NOVOSTI U ASTMI

Prof.dr.sc. Asja Stipić Marković

Smjernice Globalne inicijative za astmu (GINA), izrađene su od grupe eksperata i redovito dopunjavane novim znanstvenim spoznajama (zadnja dopuna 2021. godine). One daju koristan okvir za izbor doze i vrste lijekova ali ne mogu zamijeniti prosudbu kliničara u indivdualnom pristupu bolesniku.

Astma je posljedica nestabilne respiratorne sluznice zbog imunosne upale kroničnog tijeka s egzacerbacijama i smirivanjima. Posebni fenotipovi astme su: alergijska i skupina nealergijske astme koja ima nekoliko podtipova ( eozinofilna, neutrofilna, mješovita i astma bez upalnih stanica (paucigranulocitna).

Posljedica kronične upale je bronhalna hiperreaktivnost tj. stanje veće spremnosti bronha da na male doze provokativnog agensa reagiraju kvantitativno jačom ili kvalitativno drugačijom bronhokonstriktornom reakcijom. Napredovanje upale dovodi do remodelacije histološke strukture u zidu bronha ireverzibilne bronhalne opstrukcije te funkcionalnih ograničenja bolesnika. Prema revidiranim smjernicama Međunarodnog dogovora o definiciji, klasifikaciji i liječenju astme, astma se klasificira prema stupnju postignute kontrole bolesti, a ne više prema dnevnim i noćnim napadajima te plućnoj funkciji i potrebi za bronhodilatatorima. Tri su stupnja kontrole astme: potpuna kontrola astme, djelomična kontrola astme i nekontrolirana astma.

Napredak u istraživanju astme donio je nekoliko temeljnih principa koji pomažu u najboljem terapijskom planiranju liječenja. Jedan od principa je težiti cilju da svi parametri kompozitnog skora budu normalizirani ( dnevni simptomi, noćni simptomi, dnevne aktivnosti, potreba za dodatnim bronhodilatatorima, testovi plućne funkcije, broj egzacerbacija a na kraju i nestanak bronhalne hiperreaktivnosti). Cilj liječenja je držati stalnu, tinjajuću upalu bronhalne sluznice pod kontrolom tj. postići i održati kliničku kontrolu te smanjiti buduće rizike. Liječenje se provodi u 4 koraka. Ako se ne uspostavi kontrola bolesti i održava najmanje 3 mjeseca, primjenjuju se preporuke iz višeg stupnja, a ukoliko je bolest stabilna, kroz 3 mjeseca, preporuke iz nižeg stupnja.

Zlatni standard u liječenju astme topički kortikosteroidi, dokazano su najučinkovitiji protuupalni lijekovi. Primjenjuju se od 1 do 4 koraka liječenja. Na raspolaganju je nekoliko različitih kortikosteroidnih pripravaka: beklometazon dipropionat, budesonid, flutikazon propionat i flunisolid. Treba poznavati ekvipotentne doze raznih molekula kortikosteroida, pa tako napr. 400 μg beklometazona inhalacijskim putem ekvivalentno je dozi od 7,5 mg prednizolona peroroalnim putem. Bolesnici s trajnim simptomima tj. oni koji u 4. koraku liječenja (visoke ili srednje doze IKS uz bronhodilatatore dugog djelovanja (LABA)) nisu postigli kontrolu simptoma usprkos ispravnoj tehnici uzimanja inhalacijskih lijekova i dobrom prianjanju uz terapiju, imaju astmu-koja-se-teško-liječi i domena su specijalista. Oko 3-10% bolesnika ima tešku astmu tj. oblik koji ne reagira na visoke doze IKS-LABA uz liječenje popratnih bolesti ili se astma odmah pogorša i/ili egzacerbira kad se smanje doze lijekova. U teškoj astmi dodatni lijekovi su dugodjelujući antimuskarinski lijekovi (LAMA), antagonisti leukotrijena, male doze azitromicina te biološki lijekovi za teški Th-2 oblik. Treba svakako izbjegavati oralne kortikosteroide u liječenju teške astme.

Liječenje egzacerbacije astme važno je provoditi i u ordinaciji liječnika obiteljske medicine ako se radi o blažim egzacerbacijama radi čega je potrebna vještina u procjenii znakova u fizikalnom nalazu (stanje svijesti, temperatura, puls, frekvencija respiracije, krvni tlak, mogućnost bolesnika da izgovori cijelu rečenicu, upotreba pomoćne reespiratorne muskulature, sviranje u prsima). Također je potrebno objektivnim mjerenjima procijeniti stanje bolesnika mjerenjem vršnog ekspiracijskog protoka zraka (PEF, od engl. peak expiratory flow) malim mjeračem protoka zraka te pulsnim oksimetrom kontrolirati saturaciju kisikom.

Egzacerbacija astme se u ordinaciji obiteljske medicine tretira hitnom primjenom kratkodjelujućeg inhalacijskog bronhodilatatora (4–10 udaha svakih 20 minuta), sistemskih kortikosteroida i kontroliranim protokom kisika.

Nakon sat vremena potreba za kratkodjelujućim bronhodilatatorom varira od 4–10 udaha svakih 3–4 sata pa sve do 6–10 udaha svakih 1–2 sata. Ako se inicijalnom terapijom postigne dobar terapijski odgovor (PEF >60–80% predviđene norme za dob i spol kroz 3–4 sata) ne nastavlja se primjena kratkodjelujućeg bronhodilatatora.

Teške ezgacerbacije astme su potencijalno fatalna hitna medicinska stanja koja se liječe u jedinicama intenzivnog liječenja.