

Radosław Gawlik¹, Grażyna Bochenek², Andrzej Dąbrowski³, Wojciech Barg⁴, Grzegorz Brożek⁵, Piotr Dąbrowiecki⁶, Rafał Dobek⁷, Marek Leszek Kowalski⁸, Aleksandra Kucharczyk⁹, Maciej Kupczyk¹⁰, Izabela Kupryś-Lipińska¹⁰, Agnieszka Mastalerz-Migas¹¹

¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

²Klinika Pulmonologii, II Katedra Chorób Wewnętrznych im. Prof. Andrzeja Szczeklika, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

³Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁵Katedra i Zakład Epidemiologii, Wydział Nauk Medycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁶Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

⁷II Klinika Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

⁸Klinika Immunologii, Reumatologii i Alergologii, Katedra Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii, Centrum Badań nad Zdrowym Starzeniem, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁹Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

¹⁰Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

¹¹Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Ocena kontroli astmy w praktyce lekarza POZ – dlaczego należy monitorować zużycie SABA?

Streszczenie

Astma oskrzelowa jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych układu oddechowego. Charakteryzuje się zmiennym przebiegiem, z okresami zaostrzeń i remisji. Dla osiągnięcia krótko- i długoterminowych celów leczenia astmy (uzyskanie i utrzymanie kontroli choroby oraz zapobieganie zaostrzeniom i odległym konsekwencjom) ważna jest ocena stanu pacjenta podczas każdej wizyty. Bieżąca ocena kontroli astmy ma kluczowe znaczenie, ponieważ determinuje dalsze decyzje dotyczące leczenia. Brak kontroli objawów jest uciążliwy dla pacjentów i stanowi czynnik ryzyka zaostrzeń astmy. W artykule omówiono zalecenia zawarte w raporcie *Global Initiative for Asthma* (GINA) dotyczące oceny kontroli astmy i zestawiono je z wynikami najnowszego badania w ramach Projektu Astma Zero poświęconego rzeczywistej ocenie kontroli astmy w Polsce.

Słowa kluczowe

astma, ocena kontroli astmy, nadużywanie SABA

Abstract

Bronchial asthma is a common chronic disease with a variable course. To achieve the short- and long-term goals of asthma treatment (i.e., obtaining and maintaining disease control and preventing exacerbations and long-term consequences of the disease), it is important to assess the patient's condition at each visit. Assessment of asthma control is critical as it determines further treatment decisions. Poor symptom control is burdensome to patients and increases the risk of exacerbations. The article discusses Global Initiative for Asthma (GINA) recommendations on the assessment of asthma symptom control and compares them with the results of the latest study Asthma Zero Project related to real-life assessment of asthma control in Poland.

Key words

asthma, asthma control, SABA overuse

Wstęp

W ciągu ostatniego stulecia dzięki wynikom badań nad patofizjologią i sposobami leczenia astmy poglądy dotyczące etiologii i długoterminowego przebiegu tego schorzenia uległy radykalnym zmianom. Nowoczesna terapia astmy opiera się na paradygmacie patofizjologicznym uznającym, że występowanie objawów tej choroby (napadowej duszności, często ze świszczącym oddechem, kaszlu i wykrztuszania) jest następstwem przewlekłego zapalenia toczonego się w drogach oddechowych. Liczne badania i obserwacje kliniczne wskazują, że u większości chorych możliwe jest uzyskanie wygaszenia lub zmniejszenia zapalenia w oskrzelach wskutek strategii leczenia opartej na wczesnym zastosowaniu leków przeciwzapalnych, tj. wziewnych glikokortykosteroidów (wGKS), oraz zmniejszenia ekspozycji chorego na czynniki uczulające lub drażniące występujące w środowisku domowym lub w pracy [1].

Pojawił się też nowy paradygmat kliniczny wskazujący na główne cele leczenia, którymi obecnie stały się, niezależnie od stopnia ciężkości choroby, dobra kontrola astmy rozumiana jako całkowite ustąpienie lub zmniejszenie objawów oraz prewencja występowania zaostrzeń, pozwalające większości chorych na powrót do normalnej aktywności fizycznej, społecznej i zawodowej.

W 2019 r. nastąpiły istotne zmiany w standardach dotyczących rozpoznawania i leczenia astmy (raport *Global Initiative for Asthma* – GINA). Jedne z istotniejszych wynikają z nowego podejścia do terapii astmy łagodnej. Na pierwszym stopniu leczenia astmy, kiedy objawy pojawiają się sporadycznie, dotychczas stosowany β 2-mimetyk krótko działający (*short acting β -agonist* – SABA) – salbutamol – zastąpiono przyjmowanym doraźnie lekiem złożonym zawierającym szybko i długo działający lek rozszerzający oskrzela – formoterol (*long acting β -agonist* – LABA) w połączeniu z wGKS (tzw. preparaty *combo*). Odejście od stosowania SABA wynika z badań potwierdzających, że leki te często są przez

chorych nadużywane (widzimy to wyraźnie również w populacji polskiej), co prowadzi – i to niezależnie od stopnia ciężkości choroby – do zwiększenia liczby zaostrzeń. Jest również powodem istotnego wzrostu śmiertelności z powodu astmy. Na stopniu drugim, gdzie do niedawna zalecano jako postępowanie z wyboru stosowanie przewlekłej małej dawki wGKS, obecnie za terapię równorzędną uważa się, podobnie jak na pierwszym stopniu leczenia, doraźne przyjmowanie wGKS w połączeniu z formoterolem. Badania wykazały bowiem, że taka terapia nie jest gorsza od przewlekłego podawania wGKS w monoterapii, a jest znacznie łatwiejsza do zastosowania i wygodniejsza dla pacjenta, któremu często trudno dostosować się do rygoru codziennego przyjmowania leków. Doświadczenie pokazuje, że na tym etapie chorzy bardzo chętnie odstawiali wGKS i stosowali wyłącznie salbutamol, ze wszystkimi niekorzystnymi konsekwencjami takiego postępowania. Na kolejnych stopniach leczenia podkreśla się znaczenie terapii MART (*maintenance and reliever therapy*), której ideą jest stosowanie tego samego inhalatora zawierającego wGKS i formoterol w leczeniu zarówno przewlekłym, jak i doraźnym. Pozwala to na szybkie zwiększenie dawki leków przeciwzapalnych w sytuacji zaostrzeń, co powoduje, że są one łagodniejsze i trwają krócej.

Ocena kontroli astmy – zalecenia GINA

Prawidłowe leczenie astmy wymaga umiejętności obiektywnej oceny kontroli choroby. Obejmuje ona ocenę kontroli objawów i ocenę czynników zwiększających ryzyko zaostrzeń.

Obserwacje pokazują, że często nie jest przeprowadzana prawidłowo, zwłaszcza że pacjent nierzadko rozumie pojęcie dobrej kontroli astmy inaczej niż lekarz. Dlatego GINA zaleca wykorzystywanie w trakcie wizyt krótkich, łatwych do wykonania i powtarzalnych kwestionariuszy, takich jak ACT (*Asthma Control Test*) lub ACQ (*Asthma Control Questionnaire*). Jeśli z różnych powodów nie jest to

Tabela 1. Rekomendacje *Global Initiative for Asthma* (GINA) dotyczące oceny kontroli astmy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku 6–11 lat

Nasilenie objawów astmy		Poziom kontroli astmy		
W ciągu ostatnich 4 tygodni u pacjenta występowały:		Kontrolo- wana	Częściowo kontrolowana	Niekontrolo- wana
objawy astmy częściej niż 2 razy w tygodniu	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	0 objawów	1–2 objawy	3–4 objawy
jakiegokolwiek wybudzenie w nocy z powodu astmy	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			
użycie SABA doraźnie częściej niż 2 razy w tygodniu	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			
jakiegokolwiek ograniczenie aktywności z powodu astmy	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			

SABA – β 2-mimetyk krótko działający

możliwe, choremu należy zadać podczas wizyty cztery proste pytania (tab. 1).

Ze strony lekarza konieczna jest też ocena występowania czynników ryzyka zaostrzenia astmy, która obejmuje między innymi nadużywanie SABA i nieprzyjmowanie wGKS. Czynniki zwiększające ryzyko zaostrzeń astmy omówiono dokładnie w tabeli 2.

Znajomość wymienionych powyżej czynników w wielu przypadkach pozwala na ich modyfikację, co może pozytywnie wpłynąć na kontrolę astmy. W procesie leczenia astmy niezwykle istotna jest również edukacja dotycząca między innymi techniki inhalacji. W trakcie wizyt kontrolnych należy systematycznie dokonywać oceny kontroli choroby i na tej podstawie odpowiednio dostosowywać leczenie.

Nadużywanie SABA – skala problemu

Wprowadzony przed dziesiątkami lat algorytm stosowania doraźnie leku rozszerzającego oskrzela (SABA) bez jednoczesnego dodatkowego użycia wGKS spowodował, że duża część chorych na astmę nadużywa SABA. Przyczynia się to do zwiększenia ryzyka zaostrzeń i pogorszenia stopnia kontroli choroby [2]. Świadczy o tym stale rosnące zużycie w rozwiniętych krajach SABA, w niektórych dostępnych bez recepty (np. Włochy, Hiszpania, Australia) [3]. Przeprowadzone ostatnio analizy stosowania SABA w kilku krajach w Europie wykazały, że niezależnie od stopnia ciężkości astmy 9–38% chorych zużywa co najmniej 3 opakowania tych leków w ciągu roku, co znacząco przyczynia się do wystąpienia zaostrzeń wymagających dodatkowych wizyt u lekarza POZ lub na SOR-ze, a także hospitalizacji. Ze zwiększeniem zużycia SABA rośnie również ryzyko zgonu z powodu astmy [3, 4]. Brak powtarzanej systematycznie w czasie wizyt chorego analizy zużycia leków doraźnych może prowadzić do zaniedbania rzeczywistej oceny przebiegu astmy i stopnia jej kontroli. **Monitorowanie doraźnego przyjmowania SABA przez pacjentów i dokładnego ich zużycia stanowi niezbędny element prawidłowej oceny kontroli astmy.**

Projekt Astma Zero – konstrukcja badania

W celu sprawdzenia, w jaki sposób lekarze zajmujący się najczęściej leczeniem astmy, a więc specjaliści medycyny rodzinnej, alergologów i pulmonologów, oceniają w leczeniu otwartym kontrolę astmy, a także jak postrzegają oni znaczenie zużycia SABA

Tabela 2. Czynniki zwiększające ryzyko zaostrzeń astmy

Występowanie, któregośkolwiek z poniższych czynników ryzyka wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zaostrzeń nawet, jeśli pacjent ma niewiele objawów

- niekontrolowane objawy astmy stanowią ważny czynnik zwiększający ryzyko zaostrzeń
- Inne potencjalnie modyfikowalne czynniki ryzyka:
- leki: brak preskrypcji wGKS, nieprawidłowa technika stosowania inhalatora, wysokie zużycie SABA (3 lub więcej opakowań na rok), niska adherencja
- współwystępowanie: otyłości, przewlekłego zapalenia zatok, choroby refluksowej przełyku, alergii pokarmowej, zaburzeń lękowych, depresji
- ciąża
- ekspozycja na: dym tytoniowy, alergeny, zanieczyszczenie powietrza
- problemy społeczno-ekonomiczne
- funkcja płuc: obniżenie parametrów czynnościowych płuc, np. FEV1 < 60% wartości należnej
- podwyższona liczba eozynofiliów w rozmazie morfologii krwi, podwyższony FeNO u pacjentów z alergią stosujących wGKS
- Inne ważne niezależne czynniki ryzyka zaostrzeń:
- każda intubacja lub przebywanie na oddziale intensywnej terapii z powodu astmy
- przebiecie ciężkiego zaostrzenia w ciągu ostatnich 12 miesięcy

SABA – β 2-mimetyk krótko działający, wGKS – wziewne glikokortykosteroidy

w ocenie kontroli astmy, przeprowadzono badanie epidemiologiczne Projekt Astma Zero. W jego ramach zrealizowano wywiady eksploracyjne z lekarzami, a także oceny jakościowe na podstawie kwestionariusza i ilościowe na podstawie dzienniczka [4].

Pytania zawarte w kwestionariuszu były nakierowane na postawy, opinie i zachowania lekarzy w zakresie oceny kontroli astmy i zlecanych w tym celu badań dodatkowych oraz zrozumienie roli zużycia SABA jako parametru kontroli choroby. Celem było sprawdzenie, w jakim zakresie lekarze stosują się do zaleceń, głównie do wytycznych GINA. Ponadto lekarze wypełniali dzienniczki dotyczące 10 kolejno przyjmowanych dorosłych pacjentów ze zdiagnozowaną astmą. Uzyskane informacje dotyczyły czasu trwania, stopnia zaawansowania i aktualnego stopnia kontroli choroby, a także podejmowanych przez lekarza decyzji terapeutycznych (utrzymanie, zmniejszenie lub intensyfikacja leczenia) oraz czynników wpływających na te decyzje u indywidualnego pacjenta. Stopień kontroli astmy oceniano podwójnie – z jednej strony, biorąc pod uwagę opinię lekarza, który subiektywnie, na podstawie ogólnej oceny chorego, określał stopień kontroli choroby, z drugiej strony w sposób bardziej obiektywny, na

podstawie odnotowanych w dzienniczku objawów, którym przypisywano aktualny stopień kontroli zgodnie z kryteriami GINA.

W badaniu analizowano dane kwestionariuszowe pochodzące od 253 lekarzy (103 lekarzy POZ, 70 alergologów, 80 pulmonologów). Łącznie zebrano informacje dotyczące 1566 pacjentów.

Ocena kontroli astmy w Polsce

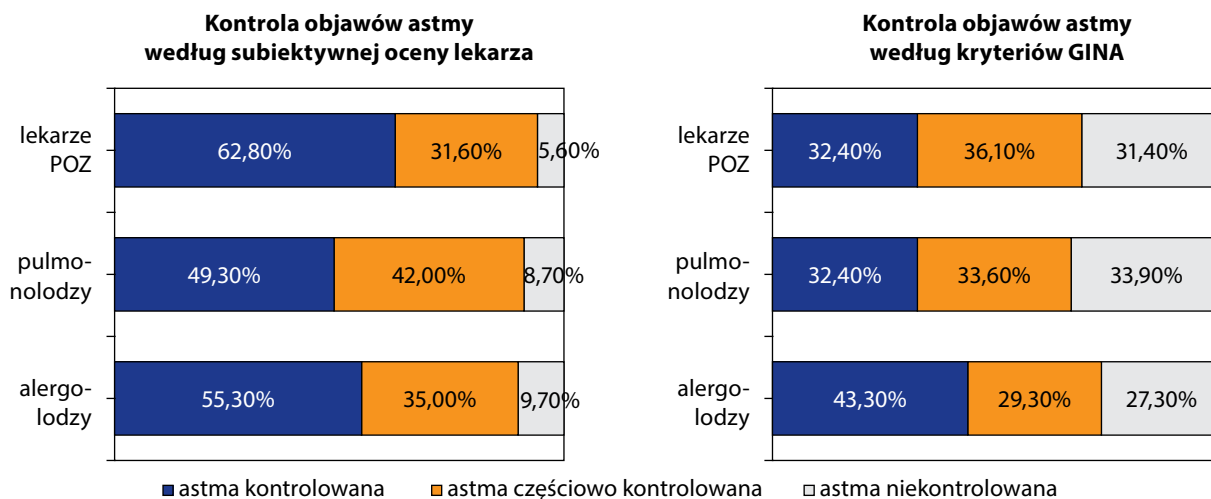
W ponad 90% przypadków ocena kontroli astmy, niezależnie od specjalności, opierała się wyłącznie na objawach. Rzadziej brano pod uwagę zużycie leków doraźnych, a jeszcze rzadziej badania dodatkowe, w tym spirometrię. Jeśli chodzi o to ostatnie kryterium, najslabiej wypadli lekarze rodzinni, którzy zaledwie w 40% przypadków oceniali czynność płuc. Wyniki tego badania wykazują, że lekarze do oceny kontroli astmy podchodzą raczej w sposób nieformalny, rzadko wykorzystują przeznaczone specjalnie do tego celu, sformalizowane kwestionariusze zalecane przez GINA, np. wymieniane już wcześniej ACT lub ACQ.

Wyniki przytoczonego badania wykazały wiele niedostatków w zakresie opieki nad chorymi na astmę w lecznictwie otwartym.

Kolejną informacją z badania jest stwierdzenie istotnych rozbieżności pomiędzy oceną stopnia kontroli astmy uzyskiwaną na podstawie subiektywnej oceny lekarskiej a wynikiem opartym na obiektywnych kryteriach GINA, przy czym obserwowano tu tendencję do przeszacowywania (zawyżania) stopnia kontroli astmy przez wszystkich lekarzy, niezależnie od specjalności. Co ciekawe, opisywane różnice wzrastały wraz z pogarszaniem się kontroli choroby. Najmniej-

sze rozbieżności w ocenie astmy niekontrolowanej dotyczyły alergologów, a największe lekarzy POZ. Dość istotne jest to, że w przypadku subiektywnej, dokonywanej przez lekarzy oceny kontroli astmy dochodziło do zaniżania odsetka pacjentów z astmą niekontrolowaną. Gdy lekarze opierali się na własnej opinii, częstość astmy, w której nie udało się uzyskać kontroli, wynosiła od 5,6% (lekarze rodzinni) do 9,7% (alergolodzy). Kiedy natomiast uwzględniano w tej kwestii kryteria GINA i zobiektywizowane testy, okazało się, że odsetek tych rozpoznań wzrósł do 27,3% (alergolodzy) i 33,9% (pulmonolodzy). U lekarzy POZ uzyskano wynik pośredni, tj. 31,4%. Tak więc **przeszacowywanie stopnia kontroli astmy było trzy-, sześciokrotne!** Wyniki przedstawiono na rycinie 1.

Z opinii uzyskanych od lekarzy można wnioskować, że w tej kwestii zbyt ufają swojemu doświadczeniu i uważają, że rozmowa z pacjentem i zadawane przez nich pytania pokrywają się z pytaniami zawartymi w ACT. Za taki stan rzeczy odpowiada najpewniej w dużym stopniu brak czasu, ale też np. brak możliwości przechowywania papierowej wersji kwestionariuszy. Co ciekawe, pojawiły się opinie, że kwestionariusze są przydatnym narzędziem, ale wyłącznie dla lekarzy młodych i niedoświadczonych oraz prowadzących badania naukowe. Na podstawie prezentowanego badania należy uznać, że nie jest to zgodne z prawdą, a wprowadzenie prostych kwestionariuszy elektronicznych (ACT lub ACQ) mogłoby ułatwić pełną i zgodną z wytycznymi ocenę kontroli astmy. Takie narzędzia elektroniczne mogłyby okazać się szczególnie przydatne i ułatwić pracę lekarzom POZ, którzy mają mniej doświadczenia w leczeniu chorych na astmę niż alergolodzy



Rycina 1. Wyniki badania przeprowadzonego w Polsce w ramach Projektu Astma Zero. Porównanie rezultatów oceny stopnia kontroli objawów astmy uzyskiwanych na podstawie obiektywnych kryteriów GINA i subiektywnej oceny lekarskiej

czy pulmonolodzy. Przeszacowanie skutkuje niedostosowaniem leczenia astmy.

Przedstawione wyniki są zbieżne z danymi pochodzącymi z innych krajów. W opublikowanym dużym badaniu europejskim wykazano, że ponad połowa dorosłych pacjentów z astmą w rzeczywistości nie kontroluje choroby [5].

Znaczenie zużycia SABA w ocenie kontroli astmy w Polsce

Niepokojące wyniki przyniosła analiza postrzegania częstości zużycia SABA jako miernika kontroli astmy. Tylko 77% alergologów, 55% pulmonologów i zaledwie 35% lekarzy POZ było zdecydowanych przekonanych o istotnej roli tego parametru w ocenie kontroli astmy.

Równie niekorzystnie wypadła analiza poglądów lekarzy na temat górnej granicy rocznego zużycia SABA, będącej podstawą do modyfikacji przewlekłego leczenia astmy [4]. Tylko dla 27% alergologów i zaledwie dla 15% pulmonologów oraz 12% lekarzy POZ taką granicą było zużywanie poniżej 3 opakowań SABA rocznie. Aż 16% lekarzy POZ, 14% pulmonologów i 10% alergologów za górną granicę, po osiągnięciu której należy myśleć o modyfikacji przewlekłego leczenia astmy, uznało zużycie 12 i więcej opakowań SABA rocznie, co odpowiada przyjęciu 6 lub więcej dawek leku dziennie.

Jest to częsty problem – okazuje się, że większość chorych nie zgłasza aktywnie lekarzowi liczby przyjętych dawek SABA, dlatego tak istotny staje się szczegółowy wywiad lekarski z pytaniem ukierunkowanym właśnie na to zagadnienie.

W trakcie realizacji Projektu Astma Zero analiza polskiego rejestru przepisywanych leków obejmująca 92 127 pacjentów wykazała, że aż **39% chorych przepisano 3 lub więcej opakowania SABA rocznie** [6]. Jednocześnie aż **20% pacjentów stosujących SABA przyjmowało te leki w monoterapii**. Wykazano, że w Polsce u chorych stosujących SABA średnia liczba realizowanych recept wynosi 3,6 opakowania na rok, a aż 6% chorych zużywa ponad 12 opakowań rocznie. Jak wykazała analiza Stanforda i wsp. przeprowadzona wśród 135 tys. chorych, nadmierne poleganie na SABA wiąże się z prawie dwukrotnym wzrostem ryzyka ciężkiego zaostrzenia astmy definiowanego jako hospitalizacja, wizyta na SOR-ze lub konieczność stosowania doustnych GKS [2].

Przyczyny nadużywania SABA

Niska adherencja w zakresie stosowania wGKS, szczególnie w astmie umiarkowanej i ciężkiej, przy-

czynia się do nadużywania leków ratunkowych w bardziej zaawansowanych postaciach choroby [7]. Nie jest to zjawisko specyficzne dla naszego kraju – na rutynowe powtarzanie recept i niechęć do kierowania na konsultacje do specjalisty, nawet w przypadku niepowodzenia w leczeniu, wskazują też autorzy badań z Wielkiej Brytanii, Szwecji i Francji [3, 8, 9]. Hananne i wsp. zwracają uwagę na bardzo słabą komunikację pomiędzy chorym a personelem medycznym (brak wysłuchania chorego, używanie niezrozumiałego słownictwa, niechęć do stosowania leków alternatywnych) oraz brak współpracy między lekarzami POZ i specjalistami [9].

Wielu pacjentów ma wątpliwości dotyczące rozpoznania astmy przez lekarza rodzinnego z powodu niewykonania badań dodatkowych potwierdzających chorobę, np. spirometrii. Trzeba zauważyć, że w przeprowadzonym badaniu 33% lekarzy POZ nie miało dostępu do spirometru [4].

Na sposób leczenia astmy wpływają także czynniki administracyjne oraz wskazania refundacyjne. Zarówno brak aktualnego zaświadczenia, jak i jego treść są elementami kształtującymi decyzje terapeutyczne lekarzy POZ. Bez zaświadczenia od specjalisty lub gdy straci ono ważność (po roku) lekarze POZ mogą nie chcieć przepisywać pacjentom leków z refundacją i wypisują je ze 100-procentową odpłatnością. W związku z tym starają się wybierać leki tanie. W konsekwencji sprzyja to ograniczeniu leczenia astmy do błędnego stosowania monoterapii SABA.

Analizy wynikające z przeprowadzonego w Polsce Projektu Astma Zero wskazują, że edukacja zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów jest niezbędna do poprawy kontroli astmy i zapobiegania zaostrzeniom, a także podnoszenia jakości leczenia i ograniczenia nadużywania SABA.

Podsumowanie

W obecnych standardach postępowania według raportu GINA wyeliminowano monoterapię SABA. Wiąże się to z udowodnionym wpływem nadużywanych lub stosowanych w monoterapii SABA na niekorzystny przebieg astmy, w tym na wzrost liczby zaostrzeń, wizyt na SOR-ze, hospitalizacji, ale też zgonów z powodu astmy.

Dotychczasowe doświadczenie pokazuje, że SABA w Polsce są stosowane nieprawidłowo i w dalszym ciągu często nadużywane. Wynika to w dużym stopniu z nieprawidłowej oceny ewentualnych zagrożeń związanych z przyjmowaniem tych preparatów zarówno przez pacjentów, jak i – co niezwykle

Tabela 3. Najważniejsze wnioski dotyczące oceny kontroli (objawów) astmy

Proponowane działanie	Uzasadnienie
oceniaj kontrolę objawów astmy podczas każdej wizyty	astma jest chorobą o zmiennym przebiegu
korzystaj ze standardów, oceniając objawy kontroli astmy (4 pytania lub zwalidowane skale ACT albo ACQ), a nie opieraj się na subiektywnej ocenie	subiektywna ocena kontroli objawów astmy niesie ryzyko błędu przeszacowania, co udowadniają wyniki Projektu Astma Zero
nie zapominaj zapytać pacjenta, jak często stosuje SABA	stosowanie SABA jest istotnym punktem w ocenie kontroli objawów astmy: <ul style="list-style-type: none"> • nadużywanie SABA jest powszechnym zjawiskiem • stosowanie 3 lub więcej opakowań SABA na rok wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zaostrzeń

SABA – β 2-mimetyk krótko działający

ważne – przez lekarzy wszystkich specjalności zajmujących się leczeniem chorych na astmę.

Podsumowując – kluczem do właściwego leczenia astmy jest prawidłowa ocena kontroli jej objawów ze szczególnym uwzględnieniem oceny zużycia SABA przez pacjenta. W tabeli 3 zebrano najważniejsze wnioski dotyczące oceny kontroli astmy w trakcie wizyty lekarskiej.

Piśmiennictwo

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2019. <http://ginasthma.org/gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>.
2. Stanford RH, Shah MB, D'Souza AO i wsp. Short-acting β -agonist use and its ability to predict future asthma-related outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012; 109: 403-407.
3. Nwaru BI, Ekström M, Hasvold P i wsp. Overuse of short-acting β 2-agonists in asthma is associated with increased risk of exacerbation and mortality: a nationwide cohort study of the global SABINA programme. *Eur Respir J* 2020; 55: 1901872.
4. Gawlik R, Bochenek G, Brzostek D i wsp. Overestimation of asthma control and misperception of short-acting β 2-agonists (SABA) use among physicians in Poland. *Eur Respir J* 2020; 56 (suppl 64): 958.
5. Price D, Fletcher M, van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: the REALISE Asthma and Link to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014; 24: 14009.
6. Kupczyk M, Barg W, Bochenek G i wsp. Overprescription of short-acting beta2-agonists in asthma management? Pharmacy reports from 91,673 patients in Poland. *Eur Respir J* 2019; 54 (suppl 63): OA2107.
7. Sá-Sousa A, Almeida R, Vicente R i wsp. High oral corticosteroid exposure and overuse of short-acting beta-2-agonists were associated with insufficient prescribing of controller medication: a nationwide electronic prescribing and dispensing database analysis. *Clin Transl Allergy* 2019; 9: 47.
8. Larsson K, Stållberg B, Lisspers K i wsp. Prevalence and management of severe asthma in primary care: an observational cohort study in Sweden (PACEHR). *Respir Res* 2018; 19: 12.
9. Hannane A, Misane L, Devouassoux G i wsp. Asthma patients' perception on their care pathway: a qualitative study. *NPJ Prim Care Respir Med* 2019; 29: 9.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Radosław Gawlik
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
e-mail: radwags@poczta.onet.pl