

Praktyczne zasady leczenia astmy

prof. dr hab. med. Piotr Kuna, Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Katedry Pulmonologii i Alergologu Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego UM w Łodzi

kwiecień 2006

Astma oskrzelowa jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, w której uczestniczy wiele komórek i substancji przez nie uwalnianych. Przewlekłe zapalenie jest przyczyną nadreaktywności oskrzeli, prowadzącej do nawracających epizodów świszczącego oddechu, duszności, ucisku w klatce piersiowej i kaszlu, występujących szczególnie w nocy lub nad ranem. Epizodom tym towarzyszy rozlany skurcz oskrzeli o zmiennym nasileniu, często ustępujący samoistnie lub pod wpływem leczenia. Przedstawiona powyżej obowiązująca definicja astmy opracowana została przez grupę ekspertów Światowej Inicjatywy Zwalczenia Astmy opracowane na podstawie wyników badań medycznych

Astma oskrzelowa jest jedną z najczęstszych chorób układu oddechowego. Ogólnopolskie badania epidemiologiczne wykazały, że na astmę choruje około 2 milionów osób. Co piąte dziecko i co dziesiąty dorosły mieszkający w centrum dużego miasta zgłasza objawy napadowej duszności, świszczącego oddechu i kaszlu. Astma oskrzelowa jest chorobą zbyt rzadko rozpoznawaną, a co za tym idzie, nieprawidłowo leczoną. Na terenie województwa łódzkiego przebadano dokładnie w kierunku występowania astmy dużą losowo wybraną populację. Okazało się, że aż 71% dzieci w wieku 5-18 lat, u których rozpoznano astmę, nie miało wcześniej wykrytej choroby i nie była ona odpowiednio leczona. Podobnie było u 48% osób dorosłych

Wczesne rozpoznanie astmy umożliwia wdrożenie odpowiedniego leczenia, które poprawia jakość życia pacjenta, zapobiega postępowi choroby i jej powikłaniom. Podstawą terapii przewlekłych postaci astmy powinny być systematycznie stosowane leki przeciwzapalne, w szczególności steroidy wziewne uzupełnione o leki antyleukotrienowe, jeśli same steroidy nie przynoszą całkowitego uwolnienia od dolegliwości. B2-mimetyki są najważniejszymi lekami objawowymi przynoszącymi znaczącą ulgę pacjentowi.

Podstawy patogenezy astmy

Astma, bez względu na stopień ciężkości, jest chorobą zapalną. Najczęstszym czynnikiem indukującym jej rozwój u osób nadwrażliwych są alergeny. Uczulenie na pyłki roślin, roztocza kurzu domowego lub inne substancje prowadzi do syntezy w organizmie alergika swoistych immunoglobulin E. Kontakt chorego z alergenem prowadzi do uwolnienia mediatorów zapalenia alergicznego. Dochodzi do rozwoju ostrej fazy zapalenia alergicznego, której objawami są między innymi skurcz oskrzeli, obrzęk, świąd oraz napływ innych komórek układu immunologicznego, zapoczątkowujących fazę przewlekłą. W patomechanizmie astmy istotną rolę pełnią wszystkie komórki obecne w drogach oddechowych. Ważne jest nie tylko działanie alergenów, ale także nieswoistych bodźców środowiskowych (infekcje wirusowe, spaliny, dym tytoniowy i inne). Opisane zjawiska mają miejsce w astmie atopowej = alergicznej. W nieatopowej = niealergicznej postaci choroby w patomechanizmie nie stwierdza się udziału alergenów choć obserwowane są również procesy przewlekłego zapalenia z udziałem takich samych komórek i mediatorów, jak w astmie atopowej. Z doświadczenia klinicznego wynika, że astma wewnątrzpochodna rozwija się najczęściej wtórnie do astmy atopowej. Brak skutecznej interwencji terapeutycznej na wczesnym etapie rozwoju zapalenia prowadzi do nieodwracalnej przebudowy ścian układu oddechowego, zwanej remodelingiem. Istotną rolę w indukowaniu astmy oskrzelowej pełnią wirusy oraz czynniki środowiskowe np. spaliny samochodowe, szczególnie z silników diesla.

Objawy kliniczne

Do podstawowych objawów choroby należą kaszel, duszność, uczucie braku powietrza, nadreaktywność dróg oddechowych na bodźce specyficzne (alergeny) i niespecyficzne (dym papierosowy, zimne powietrze). Najbardziej charakterystyczną cechą astmy jest napadowy charakter dolegliwości, które często występują w nocy lub nad ranem oraz są indukowane wysiłkiem lub czynnikami środowiskowymi. Niekiedy kaszel może być jedynym objawem choroby.

Obturacja w astmie jest początkowo całkowicie odwracalna samoistnie lub pod

wpływem leków. W miarę postępu choroby, w szczególności u osób palących papierosy, przebudowa oskrzeli w astmie również prowadzi do nieodwracalnej obturacji oskrzeli. Najnowsze badania epidemiologiczne wskazują, że astma oskrzelowa jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), a chorzy na astmę ponadczterokrotnie częściej mają POChP niż palacze tytoniu. Według zaleceń w rozpoznaniu astmy oskrzelowej może być pomocne wykonanie badań czynnościowych układu oddechowego. Podstawowe znaczenie ma badanie spirometryczne metodą natężonego wydechu. Dla astmy charakterystyczna jest odwracalność obturacji dróg oddechowych.

Klasyfikacji astmy oskrzelowej można dokonać opierając się na etiologii lub objawach i obturacji oskrzeli w badaniach spirometrycznych. Proponuje się podział astmy na cztery stopnie: astmę sporadyczną oraz astmę przewlekłą lekką, umiarkowaną i ciężką.

Zalecane leczenie

W przypadku astmy sporadycznej podstawę leczenia stanowią leki rozszerzające oskrzela, stosowane doraźnie w razie duszności (preparaty np. salbutamolu). Wiadomo jednak, że nawet w tej postaci astmy stwierdza się w oskrzelach zmiany zapalne charakterystyczne dla cięższych postaci astmy. Zdaniem wielu specjalistów już od początku rozpoznania astmy, w tym nawet w postaci sporadycznej, powinien być stosowany lek przeciwzapalny. Do grupy leków przeciwzapalnych należą glikokortykosteroidy, leki antyleukotrienowe. Dobierając optymalny zestaw leków, należy pamiętać o najważniejszych celach tego leczenia, do których należą: całkowite ustąpienie lub zdecydowane zmniejszenie objawów astmy, przywrócenie prawidłowej czynności płuc, zapobieganie zaostrzeniom choroby oraz utrzymanie dobowej zmienności PEF poniżej 20%. Powyższe cele powinny być osiągnięte za pomocą jak najmniejszej liczby leków podawanych 1 lub 2 razy dziennie

Prawidłowo prowadzona terapia przewlekłej astmy oskrzelowej powinna nie zmniejszać ograniczenia aktywności życiowej wywołanej chorobą i tym samym poprawiać jakość życia pacjenta. Założeniem terapii przeciwzapalnej jest również zapobieganie pogarszaniu się czynności płuc i rozwojowi utrwalonych zmian obturacyjnych.

Astma oskrzelowa jest chorobą przewlekłą i zazwyczaj trwa całe życie. Z tego powodu bezpieczeństwo stosowanych leków i unikanie objawów niepożądanych nabiera szczególnego znaczenia. Współczesne leki, jeśli są stosowane umiejętnie, zapewniają pełną kontrolę objawów choroby przy minimalnym ryzyku wystąpienia działań ubocznych. Zgodnie z obecną wiedzą wydaje się, że szczególne znaczenie ma wczesne rozpoznanie choroby i jak najszybsze zastosowanie leków przeciwzapalnych. Skuteczne są wtedy niskie dawki leków, co jest jednoznaczne z dużym bezpieczeństwem stosowanego leczenia.

W przypadku astmy oskrzelowej glikokortykosteroidy wziewne podawane w minimalnej dawce umożliwiającej dobrą kontrolę objawów i są lekami podstawowymi.

Tylko steroidy wziewne mają udowodnione działanie zapobiegające zgonom z powodu astmy.

Profilaktyka astmy oskrzelowej

W przypadku astmy, która jest chorobą przewlekłą, niezwykle ważna jest edukacja chorych, gdyż gęsto wieloletnia terapia wymaga doskonałej współpracy i partnerskich relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem prowadzącym. Naszym zdaniem **na szczególną uwagę zasługują metody immunoterapii**. Immunoterapia swoista zastosowana u pacjentów z astmą atopową łagodną lub sporadyczną, której często towarzyszy nieżyt nosa i spojówek, **zmniejsza nasilenie objawów choroby**. Niezwykle ciekawe są wyniki najnowszych badań, które dowodzą, że jest to także metoda terapii, która zmniejsza ryzyko rozwoju uczuleń i postępu choroby alergicznej. Lekarze obserwowali grupę 23 pacjentów, którzy 6 lat wcześniej zostali poddani immunoterapii swoistej (SIT) szczepionką zawierającą pyłki traw. Wykazano, że pacjenci z grupy SIT w sześć lat po szczepieniu w dalszym ciągu mieli zdecydowanie mniej nasilone objawy w okresie pylenia traw w porównaniu z grupą kontrolną otrzymującą placebo. Ponadto okazało się, że w grupie pacjentów wyjściowo uczulonych wyłącznie na trawy, nowe uczulenia rozwinęły się u 61% badanych w grupie SIT i u 100% w grupie placebo. Przełomem w rozumieniu korzyści osiąganych u pacjentów odczulanych była praca Mollera i wsp. opublikowana w 2002 roku. Naturalny przebieg chorób alergicznych od atopowego zapalenia skóry w dzieciństwie, poprzez alergiczny nieżyt nosa i astmę oskrzelową w wieku starszym, znany jest pod nazwą marszu alergicznego. Dostępna farmakoterapia zmniejsza objawy choroby, poprawia jakość życia, **nie zapobiega jednak progresji w kierunku astmy oskrzelowej**. W cytowanym badaniu 205 dzieci z sezonowym alergicznym nieżytem nosa przydzielono losowo do grupy odczulanej szczepionką zawierającą alergeny traw i brzozy lub do grupy otrzymującej placebo.

U dzieci, u których nie występowały objawy astmy w okresie włączenia do badania, choroba ta rozwinęła się u 24% w grupie odczulanej i u 44% w grupie leczonej wyłącznie farmakologicznie. Prace te potwierdzają hipotezę, że immunoterapia powinna być rozpoczynana na wczesnym etapie choroby, zanim dojdzie do rozwoju uczulenia na liczne alergeny i nieodwracalnych zmian w drogach oddechowych w przebiegu astmy. Pacjenci, u których lekarz widzi wskazania do immunoterapii, powinni być skierowani do ośrodka, który ma możliwość dobrania składu szczepionki i bezpiecznego przeprowadzenia odczulania. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Alergologicznego wskazania do odczulania i dobór odpowiedniego preparatu powinny być zweryfikowane przez specjalistę.