

PODSUMOWANIE NAJWAŻNIEJSZYCH ZMIAN

- Cały dokument jest obecnie poświęcony głównie kontroli astmy. Istnieją już solidne dowody, że kliniczne symptomy astmy — objawy, zakłócenia snu, ograniczenia aktywności, niewydolność płuc i korzystanie z leków objawowych stosowanych na żądanie — można kontrolować, stosując odpowiednie leczenie.
- Podsumowano uaktualnione dane epidemiologiczne szczególnie te dostarczone przez raport Global Burden of Asthma. Wnika z nich, że chociaż z perspektywy pacjenta i społeczeństwa koszt kontroli astmy może wydawać się wysoki, to koszt zaniechania leczenia astmy jest jeszcze wyższy.
- Przedstawiona została koncepcja astmy trudnej w leczeniu, która została poruszona w różnych miejscach raportu. Pacjenci z trudną w leczeniu astmą są często odporni na działanie glikokortykosteroidów i osiągnięcie tego samego poziomu kontroli astmy, co u innych pacjentów, może być u nich niemożliwe.
- Spirometryczne badanie wydolności płuc lub szczytowego przepływu wydechowego (PEF) są nadal zalecane jako pomoc w diagnostyce i monitorowaniu. Coraz większe znaczenie ma pomiar zmienności ograniczenia przepływu powietrza, który jest uważany za klucz zarówno do diagnozy astmy, jak i oceny skuteczności jej kontroli.
- Poprzedni podział astmy według jej ciężkości na epizodyczną, przewlekłą lekką, przewlekłą umiarkowaną i przewlekłą ciężką, jest obecnie zalecany tylko do celów badawczych.
- Zamiast niego dokument zaleca obecnie podział astmy według poziomu kontroli: kontrolowana, częściowo kontrolowana lub niekontrolowana (patrz na następnej stronie). Odzwierciedla to przekonanie, że ciężkość astmy zależy nie tylko od ciężkości samej choroby, ale także od jej oporności na leczenie, oraz że ciężkość nie jest niezmienną cechą astmy u danego pacjenta, ale może się zmieniać z miesiąca na miesiąc i z roku na rok.
- Położono nacisk na to, że intensywniejsze — zwłaszcza codzienne — stosowanie leków doraźnych łagodzących objawy duszności stanowi sygnał pogorszenia kontroli astmy i sugeruje konieczność ponownej oceny leczenia.
- Role niektórych leków w terapii zmieniły się w stosunku do poprzednich wersji raportu:
 - Na podstawie najnowszych danych wskazujących na zwiększone ryzyko zgonu z przyczyn związanych z astmą, połączone ze stosowaniem długodziałających beta2-mimetyków u niewielkiej grupy osób, zwrócono bardziej uwagę na to, że długodziałające beta2-mimetyki nie powinny być stosowane jako monoterapia w leczeniu astmy, lecz tylko w połączeniu z odpowiednią dawką wziewnego glikokortykosteroidu.
 - Leki przeciwleukotrienowe nabrały obecnie większego znaczenia w kontroli astmy, zwłaszcza u dorosłych. Długodziałające doustne beta2-mimetyki nie są już przedstawiane jako opcja leczenia dodatkowego na żadnym etapie terapii, jeśli nie towarzyszą im wziewne glikokortykosteroidy.
 - Monoterapia kromonami nie jest już podawana jako alternatywa dla monoterapii niską dawką wziewnych glikokortykosteroidów u dorosłych.
 - Wprowadzono pewne zmiany w tabeli równoważnych dziennych dawek wziewnych glikokortykosteroidów u dzieci i dorosłych.
- Ogólna koncepcja leczenia astmy została oparta na jej kontroli. Rozpoczęcie i dostosowywanie leczenia odbywa się w cyklu ciągłym (ocena kontroli astmy, leczenie w celu uzyskania kontroli i monitorowanie utrzymania kontroli) zależnie od poziomu kontroli astmy u pacjenta (patrz na ostatniej stronie).

OCENA KONTROLI ASTMY

Każdy pacjent powinien zostać oceniony pod względem bieżącego sposobu leczenia, stopnia przestrzegania zaleceń i poziomu kontroli astmy. Poniższy rysunek zawiera uproszczony schemat rozpoznawania kontrolowanej, częściowo kontrolowanej i niekontrolowanej astmy w danym tygodniu.

Poziomy kontroli astmy			
Cecha	Kontrolowana (wszystkie poniższe)	Częściowo kontrolowana (dowolny element występuje w dowolnym tygodniu)	Niekontrolowana
Objawy w ciągu dnia	Brak (dwa razy lub mniej na tydzień)	Więcej niż dwa razy na tydzień	Trzy lub więcej elementów częściowo kontrolowanej astmy występujące w danym tygodniu
Ograniczenie aktywności	Brak	Występuje	
Objawy w ciągu nocy / przebudzenia	Brak	Występuje	
Potrzeba zastosowania leku doraźnego łagodzącego objawy	Brak (dwa razy lub mniej na tydzień)	Więcej niż dwa razy na tydzień	
Wydolność płuc (PEF lub FEV ₁) [‡]	Prawidłowa	<80% wartości prognozowanej lub indywidualnie najwyższej możliwej (jeśli jest znana)	
Zaostrzenie	Brak	Raz lub więcej w ciągu roku*	Raz w danym tygodniu [†]

* W przypadku zaostrzenia należy zawsze dokonać przeglądu leczenia, aby sprawdzić, czy jest odpowiednie.

[†] Zaostrzenie w dowolnym tygodniu z definicji oznacza, że w tym tygodniu astma jest niekontrolowana.

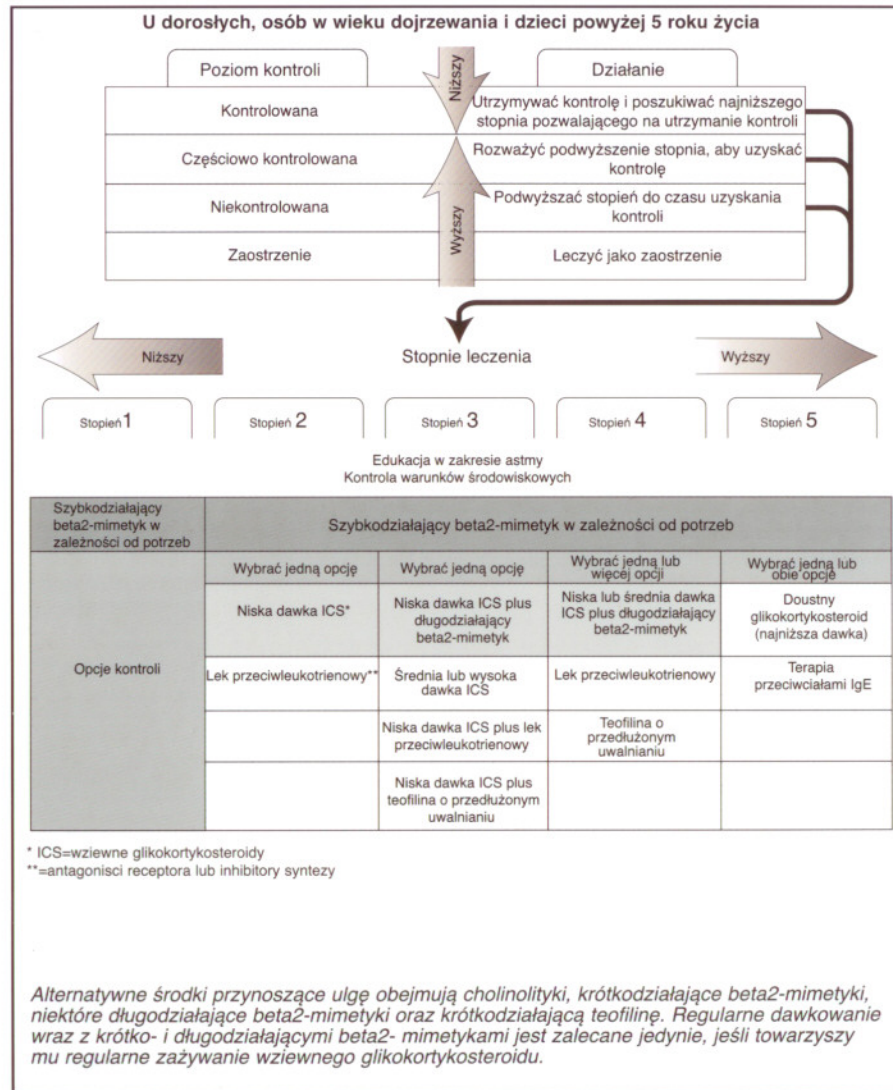
[‡] Wydolność płuc nie jest skutecznym testem u dzieci w wieku do pięciu lat włącznie.

LECZENIE W CELU UZYSKANIA KONTROLI

Dobór leczenia farmakologicznego powinien być uwarunkowany bieżącym leczeniem i bieżącym poziomem kontroli astmy u pacjenta. Jeśli np. astma nie jest kontrolowana przy bieżącym sposobie leczenia, należy podnieść stopień leczenia do czasu uzyskania kontroli. Jeśli kontrola jest utrzymywana przez przynajmniej trzy miesiące, stopień leczenia można obniżyć, aby ustalić najniższy stopień leczenia i dawkę pozwalającą na utrzymanie kontroli

Kontrola astmy powinna być regularnie monitorowana przez lekarza, a w miarę możliwości również przez pacjenta. Częstotliwość wizyt u lekarza oraz oszacowanie stopnia kontroli astmy zależy od jej zdiagnozowanej początkowo ciężkości, a także edukacji pacjenta i jego przekonanie o odgrywaniu roli w bieżącej ocenie choroby. Zwykle pacjent ma wizytę kontrolną od jednego do 3 miesięcy od wizyty początkowej, a następnie raz na 3 miesiące. Po zaostrzeniu należy prowadzić obserwację przez dwa tygodnie do miesiąca. Zasady te odzwierciedla metoda zaprezentowana na rysunku na następnej stronie.

METODA LECZENIA OPARTA NA KONTROLI



Globalna inicjatywa na rzecz astmy (GINA, Global Initiative for Asthma) jest wspierana grantami edukacyjnymi następujących firm: Altana, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi Group, GlaxoSmithKline, Meda Pharma, Merck Sharp & Dohme, Mitsubishi Pharma, Novartis, i PharmAxis.

Wydruk i dystrybucję sfinansowano z grantu edukacyjnego firmy Merck Sharp & Dohme.

GINA Skrócone wytyczne leczenia astmy



NA PODSTAWIE NOWEGO RAPORTU GINA

Pełna treść raportu GINA 2006 na stronie www.ginasthma.org.

Uzasadnienie powstania

Astma oskrzelowa jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych u dzieci w większości krajów uprzemysłowionych. Jednak dane dotyczące specyficznych aspektów astmy u dzieci, w tym strategii leczenia, są ograniczone i żadne z ostatnio opublikowanych międzynarodowych wytycznych nie dotyczyły wyłącznie astmy wieku dziecięcego.

Europejska Akademia Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI – European Academy of Allergy and Clinical Immunology) i Amerykańska Akademia Alergologii, Astmy i Immunologii (AAAAI – American Academy of Allergy, Asthma and Immunology) powołały zespoły specjalistów celem opracowania konsensusu, który posłużyłby jako wytyczne dla lekarzy praktyków w Europie i Ameryce Północnej. Raport jest częścią inicjatywy PRACTALL[†], która popierana jest przez obie, wyżej wymienione organizacje.

Raport omawia historię naturalną i patofizjologię astmy u dzieci oraz ustala zalecenia dotyczące rozpoznawania, leczenia i monitorowania.

Raport z konsensusu PRACTALL to pierwszy tak obszerny przewodnik dotyczący leczenia astmy u dzieci opracowany przez specjalistów alergologów i pneumonologów dziecięcych dla lekarzy praktyków zajmujących się leczeniem dzieci.

[†]PRACTicing ALLergology (Alergologia praktyczna). Program PRACTALL dotyczący astmy u dzieci wspierany jest przez nieograniczony grant edukacyjny firmy Merck & Co., Inc. pod patronatem Uniwersytetu Charité w Berlinie.

Niniejsza publikacja stanowi informację, jaką firma Merck & Co., Inc. dostarcza lekarzom i farmaceutom w ramach świadczonego przez nią profesjonalnego serwisu naukowego. Poglądy wyrażone w niej odzwierciedlają wyłącznie doświadczenie oraz opinie jej autorów. Przed przepisaniem którejkolwiek z preparatów opisanych w niniejszej publikacji należy zapoznać się z Charakterystyką Produktu Leczniczego dostępną u producenta.

Podsumowanie głównych zaleceń

Historia naturalna/rozpoznanie

- Dokładna ocena i rozpoznanie czynników wywołujących astmę ma istotne znaczenie dla edukacji pacjenta, kontroli środowiska i prognozowania rozwoju choroby.
- Należy zawsze próbować określić fenotyp astmy (np. astma indukowana infekcją wirusową, astma alergiczna, astma indukowana wysiłkiem) włączając w to wywiad w kierunku chorób atopowych.
- Testy alergologiczne, które można wykonywać w każdym wieku, są ważne dla potwierdzenia możliwego wpływu alergenów na aktywność choroby.

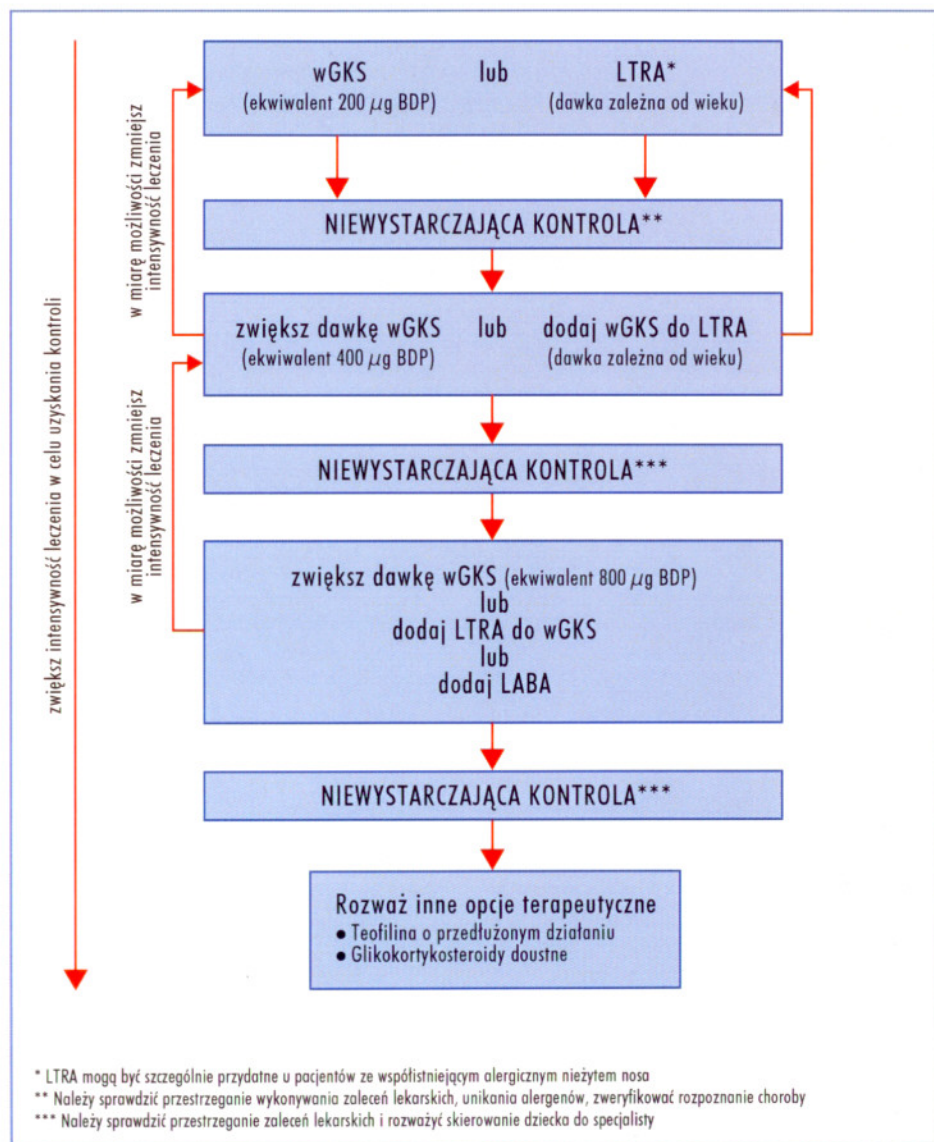
Farmakoterapia/Immunoterapia/Edukacja

- Leczenie procesu zapalnego dróg oddechowych prowadzi do optymalnej kontroli astmy.
- Nie należy unikać wysiłku fizycznego. Dzieci z astmą należy zachęcać do uprawiania sportu, kontrolując jednocześnie intensywność procesu zapalnego i objawów astmy.
- Wziewne glikokortykosteroidy (wGKS) są lekami pierwszego rzutu w astmie przewlekłej. Atopia i nieprawidłowe parametry czynności płuc prognozują korzystną odpowiedź na wGKS. Nowe dowody nie potwierdzają jednak wpływu wGKS na modyfikację przebiegu choroby u dzieci w wieku przedszkolnym po przerwaniu leczenia.
- Leki przeciwlukotrienowe (LTRA) są alternatywnymi lekami pierwszego rzutu w leczeniu astmy przewlekłej. Młody wiek (<10 lat) i wysoki poziom leukotrienów w moczu prognozują dobrą odpowiedź na te leki. LTRA zalecane są także w leczeniu epizodów świszczącego oddechu (wheezing) wywołanego infekcjami wirusowymi.
- Dopóki nie będą dostępne nowe dowody dotyczące skuteczności i odległego bezpieczeństwa długodziałających β₂-mimetyków (LABA), nie powinny być one stosowane bez odpowiedniej dawki wGKS.
- Immunoterapię swoistą należy rozważyć w przypadku astmy alergicznej IgE zależnej, w granicach zarejestrowanych wskazań, gdy jest potwierdzony klinicznie związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy występującymi objawami, a danym alergenem oraz gdy są dostępne odpowiednie szczepionki alergenowe.
- Edukacja pacjenta chorego na astmę jest ważną częścią strategii leczenia astmy i musi obejmować wszystkie zaangażowane strony.

Monitorowanie

- Objawy astmy: pamiętając o specyfice astmy w zależności od wieku dziecka, należy zadawać pytania o objawy charakterystyczne dla astmy, przestrzeganie zaleceń lekarskich i występowanie zaostrzeń.
- W warunkach ambulatoryjnych: spirometria – zwłaszcza stosunek FEV₁/FVC i średni przepływ wydechowy – odgrywa ważną rolę w wykrywaniu nie dających się rozpoznać badaniem fizykalnym zaburzeń przepływu powietrza w drogach oddechowych (obturacyj).
- eNO jest prostym badaniem pomocnym w ocenie eozynofilowego zapalenia dróg oddechowych w astmie u dzieci.

Algorytm leczenia farmakologicznego astmy u dzieci powyżej 2 roku życia



Rozpoznawanie i leczenie astmy u dzieci

Skrót raportu z konsensusu PRACTALL EAACI i AAAAI



Na podstawie Bacharier LB i wsp. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy* 2008;63:5-34.

www.eaaci.net www.aaaai.org www.charite.de