lat do 8% u osób w wieku co najmniej 85 lat. Nie ma wiarygodnych doniesień literaturowych dotyczących częstości występowania NS u chorych na astmę wieku podeszłego. Na podstawie badania Iribarena i wsp.[47], przeprowadzonego na połączonych kohortach 203 595 chorych na astmę i dobranych w proporcji 1:1 osób bez tego schorzenia, w którym stwierdzono dwukrotnie większe ryzyko (HR = 2,14) wystąpienia niewydolności serca w grupie astmy, można jednak przypuszczać, że wskaźnik współwystępowania astmy i NS jest u osób w zaawansowanym wieku wysoki.

W procedurze diagnostyki różnicowej warto powołać się na definicję niewydolności serca, gdzie zapisano, że „kardynalnymi objawami NS są duszność i zmęczenie, które ograniczają tolerancję wysiłku” [48].

• **U chorych na NS duszność pojawia się w trakcie wysiłku, zmusza do jego przerwania i ustępuje samoistnie po odpoczynku. Ten objaw należy więc określać mianem „ograniczenia tolerancji wysiłku”.**

• **Natomiast u chorych na astmę mamy do czynienia z „indukowaną wysiłkiem bronchoobturacją”,**



Prof. dr hab. n. med. Jerzy Liebhart

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii UM im. Piastów Śląskich Wrocław

Kierownik:
Prof. dr hab. n. med.
Bernard Panaszek

Słowa kluczowe:

astma, podeszły wiek, rozpoznanie, leczenie

Key words:

asthma, elderly, diagnosis, treatment

gdzie duszność występuje zazwyczaj około 5 minut po zakończeniu wysiłku i towarzyszy jej świszczący oddech [1]. Może ustąpić samoistnie lub po zastosowaniu bronchodilatatora, ale w tym pierwszym przypadku trwa to na ogół dłużej niż u pacjentów z niewydolnością serca.

Posługiwanie się tymi terminami pozwala od początku właściwie ukierunkować proces diagnostyczny, w przeciwieństwie do używania nieprecyzyjnego określenia „duszność wysiłkowa”, przypisywanego obu schorzeniom. Renier i wsp [49] w oparciu o metaanalizę prac obejmujących przypadki ostrej duszności wytypowali 3 objawy przedmiotowe najbardziej dla NS specyficzne: zwiększenie ciśnienia w obrębie żył szyjnych (przepętnienie żył), obecność dodatkowego tonu serca i/lub trzeszczeń u podstawy płuc. Wśród badań laboratoryjnych bardzo ważne są EKG i USG serca, które (teoretycznie) należą do standardu opieki geriatrycznej. Nie ma jednego objawu przesądającego o rozpoznaniu.

Poważne problemy diagnostyczne pojawiają się w przypadkach tzw. astmy sercowej, gdy przyczyną duszności i świszczącego oddechu jest zastój w płucach [50]. Zazwyczaj mogą być dość łatwo rozstrzygnięte w trakcie takiego incydentu. Natomiast podobne epizody, zgłaszane w wywiadzie przez pacjenta z prawdopodobną niewydolnością serca, wymagają przeprowadzenia pełnej, specjalistycznej diagnostyki alergologicznej i kardiologicznej.

Należy pamiętać, że w lewokomorowej niewydolności serca obserwuje się obniżenie wartości parametrów spirometrycznych. Kurzawa i wsp. [51] stwierdzili, że w grupie chorych na NS w średnim wieku 69 lat, z frakcją wyrzutową lewej komory <45%, wartości FVC, a zwłaszcza FEV1 są statystycznie istotnie niższe niż w grupie kontrolnej osób w podobnym wieku bez cech dysfunkcji lewej komory serca. W dodatku w pierwszej z badanych grup odnotowano średni wzrost wartości FEV1 o 15% po podaniu bronchodilatatora, pomimo że choroby obturacyjne płuc były jednym z kryteriów wyłączenia. Skuteczne leczenie kardiologiczne przekłada się na poprawę wskaźników spirometrycznych [52].

Postępowanie u pacjentów w podeszłym wieku chorych na astmę

Wobec braku badań klinicznych przeprowadzonych w najstarszej grupie wiekowej, nie ma odrębnych wytycznych dotyczących leczenia astmy wieku podeszłego. Obowiązujące rekomendacje GINA dla osób dorosłych muszą więc być w sposób spersonalizowany dopasowywane do różnorakich, specyficznych dla tego wieku uwarunkowań.

Raport ATS przypomina, że właściwe postępowanie w przypadku każdej choroby przewlekłej u osób w podeszłym wieku, w tym astmy, powinno obejmować wielowymiarową ocenę (MDA - multidimensional assessment) czynników fizycznych, psychologicznych, poznawczych i społecznych, które mogą mieć wpływ na skuteczność leczenia [2]. W holistycznym podejściu bardzo ważne jest uwzględnienie częściej wśród seniorów wielochorobowości i związanej z nią polifarmakoterapii.

Strategia MDA zaleca:

1. przeprowadzenie standaryzowanej oceny chorób współistniejących i wykonanie przesiewowych badań pod kątem słabości psychofizycznych oraz psychospo-

lecznych utrudnień w opiece nad pacjentem, przy użyciu specjalistycznych narzędzi geriatrycznych,

2. ocenę barier w prowadzeniu prawidłowej terapii wziewnej,

3. indywidualizację leczenia z uwzględnieniem czynników specyficznych dla wieku i choroby

4. zorganizowanie licznych punktów opieki i oceny z udziałem pracowników socjalnych, farmaceutów, certyfikowanych edukatorów astmy oraz lekarzy [2, 53].

Niestety, punkt 4. pozostaje na razie, zwłaszcza w naszych realiach, w sferze życzeń.

Olbrzymie znaczenie ma edukacja pacjentów, która ze względu na upośledzenie funkcji poznawczych i sił witalnych oraz zwiększoną zapadalność na depresję, może być u części chorych w podeszłym wieku zadaniem trudnym. Obok przekazania informacji na temat astmy i podstawowych reguł jej leczenia konieczne jest między innymi przekonanie pacjenta do utrzymania aktywności fizycznej i kontroli masy ciała [53, 54].

Do obligatoryjnych działań profilaktycznych należą szczepienia ochronne przeciwko grypie i pneumokokom.

Według danych z bazy NHIS (National Health Interview Survey) w USA w latach 2010 – 2011 przeciwko grypie zaszczepiono 76,5% chorych na astmę w wieku ≥ 65 lat, co przez autorów tego raportu zostało uznane za wskaźnik niesatysfakcjonujący.[55] W Polsce w 2014 r. szczepieniu przeciwko grypie poddanych zostało w tej grupie wiekowej zaledwie nieco ponad 7% osób z populacji ogólnej (dane dotyczące astmy nie są dostępne), wobec 74% w USA. [56] Dlatego warto chorym na astmę wieku podeszłego tłumaczyć, że podporządkowanie się rygorom szczepień redukuje umieralność ogólną w sezonie zachorowań nawet o 40 -50% [57].

Farmakoterapia

Leczenie farmakologiczne astmy u pacjentów w podeszłym wieku zmusza do rozwiązywania wielu charakterystycznych dla tego wieku problemów (tab. 7).

Planując leczenie należy rozważać nie tylko właściwości farmakokinetyczne i farmakodynamiczne leków, ale również typ inhalatora, za pomocą którego mają być one aplikowane. Ocenia się, że najłatwiejsze w użyciu przez osoby starsze są inhalatorki ciśnieniowe (MDI - Metered-Dose Inhalers), ale wyłącznie po zaopatrzeniu w w komorę inhalacyjną ("spacer"). Wśród inhalatorków proszkowych (DPI - Dry Powder Inhalers) preferowane powinny być takie, które nie wymagają wykonywania wielu czynności, ani wysokich wartości szczytowego przepływu wdechowego. Obiecująco przedstawia się charakterystyka inhalatora miękkiej mgły (SMI - Soft Mist Inhaler). Niestety większość podstawowych w leczeniu astmy leków, w tym wziewne glikokortykosteroidy, nie została dotychczas zarejestrowana do stosowania za pomocą Respimatu [58,59,60].

Kluczowe znaczenie ma bardzo staranne przeszkolenie chorego, a następnie sprawdzanie poprawności techniki inhalacji. Powinno się to odbywać w "trybie rzeczywistym" z wykorzystaniem własnego inhalatora pacjenta. W zaawansowanych przypadkach niesprawności psychofizycznej postępowaniem z wyboru jest stosowanie nebulizatora.

Ze względu na obniżoną odpowiedź na β_2 -adrenomimetyki i glikokortykosteroidy przy jednocześnie zwiększonym ryzyku



wystąpienia zdarzeń niepożądanych, reguła ustalenia najmniejszej dawki zapewniającej skuteczną kontrolę objawów, staje się w tej grupie wiekowej podwójnie ważna. W odróżnieniu od wielu młodszych dorosłych, którzy mogą nie wymagać przewlekłego leczenia, a jedynie zabezpieczenia β_2 -agonistą na wypadek pojawienia się sporadycznych objawów, zdecydowana większość najstarszych pacjentów musi pozostawać na ciągłej terapii kontrolującej.

Uważa się, że zaopatrzenie chorego w zaawansowanym wieku wyłącznie w krótko działający bronchodilator jest obciążone wysokim ryzykiem złej kontroli astmy, przedawkowania leku i powikłań kardiologicznych.

Dlatego w przypadku pierwszego rozpoznania astmy u tych pacjentów już w początkowym zestawie powinien znajdować się wziewny glikokortykosteroid (wGKS), a najlepszy długoterminowy efekt obserwuje się dla terapii z ustabilizowanym schematem leczenia [2, 61].

Leki kontrolujące astmę

Podstawowymi lekami kontrolującymi przebieg astmy są wziewne glikokortykosteroidy (wGKS). Pomimo, że mniej efektywne u osób w podeszłym wieku, stosowane przewlekłe redukują zarówno ryzyko hospitalizacji jak i zgonu [62]. Niestety są przepisywane zaledwie u 25 do 40% pacjentów w tej grupie wiekowej charakteryzującej się cięższym przebiegiem choroby. [63,64]. Jednocześnie należy pamiętać o zwiększonym wśród seniorów zagrożeniu wystąpieniem objawów niepożądanych, takich jak kandydoza, jaskra, zaćma i osteoporoza. Dlatego u tych pacjentów należy regularnie sprawdzać stan jamy ustnej, ciśnienie śródgłowe oraz prowadzić leczenie spowalniające proces osteoporozy [65], a doustne glikokortykosteroidy powinny być ordynowane w naprawdę uzasadnionych przypadkach.

U większości chorych w zaawansowanym wieku wGKS w monoterapii nie zapewniają zadawalającej kontroli astmy. Konieczne jest dołączenie długo działającego β_2 -adrenomimetyku (LABA). Synergizm działania pozwala na obniżenie dawki każdego z tych preparatów, co ma istotne znaczenie wobec podwyższonego w tej grupie ryzyka objawów niepożądanych. Wiele obaw wzbudza leczenie agonistami receptorów β_2 -adrenergicznych, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia ostrych incydentów sercowo-naczyniowych. [66] Jest to spowodowane m. innymi zależnym od dawki spadkiem stężenia potasu w surowicy krwi oraz wydłużeniem odstępu QT w zapisie EKG.

Łączne stosowanie LABA z wGKS znacząco redukuje zagrożenie tego rodzaju powikłaniami, ale nie eliminuje go całkowicie [67,68].

Informacje na temat bezpieczeństwa stosowania LABA w najstarszej grupie wiekowej pochodzą z badań klinicznych wykonanych u chorych na POChP, a ich wyniki są niejednoznaczne [69,70,71]. Przeważa opinia, że stosowane w standardowych dawkach są bezpieczne. Raport GOLD 2018 podsumowuje tę dyskusję stwierdzeniem, że pomimo wcześniejszych obaw dotyczących astmy, nie stwierdzono związku pomiędzy terapią z wykorzystaniem LABA, a wzrostem śmiertelności u chorych na POChP. [72]. Należy jednak pamiętać, że pacjenci z poważnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego nie są włączani do badań klinicznych i dlatego powinni być obiektem szczególnej troski przy ustalaniu planu leczenia. Eksperti

ATS[2], powołując się na wyniki Kerstjensa i wsp. [73] sugerują aby u chorych na astmę w wieku >75 lat, do kombinacji wGKS/LABA dołączać długo działający antycholinergik (LAMA), zwłaszcza w przypadku współistnienia POChP. Jednak doniesienia, oparte o analizę dużych elektronicznych baz danych, wskazują że leczenie z zastosowaniem tiotropium nie było skojarzone z niższymi wskaźnikami śmiertelności i sercowo-naczyniowych zdarzeń niepożądanych w porównaniu z LABA. [74,75]. Tricco i wsp. przeprowadzili metaanalizę sieciową dla tiotropium, salmeterolu, indakaterolu oraz zestawów: budesonid/formoterol, flutykazon/salmeterol, indakaterol/glikopironium, tiotropium/flutykazon/salmeterol i tiotropium/budesonid/formoterol, pod kątem ich bezpieczeństwa i efektywności w terapii POChP.

W podsumowaniu autorzy stwierdzili, że leczenie z zastosowaniem preparatów łączonych flutykazon/salmeterol redukuje ryzyko zgonu, pomimo że może podwyższać ryzyko wystąpienia zapalenia płuc, natomiast tiotropium może zwiększać ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Jednocześnie nie udowodniono, aby badane leki w istotny sposób zwiększały ryzyko poważnej arytmii serca [76].

Wbrew pozorom cytowane wyniki nie dezawuuują zaleceń ATS, ani tezy o względnym bezpieczeństwie kardiologicznym antycholinergików. Należy brać pod uwagę fakt preferowania antagonistów receptorów muskarynowych w przypadkach

6
Tab.

Diagnostyka różnicowa astmy, POChP i ACO [1]

Prawdopodobnie astma	Prawdopodobnie POChP
<ul style="list-style-type: none"> • Pierwsze objawy < 20 r. • Zmienność objawów w ciągu minut godzin lub dni • Objawy nasilone w nocy lub wcześniej rano • Objawy wyzwalane przez wysiłek, emocje także śmiech, ekspozycję na kurz lub alergeny • Udokumentowanie zmiennego ograniczenia przepływu powietrza oddechowego (spirometria, obserwacja PEF)* • Funkcja płuc prawidłowa pomiędzy objawami • Uprzednie lekarskie rozpoznanie astmy • Występowanie astmy lub innych chorób alergicznych w rodzinie • Brak pogarszania się objawów w czasie. Objawy zmieniają się sezonowo lub z roku na rok • Objawy mogą poprawiać się spontanicznie lub bezpośrednio po podaniu bronchodilatatorów, albo po zastosowaniu WKS w ciągu tygodni • RTG klatki piersiowej prawidłowy 	<ul style="list-style-type: none"> • Pierwsze objawy > 40r.ż. • Objawy przetrwały pomimo leczenia • Lepsze i gorsze dni, ale objawy obecne codziennie; duszność wysiłkowa • Przewlekły kaszel z odkrztuszaniem poprzedzający duszność, niezależny od czynników wyzwalających • Udokumentowanie utrwalonego ograniczenia przepływu powietrza oddechowego (FEV1/FVC po bronchodilatatorze < 0,7) • Funkcja płuc nieprawidłowa pomiędzy objawami • Uprzednie lekarskie rozpoznanie POChP, przewlekłego zapalenia oskrzelików lub rozedmy • Poważna ekspozycja na czynniki ryzyka (dym papierosowy, opary biomasy) • Postępująca stopniowo, w ciągu lat, progresja objawów • Krótko działające bronchodilatatory przynoszą jedynie ograniczoną ulgę. • W RTG klatki piersiowej ciężka hiperinflacja

*Zmienność FEV1 pomiędzy wizytami > 12% i 200 ml z wyłączeniem okresów infekcji; Δ FEV1 po bronchodilatatorze > 12% wartości wyjściowej +200ml lub +400ml (bardziej specyficzne kryterium); średnia dzienna zmienność PEF > 10% (wg wzoru: $PEF_{max} - PEF_{min} / \text{średnia wartość } PEF_{max} + PEF_{min} \times 100\%$)

współistnienia poważnych schorzeń sercowo-naczyniowych, a część analizowanych informacji pochodziła z dużych elektronicznych baz danych (tzw. opracowania „real life”). Podkreślają natomiast znaczenie holistycznego podejścia do pacjenta w podeszłym wieku i możliwie optymalnego leczenia współistniejących schorzeń w sposób niekolidujący z astmą oraz z rozważeniem bilansu korzyści do ryzyka. Nie ma jednego uniwersalnego schematu postępowania, ani w pełni bezpiecznych

Zdezorientowany pacjent nie wie, które leki, z jakiego powodu i w jaki sposób ma przyjąć. Dodatkowym utrudnieniem bywają pisane odręcznie (nieczytelne) lub drukowane bardzo małą czcionką instrukcje. W efekcie zaordynowane schematy postępowania całkowicie różni się ze stanem faktycznym, a ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych wzrasta [81].

Strategia MDA zakłada stworzenie wieloprofilowego systemu opieki nad seniorami [2]. Ale nawet wtedy kluczową rolę muszą odgrywać lekarze POZ, którzy najlepiej znają chorego i mają możliwość prowadzenia ciągłej obserwacji. Na nich spoczywa też obowiązek pierwszego rozpoznania astmy i zaordynowania początkowego leczenia, a następnie współpracy ze specjalistami. Bardzo ważne jest uporządkowanie zestawu leków (zdarza się, że pacjent zażywa leki u różnych nazwach nie mając świadomości, że zawierają tę samą lub podobną substancję czynną), ocena ewentualnych interakcji pomiędzy nimi oraz zastąpienie bezpiecznymi odpowiednikami preparatów o znanym potencjale wywoływania u chorych na astmę objawów niepożądanych. Przede wszystkim przeciwwskazane są nieselektywne β -bloker. Z kolei selektywnych β_1 -blokerów nie należy stosować u pacjentów z nadciśnieniem bez innych schorzeń układu sercowo – naczyniowego [82], tym bardziej, że według wskazań kardiologicznych, nie są już one u osób > 60 roku życia zaliczane do preparatów „pierwszej linii” [48]. Problem możliwości i zasadności leczenia chorych na astmę przy pomocy selektywnych antagonistów receptorów β_1 - adrenergicznych jest szeroko dyskutowany [83,84,85]. Według GINA 2018 decyzja o zastosowaniu doustnych lub okulistycznych β -blokerów musi dla każdego pacjenta być podejmowana indywidualnie, a początkowo terapia prowadzona pod ścisłą kontrolą specjalistów.

Jeżeli kardioselektywne β -bloker są wskazane w leczeniu ostrych incydentów wieńcowych, astma nie jest bezwzględnym przeciwwskazaniem. Należy jednak rozważyć bilans korzyści do ryzyka [1].

Wziewne antycholinergiki powinny być stosowane bardzo ostrożnie u chorych na jaskrę z wąskim kątem przesączania i u pacjentów z utrudnieniem odpływu z pęcherza moczowego, podobnie jak niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) u chorych z przewlekłymi schorzeniami narządu ruchu, a inhibitory konwertazy angiotenzyny (ACEI) zastępowane przez sartany.

Zabroniona jest monoterapia długo działającym β_2 -agonistą.

Końcowy etap stanowi sporządzenie zsynchronizowanego schematu leczenia z dokładnym rozpisaniem godzinowym leków zleconych z różnych wskazań.

Bardzo korzystne jest ograniczanie ich liczby przez stosowanie preparatów łączonych. Preparaty wGKS/LABA mają dodatkową zaletę: uniemożliwiają chorym zrezygnowanie (z przyczyn ekonomicznych) z wykupienia mniej przez nich cenionego wziewnego glikokortykosteroidu.

Statystyki GBD [5] pokazują jak ogromny wpływ na przebieg astmy i wskaźniki zgonów ma status socio-ekonomiczny pacjentów. Dlatego nie wolno zapominać o przepisywaniu leków bezpłatnych dla seniorów, co leży w wyłącznej gestii lekarzy POZ. ■

7

Tab.

Czynniki decydujące o specyfice leczenia farmakologicznego astmy w podeszłym wieku

- Obniżona odpowiedź na leczenie z zastosowaniem β_2 -agonistów i glikokortykosteroidów
- Podwyższone ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych, zwłaszcza powikłań sercowo naczyniowych
- Utrudnienie prawidłowego prowadzenia terapii wziewnej
- Cięższy przebieg choroby w następstwie fizjologicznego upośledzenia wentylacyjnej funkcji płuc, remodelingu, gorszej odpowiedzi na leczenie oraz współistniejących schorzeń
- Możliwość wystąpienia interakcji pomiędzy zazwyczaj wieloma przyjmowanymi lekami
- Problemy z dostosowaniem się przez pacjenta do zaleconego schematu leczenia
- Utrudniona ocena przebiegu leczenia
- Niski w wielu przypadkach status socio-ekonomiczny chorych

leków. Nie można też zapominać o formalnych procedurach związanych z pozarejestrowym zastosowaniem LAMA u chorych na astmę bez współwystępowania POChP.

W kilku badaniach wykazano korzystny efekt leczenia preparatami antylekotrienowymi. Był on jednak słabszy niż u ludzi młodych [77,78].

Leki ratujące (doraźne)

Pomimo obniżonego u osób starszych powinowactwa receptorów β_2 -adrenergicznych do agonistów, najbardziej skuteczne w doraźnym opanowywaniu bronchoobturacji są krótko-działające β_2 -adrenomimetyki (SABA). U chorych z niestabilnymi zaburzeniami sercowo-naczyniowymi mogą być zastąpione przez krótko działający antycholinergik (ipratropium). Nie wolno dopuścić, aby wskutek złej kontroli astmy pacjent przedawkował krótko działające preparaty stymulujące receptory β_2 -adrenergiczne lub stosował je w sposób regularny.

Rola lekarzy POZ

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ocenia, że około połowa pacjentów nie stosuje się do zaleceń lekarzy, co jest przyczyną od 21 do 36% niepożądanych działań leków, którym można było zapobiec. Trudno jest oszacować wpływ tego zjawiska na efektywność leczenia. Problem „noncompliance” (kod Z91 w klasyfikacji ICD-10) niewątpliwie narasta wraz z wiekiem chorych. Przyczyny to między innymi: upośledzenie funkcji poznawczych, wielochorobowość, politerapia i niski status socio-ekonomiczny. Nawet u ludzi względnie młodych compliance pogarsza się wraz liczbą przyjmowanych leków oraz liczbą dawek pojedynczego preparatu [79,80].

U osób starych, cierpiących z powodu wielu schorzeń, zaopatrzonych w zalecenia od kilku lekarzy, sytuacja w tym względzie niekiedy staje się dramatyczna.

Prace nadesłano
2.09.2018
Zaakceptowano do
druku 5.09.2018

Konflikt interesów nie występuje.
Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.