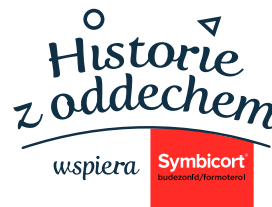


Ocena kontroli astmy w Polsce - dlaczego należy oceniać zużycie SABA?

Słowa kluczowe: astma, ocena kontroli astmy, nadużywanie SABA



Prawidłowe leczenie astmy wymaga umiejętności obiektywnej oceny kontroli choroby. Ocena kontroli astmy to ocena kontroli objawów i ocena czynników zwiększających ryzyko zaostrzeń. Obserwacje pokazują, że często nie jest ona przeprowadzana prawidłowo, zwłaszcza że pacjent często rozumie pojęcie dobrej kontroli astmy inaczej niż lekarz.

Dlatego GINA zaleca wykorzystywanie w trakcie wizyt krótkich, łatwych do wykonania i powtarzalnych kwestionariuszy, takich jak np. ACT (Asthma Control Test) lub ACQ (Asthma Control Questionnaire). Jeśli z różnych powodów nie jest to możliwe, choremu należy zadać na wizycie 4 proste pytania (tabela 1).

Tabela 1. Rekomendacje 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:		Kontrolowana	Częściowo-kontrolowana	Niekontrolowana
Objawy astmy częściej niż 2 razy w tygodniu?	tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/>	0 objawów	1 – 2 objawy	3-4 objawy
Jakiegokolwiek wybudzenie w nocy z powodu astmy?	tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/>			
Użycie SABA doraźnie częściej niż 2 razy w tygodniu?	tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/>			
Jakiegokolwiek ograniczenie aktywności z powodu astmy?	tak <input type="radio"/> nie <input type="radio"/>			

Nadużywanie SABA – skala problemu

Wprowadzony przed dziesięćkami 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 astmy i pogorszenia stopnia kontroli choroby¹. Świadczy o tym stale rosnące w rozwiniętych krajach zużycie SABA dostępnych dla chorych w niektórych z nich bez recepty (np. Włochy, Hiszpania czy Australia)². Przeprowadzone ostatnio analizy stosowania SABA w kilku krajach w Europie wykazały, że niezależnie od stopnia ciężkości astmy od 9 do 38% chorych używa co najmniej 3 opakowania tych leków w ciągu roku, co znacząco przyczynia się do wystąpienia zaostrzeń astmy wymagających dodatkowych wizyt u lekarza opieki podstawowej lub na SOR, a także hospitalizacji. Ze zwiększeniem zużycia SABA rośnie również ryzyko zgonu z powodu astmy^{2,3}. Brak powtarzanej systematycznie w czasie wizyt chorego analizy zużycia leków doraźnych prowadzi 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

Aby sprawdzić, w jaki sposób lekarze zajmujący się najczęściej leczeniem astmy, a więc specjaliści medycyny rodzinnej, alergolodzy i pulmonolodzy, oceniają w lecznictwie otwartym kontrolę astmy, a także, aby zbadać, jak postrzegają oni znaczenie zużycia SABA w ocenie kontroli astmy, przeprowadzono badanie epidemiologiczne Projekt Astma Zero, w ramach którego zrealizowano wywiady eksploracyjne z lekarzami, a także oceny jakościowe, w oparciu o kwestionariusz i ilościowe, w oparciu o dzienniczek³. Pytania zawarte w kwestionariuszu były skierowane 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. Miało to sprawdzić, w jakim zakresie lekarze stosują się do zaleceń, w tym 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 takie 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 oceny takiej dokonywano 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.

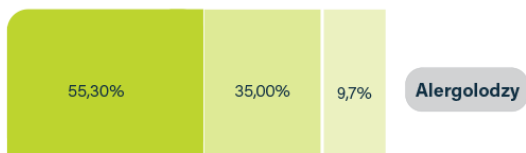
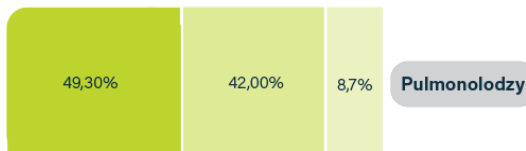
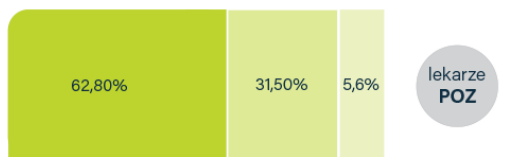
Ocena kontroli astmy w Polsce

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. W tym ostatnim przypadku najłatwiej wypadli lekarze rodzinni, którzy zaledwie w 40% przypadków dokonywali oceny czynności płuc. Wyniki tego badania wykazują, że lekarze do oceny kontroli astmy podchodzą raczej w sposób nieformalny, rzadko posługując się wypełnianiem dedykowanych temu celowi, sformalizowanych kwestionariuszy zalecanych przez GINA, jak np. wymieniane już wcześniej ACT lub ACQ.

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

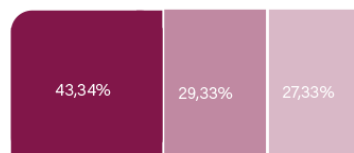
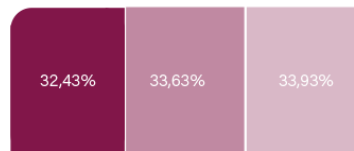
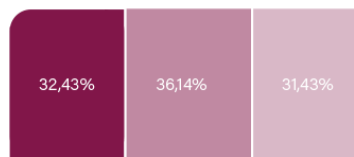
Kolejną informacją z badania jest stwierdzenie istotnych rozbieżności pomiędzy oceną stopnia kontroli astmy uzyskiwaną na podstawie subiektywnej oceny lekarskiej, a wynikiem opartym na obiektywnych kryteriach GINA, przy czym obserwowano tu tendencję do przeszacowywania (zawyżania) stopnia kontroli astmy przez wszystkich lekarzy, niezależnie od specjalności. Co ciekawe, opisywane różnice w ocenie stopnia kontroli astmy wzrastały wraz z pogarszaniem się kontroli choroby. Najmniejsze rozbieżności w ocenie astmy niekontrolowanej dotyczyły alergologów, zaś największe lekarzy POZ. Co jeszcze dość istotne, to w przypadku subiektywnej, dokonywanej przez lekarzy oceny kontroli astmy, dochodziło do zanizania 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). Natomiast gdy uwzględniano w tej kwestii kryteria GINA i zobiektywizowane testy, okazało się, że odsetek tych rozpoznanych 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!**

Kontrola Objawów Astmy - wg subiektywnej Oceny lekarza



- Astma kontrolowana
- Astma częściowo kontrolowana
- Astma niekontrolowana

Kontrola Objawów Astmy - wg Kryteriów GINA



- Astma kontrolowana
- Astma częściowo kontrolowana
- Astma niekontrolowana

Z uzyskanych od lekarzy opinii 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 też 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 podstawowej opieki zdrowotnej, którzy mają mniej doświadczenia z chorymi na astmę niż alergolodzy czy pulmonolodzy. Przeszacowanie skutkuje niedostosowaniem leczenia astmy.

Przedstawione wyniki są zbliżone z danymi pochodzącymi z innych krajów. W opublikowanym dużym badaniu europejskim wykazano, że ponad połowa dorosłych chorujących na astmę w rzeczywistości nie kontroluje choroby⁴.

N znaczenie roli SABA w ocenie kontroli astmy w Polsce

Niepokojące wyniki przyniosła analiza postrzegania częstotliwości zużycia SABA jako miernika kontroli astmy. Tylko 77% alergologów, 55% pulmonologów i zaledwie 35% POZ było zdecydowanie przekonanych, co do 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 astmy⁵. Tylko dla 27% alergologów i zaledwie dla 15% pulmonologów oraz 12% lekarzy POZ taką granicą było stosowanie poniżej 3 opakowań SABA rocznie. Natomiast 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 proaktywnie lekarzowi liczby przyjętych dawek SABA, stąd tak istotny staje się szczegółowy wywiad lekarski z pytaniem ukierunkowanym właśnie na ten aspekt.

W trakcie realizacji Projektu Astma Zero analiza polskiego rejestru przepisanych leków obejmująca 92 127 pacjentów wykazała, że **aż 39% chorym przepisano 3 lub więcej opakowań SABA rocznie**⁶. Jednocześnie wśród stosujących SABA, aż 20% pacjentów 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 SABA rocznie. Jak wykazała analiza Stanforda i wsp., przeprowadzona wśród 135 000 chorych, nadmierne poleganie na SABA wiąże się z prawie dwukrotnym wzrostem ryzyka ciężkiego zaostrzenia astmy definiowanego jako hospitalizacja, wizyta na SOR lub konieczność stosowania doustnych GKS¹.

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

Podsumowanie

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

Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że SABA w Polsce stosowane są nieprawidłowo i w dalszym ciągu często są nadużywane. Wynika to w dużym stopniu z nieprawidłowej oceny ewentualnych zagrożeń związanych ze stosowaniem tych preparatów zarówno przez pacjentów, jak i, co niezwykle ważne, przez lekarzy wszystkich specjalności zajmujących się leczeniem chorych na astmę. Podsumowując, kluczem właściwego leczenia astmy jest prawidłowa ocena kontroli jej objawów ze szczególnym uwzględnieniem oceny częstotliwości zużycia SABA przez pacjenta. W tabeli 3 zebrano najważniejsze wnioski dotyczące oceny kontroli astmy w trakcie wizyty lekarskiej.

Tabela 1. Najważniejsze wnioski dotyczące oceny kontroli (objawów) astmy

Proponowane działanie	Uzasadnienie
Oceniaj kontrolę objawów astmy na każdej wizycie.	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 błędów 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/rok wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zaostrzeń

Pismienictwo

1. Stanford RH, Shah MB, D'Souza AO, Dhamane AD, Schatz M. Short-acting β -agonist use and its ability to predict future asthma-related outcomes. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2012;109(6):403-407. 2. Nwanu BI, Ekström M, Hasvold P, Wiklund F, Telg G, Janson C. 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(4):1901872. 3. R. Gawlik, G. Bochenek, D. Brzostek, W. Barg, G. Brozek, P. Dąbrowiecki, A. Dąbrowski, R. Dobek, A. Kucharczyk, M. Kupczyk, I. Kuprys-Lipińska, A. Mastalerz-Migas, M. Kowalski. Late Breaking Abstract - Overestimation of asthma control and misperception of short-acting β 2-agonists (SABA) use among physicians in Poland. *ERS 2020*; 56 (suppl 04):958. DOI: 10.1183/13993003.4. Price D, Fleiter M, van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: the REcognise Asthma and Link to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2014;24:14009. 5. Kupczyk M, Barg W, Bochenek G, et al. Overprescription of short-acting beta2-agonists in asthma management? Pharmacy reports from 91,673 patients in Poland. *Eur Respir J.* 2019;54(suppl 63):

Autorzy

Radosław Gawlik, Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
Grażyna Bochenek, Klinika Pulmonologii, II Katedra Chorób Wewnętrznych im. Prof. Andrzeja Szczeklika Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński, Kraków
Andrzej Dąbrowski, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Wojciech Barg, Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Grzegorz Brozek, Katedra i Zakład Epidemiologii, Wydział Nauk Medycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
Piotr Dąbrowiecki, Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa
Rafał Dobek, II Klinika Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa
Marek Leszek Kowalski, Klinika Immunologii, Reumatologii i Alergologii, Katedra Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii, Centrum Badań nad Zdrowym Starzeniem, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Aleksandra Kucharczyk, Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa
Maciej Kupczyk, Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Izabela Kuprys-Lipińska, Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Agnieszka Mastalerz-Migas, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu