

Światowy Dzień Astmy 2025

– życie bez ograniczeń dzięki skutecznej terapii

Zapewnienie wszystkim osobom chorym na astmę dostępu do leków wziewnych jest kluczowe dla uzyskania i utrzymania kontroli choroby oraz zapobiegania jej zaostrzeniom – zwraca uwagę Globalna Inicjatywa na rzecz Astmy (Global Initiative for Asthma - GINA) z okazji Światowego Dnia Astmy 2025. Dzięki temu osoby zmagające się z tym schorzeniem mają możliwość prowadzenia pełnego życia i rozwijania się w różnorodnych obszarach.

Obchodzony od 2001 r. z inicjatywy GINA Światowy Dzień Astmy ma zwiększać świadomość na temat tej choroby i możliwości jej skutecznego leczenia wśród decydentów, polityków, płatników (ubezpieczycieli), lekarzy i pracowników ochrony zdrowia oraz producentów leków.^[1, 4]

Astma jest jedną z **najczęstszych niezakaźnych chorób przewlekłych**. Jak podaje GINA na stronie Światowego Dnia Astmy 2025, choroba ta dotyczy ponad 260 mln ludzi na świecie. Podobne dane – 262 mln w 2019 r. – podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).^[2] **Napady duszności** u chorych na astmę powodują silny stres i lęk u pacjentów oraz ich opiekunów. **Mogą wymagać pobytu w szpitalu, a w niektórych przypadkach nawet zakończyć się śmiercią.**^[1]

W Polsce liczbę osób, u których występuje duszność związana z astmą, szacuje się na 4 mln, ale diagnozę choroby postawiono jedynie 2,2 mln z nich.^[3] **Reszta nie jest świadoma, że ma astmę i nie leczy się; traci w ten sposób szansę na kontrolę choroby i aktywne życie bez zaostrzeń.**

Na świecie na astmę umiera wciąż 450 tys. osób rocznie. Aż 96 proc. z tych zgonów ma miejsce w krajach biednych i średnio zamożnych.^[1] Większości z nich można by było zapobiec, gdyby odpowiednio dobrane leki wziewne, stosowane w inhalatorach, były dostępne dla każdego pacjenta z astmą.^[1] Dotyczy to również zamożnych krajów, w których wciąż zbyt często dochodzi do zgonów z powodu astmy.^[1]

Lekami, które stanowią **podstawę terapii** (i kontrolowania) astmy, ponieważ zapobiegają jej zaostrzeniom, są **glikokortykosteroidy wziewne** i – w zależności od nasilenia objawów astmy – wziewne leki rozszerzające oskrzela.^[1]

Dlatego hasło przewodnie Światowego Dnia Astmy w 2025 r. brzmi: „Terapia Wziewna dla Wszystkich Chorych z Astmą”. GINA wzywa w ten sposób lekarzy i innych pracowników medycznych do tego, by zapewnili chorym na astmę optymalne, sprawdzone w badaniach leki wziewne – glikokortykosteoidy oraz dodatkowo leki rozszerzające oskrzela. Pozwoli to zapobiegać zaostrzeniom astmy oraz zgonom z jej powodu.^[1]

ASTMA – PRZYCZYNY, OBJAWY, DIAGNOSTYKA

Astma jest chorobą przewlekłą, która zaczyna się najczęściej w dzieciństwie, ale towarzyszy choremu przez całe życie.^[3] Jej **rozwój zależy od predyspozycji genetycznych** oraz od **czynników środowiskowych.**^[3] Jest to niejednorodna choroba, która rozwija się na podłożu przewlekłego procesu zapalnego w drogach oddechowych.^[4] Przewlekłe zapalenie jest przyczyną nadreaktywności oskrzeli oraz występowania takich objawów jak: duszność, ucisk w klatce

piersiowej, kaszel i napady świszczącego oddechu.^[4,5] Pojawiają się one pod wpływem wielu różnych czynników, takich jak ekspozycja na alergenów lub inne czynniki drażniące (dym papierosowy, zanieczyszczenia powietrza, opary farb), ćwiczenia fizyczne, zmiany pogody czy infekcje wirusowe.^[4,6] Charakterystyczne dla astmy jest to, że objawy te ulegają nasileniu z reguły w nocy lub nad ranem.^[4]

Zidentyfikowano różne tzw. **fenotypy astmy**, które cechują się tym, że mogą występować u różnych grup wiekowych, mieć różne podłoże molekularne, dawać odmienne objawy i ulegać zaostrzeniu pod wpływem różnych czynników.^[4] Są to: astma alergiczna, astma niealergiczna, kaszlowy wariant astmy, astma o późnym początku, astma współistniejąca z otyłością, astma z utrwaloną obturacją (zwężenie światła) oskrzeli.^[4]

Astma najczęściej rozwija się u dzieci i młodzieży, u których współistnieją inne choroby alergiczne, takie jak alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa, atopowe zapalenie skóry.^[5]

Podstawą prawidłowego rozpoznania astmy jest szczegółowo zebrany **wywiad lekarski**. Ocenia się w nim występowanie typowych dla astmy objawów, ich zmienność w czasie oraz współistnienie chorób alergicznych.^[5] Wskazane jest **potwierdzenie obturacji dróg oddechowych w tzw. badaniu przedmiotowym**, w którym osłuchowo stwierdza się świsty i furczenia. Aby ocenić zmienność obturacji, przeprowadza się badania wydolności układu oddechowego, takie jak próba rozkurczowa i pomiar szczytowego przepływu wydechowego (*peak expiratory flow* – PEF).^[5] Pomocne są też badania dodatkowe, które potwierdzają rozwój astmy na podłożu alergicznym.^[5]

Chociaż badanie spirometryczne nie jest niezbędne do rozpoznania astmy, to bez niego trudno jest uzyskać pewność, że diagnoza jest prawidłowa.^[5] Aby ocenić, czy astma jest dobrze kontrolowana, wykonuje się spirometrię (minimum raz w roku) oraz PEF.^[5]

STEROIDY WZIEWNE RATUJĄ ŻYCIE W ASTMIE

Za **główne cele leczenia astmy** uważa się **osiągnięcie i utrzymanie kontroli objawów**, co pozwoli pacjentowi na zachowanie normalnej aktywności życiowej (w tym zdolności do podejmowania wysiłku) oraz zminimalizuje ryzyko zaostrzeń, skutków ubocznych leczenia i utrwalenia się obturacji oskrzeli.^[6]

Podstawę leczenia astmy stanowią glikokortykosteroidy wziewne, które powinny być stosowane już od momentu diagnozy, ponieważ hamują proces zapalny w drogach oddechowych.^[7] Gdy leki te wprowadzono do leczenia chorych na astmę w latach 80. XX wieku, udało się znacznie poprawić kontrolę choroby i czynność płuc pacjentów; zmniejszyła się liczba zaostrzeń astmy, jak również liczba zgonów z jej powodu.^[4] Dzięki podawaniu steroidów drogą wziewną możliwe jest stosowanie tak zredukowanych dawek terapeutycznych, że zachowana zostaje siła działania leku przy braku poważnych działań niepożądanych, związanych z podawaniem leków steroidowych drogą doustną.^[7]

GINA nie zaleca, aby pacjenci z astmą – dzieci, nastolatki i dorośli – stosowali wyłącznie krótko działające *beta-2-mimetyki* (SABA), które rozszerzają oskrzela. Może to być dla pacjenta niebezpieczne.^[4] W zależności od nasilenia i częstości objawów astmy zaleca się stosowanie glikokortykosteroidów wziewnych w różnych dawkach oraz leków rozszerzających oskrzela. W astmie łagodnej i sporadycznej (1.–2. stopień) stosuje się w razie potrzeby wziewny lek steroidowy i długodziałający *beta-2-mimetyk* (LABA) – *formoterol*, który rozszerza oskrzela. W astmie umiarkowanej (3. stopień) zalecane jest, by razem ze steroidem wziewnym stosować

stale niskie dawki LABA. W astmie cięższej (4.–5. stopień) rekomenduje się dodatkowo dołączenie długodziałającego leku antymuskarynowego (antycholinergicznego) LAMA.^[4]

Stosowanie w jednym inhalatorze glikokortykosteroidu wziewnego oraz LABA i LAMA nosi nazwę terapii trójskładnikowej. W badaniach klinicznych dowiedziano, że zmniejsza ona częstość ciężkich zaostrzeń astmy, wydłuża czas do pierwszego ciężkiego zaostrzenia, a także wiąże się z mniejszą liczbą dni, w których chorzy przyjmują systemowe (doustne) kortykosteroidy.^[6]

W astmie ciężkiej podstawę terapii stanowią leki biologiczne, dobrane w zależności od mechanizmu leżącego u podłoża choroby (tzw. endotypu astmy).^[4, 6]

ASTMA CIĘŻKA – LEKI BIOLOGICZNE ZMIENIAJĄ ŻYCIE CHORYCH NA LEPSZE

W większości przypadków astmy udaje się osiągnąć optymalną kontrolę choroby dzięki zastosowaniu niskich lub umiarkowanych dawek glikokortykosteroidów wziewnych. Konieczność stosowania wysokich dawek tych leków i trudności z uzyskaniem kontroli astmy mogą wynikać z jej ciężkiego przebiegu.^[9]

Z brakiem kontroli astmy mamy do czynienia wówczas, gdy spełnione są trzy lub więcej z następujących kryteriów:

- występowanie jakichkolwiek ograniczeń aktywności fizycznej,
- wybudzenia w nocy z powodu objawów astmy,
- występowanie objawów astmy w ciągu dnia częściej niż dwa razy w tygodniu,
- stosowanie doraźne krótkodziałających *beta-2-mimetyków* (SABA) częściej niż dwa razy w tygodniu.^[4]

Brak kontroli astmy może też mieć związek z współwystępowaniem innych chorób, takich jak przewlekłe zapalenie zatok, narażeniem na działanie czynników środowiskowych (alergeny) lub zawodowych, ale też brakiem stosowania się pacjenta do zaleceń lekarskich, nieprawidłowym stosowaniem inhalatora oraz regularnym stosowaniem krótkodziałających *beta-2-mimetyków* (SABA) lub ich naużywaniem, ponieważ zmniejsza to odpowiedź na leki rozszerzające oskrzela.^[4, 9]

Z astmą ciężką mamy do czynienia wówczas, gdy mimo optymalnego leczenia i wykluczenia czynników dodatkowych nie udaje się uzyskać kontroli choroby i konieczne jest stosowanie wysokich dawek steroidów wziewnych lub leczenie doustnymi glikokortykosteroidami, by kontrolować objawy.^[10]

Astma ciężka wiąże się z wyższym ryzykiem zaostrzeń, hospitalizacji, jak również wyższym ryzykiem zgonu.^[10]

Aby dobrać odpowiednie leczenie dla pacjentów z astmą ciężką, trzeba ocenić tzw. **endotyp** astmy w ośrodku, który ma doświadczenie w opiece nad pacjentem z astmą ciężką i prowadzi program lekowy B.44.^[9]

Obecnie **w ramach programu lekowego** polscy pacjenci z astmą ciężką mają **dostęp do pięciu leków biologicznych** (przeciwciała monoklonalne o różnym mechanizmie działania).^[12] W ciężkiej astmie o podłożu alergicznym stosowany jest *omalizumab*, w astmie eozynofilowej, *mepolizumab* oraz *benralizumab*, w ciężkiej astmie z zapaleniem typu 2. (zależnym od limfocytów Th2) – *dupilumab*, a w astmie z zapaleniem niezależnym od zapalenia typu 2. – *tezepelumab*.^[12]

Badania wskazują, że dzięki zastosowaniu leków biologicznych znacznie **poprawiła się jakość życia pacjentów** z astmą ciężką (prawie dwukrotny wzrost jakości życia), u ponad połowy pacjentów możliwa stała się **redukcja dawek lub rezygnacja z glikokortykosteroidów doustnych**, które mają dużo działań niepożądanych, możliwa stała się też znaczna **redukcja dawek wziewnych glikokortykosteroidów** (w niektórych terapiach biologicznych nawet o trzy czwarte), zmniejszyła się znacznie liczba zaostrzeń i związanych z nimi hospitalizacji.^[10]

Co więcej, część z leków biologicznych – *mepolizumab*, *benralizumab*, *omalizumab* – może być **stosowana podskórnie w warunkach domowych**.^[10] W polskim programie lekowym 1 listopada 2020 r. pojawił się zapis, że pacjent może kontynuować leczenie lekiem biologicznym w domu, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.^[10]

PROBLEMY Z OPTYMALNYM LECZENIEM ASTMY CIĘŻKIEJ W POLSCE

Szacuje się, że w Polsce **32–38 tys. pacjentów ma ciężką, niekontrolowaną postać astmy** i spełnia kryteria kwalifikacji do stosowania terapii biologicznych.^[11]

W Polsce mamy dobry program lekowy dla pacjentów z astmą ciężką i ok. **70 poradni** leczenia astmy ciężkiej, a mimo to **jedynie 10 proc. pacjentów – tj. 3,5 tys. – jest włączanych do tego programu**.^[10] Większość chorych jest bardzo długo leczona steroidami doustnymi, które dają wiele poważnych powikłań zdrowotnych, jak cukrzyca posteroidea, jaskra, zaćma, ścieńczenie skóry, miopatie, nadciśnienie tętnicze, depresja czy osteoporoza i wzrost ryzyka złamań.^[10]

Wynika to z wielu przyczyn:

- **koszty leków biologicznych podawanych w programie lekowym są znacznie wyższe niż wycena opieki** nad tymi pacjentami w ośrodkach leczenia astmy ciężkiej;^[12]
- **kryteria kwalifikacyjne do programu są za ostre**, np. co najmniej dwa zaostrzenia w ciągu roku, wysoki próg eozynofilii;^[10, 11]
- **problem stanowi też niski wskaźnik wydań domowych leków**, zamiast tego pacjenci otrzymują lek w trakcie jednodniowej hospitalizacji.^[10] Jest to nie tylko utrudnienie dla chorych, ale rodzi też znacznie większe koszty dla pacjentów i budżetu państwa – chorzy muszą brać dni wolne z pracy co najmniej dwa razy w ciągu miesiąca, część z nich musi dotrzeć do ośrodka oddalonego o 100–150 km od miejsca zamieszkania, zwiększa to absencję w pracy.^[10]

Analiza programu B.44 wykazała, że aby **poprawić dostęp pacjentów z astmą ciężką do leków biologicznych** i zoptymalizować koszty ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia należy m.in.:

- **rozwijać opcję samodzielnego podawania leku** w domu pacjenta,
- **zapropnować odpowiednie wyceny**, aby realizacja świadczeń w trybie ambulatoryjnym była bardziej opłacalna dla placówek medycznych niż hospitalizacja,
- **utworzyć świadczenie**, w ramach którego byłaby możliwość rozliczania porady online, **wprowadzić świadczenie** podania leku w ramach wizyty ambulatoryjnej raz na trzy miesiące,
- **zorganizować leczenie astmy na poziomie krajowym**,
- **wprowadzić przyjazny dla lekarza i pacjenta system informatyczny** do prowadzenia i monitorowania leczenia astmy ciężkiej.^[10, 11]

Ułatwienie pacjentom dostępu do terapii biologicznych pozwala im prowadzić normalne, aktywne życie osobiste i zawodowe, ale też przekłada się na mniejsze koszty dla budżetu państwa. ^[3, 10]

ASTMA CIĘŻKA ORAZ INNE CHOROBY O PODŁOŻU EOZYNOFILOWYM

Z ciężką astmą eozynofilową współistnieją inne ciężkie choroby, które są związane z **nadmiarem eozynofilów** we krwi lub w tkankach, takie jak **eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (EGPA)** i **zespół hypereozynofilowy (HES)** oraz **polipy nosa**. ^[13]

Eozynofile są **komórkami odporności**, których zadaniem jest regulacja odpowiedzi układu immunologicznego, jak również obrona przed pasożytami. ^[13] Odgrywają one centralną rolę w rozwoju stanu zapalnego w drogach oddechowych. ^[9] **Ich nadmiar prowadzi do uszkodzenia tkanek.** ^[13] Eozynofile biorą udział w rozwoju wielu chorób, m.in.: chorób alergicznych (atopowe zapalenie skóry, spontaniczna pokrzywka, zapalenie zatok z polipami nosa), chorób płuc (ciężka astma eozynofilowa, rostrzenie oskrzeli, POChP i inne), chorób układu pokarmowego (eozynofilowe zapalenie przetyku, żołądka, żołądka i jelit), chorób układowych – eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (EGPA) i zespół hypereozynofilowy (HES). ^[13]

U podłoża wszystkich schorzeń związanych z eozynofilami leży cytokina o nazwie interleukina 5 (IL-5), która wpływa na ich przeżywalność, dojrzewanie i różnicowanie, a także stymuluje ich aktywność. ^[13]

Dlatego skuteczne w leczeniu tych chorób jest przeciwciało blokujące interleukinę 5 – **mepolizumab**. Wprawdzie w leczeniu astmy ciężkiej eozynofilowej zarejestrowano jeszcze dwa inne przeciwciała (*benralizumab* i *reslizumab*), jednak to **mepolizumab** jest jedynym lekiem biologicznym zarejestrowanym do leczenia czterech chorób o podłożu eozynofilowym – oprócz ciężkiej astmy eozynofilowej są to również:

- eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (EGPA),
- zespół hypereozynofilowy (HES),
- polipy nosa. ^[13]

Jest to leczenie bardzo skuteczne i bezpieczne. ^[13] Wcześniej w terapii chorób eozynofilowych stosowano doustne leki steroidowe, które mają wiele działań niepożądanych – nawet po roku od ich stosowania utrzymuje się wyższe ryzyko sepsy, ze względu na osłabienie układu odporności, a ryzyko chorób zakrzepowo-zatorowych rośnie czterokrotnie. ^[13]

Dlatego dostęp do terapii biologicznej jest tak ważny, gdyż dzięki jej skuteczności i bezpieczeństwu pacjenci rzadziej korzystają z opieki medycznej i nie chorują na ciężkie, kosztowne schorzenia. ^[13]

Eozynofilowa ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (EGPA) jest rzadką ogólnoustrojową chorobą zapalną o ciężkim przebiegu. Towarzyszą jej zbyt wysoki poziom eozynofilów we krwi (eozynofilia) i silny naciek eozynofili w tkankach. ^[14] W przebiegu EGPA dochodzi do zajęcia wielu narządów. Choroba zaczyna się prawie zawsze ciężką astmą eozynofilową, towarzyszą jej również polipy nosa (60–80 proc. pacjentów), zapalenie naczyń krwionośnych, zdarzenia sercowo-naczyniowe, uszkodzenie nerwów obwodowych prowadzące do uszkodzenia mięśni i niepełnosprawność. ^[13] **Śmiertelność pięcioletnia pacjentów z nieleczonym EGPA wynosi 75 proc.** ^[13] Choroba występuje głównie u osób w wieku 49–59 lat. ^[13, 14]

Dzięki zastosowaniu *mepolizumabu* remisję choroby – trwałą lub częściową – można uzyskać u 92 proc. pacjentów.^[13] Ponadto, terapia działa również na współwystępującą z EGPA astmę eozynofilową i polipy w nosie.^[13]

Zespół hipereozynofilowy (HES) również jest rzadką chorobą, która objawia się występowaniem ponad 1,5 tys. eozynofili na mikrolitr krwi obwodowej.^[13, 15] Towarzyszą temu nacieki eozynofilów w tkankach.^[15] Głównym objawem jest zmęczenie i osłabienie, ale występują też: kaszel, duszność, niewydolność serca, bóle brzucha, mięśni, zmiany skórne, obrzęki, gorączka o nieznannej etiologii, a także chudnięcie, zaniki pamięci, splątanie, zmiany w płucach, wymioty, biegunka, zmiany zatorowo-zakrzepowe, zmiany rytmu serca, drętwienie. **U chorych nieleczonych albo z błędnie postawionym rozpoznaniem śmiertelność wynosi 48–75 proc.**^[13]

Dzięki zastosowaniu *mepolizumabu* w leczeniu HES udaje się o 50 proc. zredukować liczbę zaostrzeń w porównaniu z placebo. Dochodzi też do redukcji objawów oddechowych (60 proc.), bólów mięśni (o 40 proc.), zmian skórnych (o 50 proc.).

W Polsce *mepolizumab* jest dostępny w ramach programu lekowego w terapii ciężkiej astmy eozynofilowej, leczeniu polipów nosa towarzyszących przewlekłemu zapaleniu błony śluzowej nosa i zatok, a od 1 kwietnia 2025 r. jest dostępny również w ramach programu lekowego dla chorych na EGPA oraz w ramach programu lekowego dla chorych na HES.^[13]

Polipy nosa występują u 12 proc. dorosłych osób z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej nosa i zatok przynosowych oraz u 4 proc. osób z populacji ogólnej.^[13] Prawie zawsze powiązane są z eozynofilowym stanem zapalnym i często z występowaniem astmy. Najtrudniejszym objawem dla chorych jest to, że nie mogą oddychać przez nos; innymi objawami są: zanik węchu, wyciek z nosa, rozpieranie w obrębie twarzy.^[13]

Obecnie **przed zastosowaniem terapii biologicznej** w ramach programu lekowego pacjenci muszą przejść **dwa zabiegi operacyjne**, które są z reguły rozległe i bardzo bolesne.^[13] Co więcej, u 40 proc. chorych leczonych operacyjnie po upływie 18 miesięcy polipy odrastają.^[13] Tymczasem leczenie *mepolizumabem* o 42 proc. zmniejsza liczbę pacjentów wymagających operacji.

Eksperti oceniają, że chorzy powinni mieć szansę na leczenie biologiczne przed zabiegiem operacyjnym.^[13]

EDUKACJA = LEPSZA KONTROLA ASTMY

Współpraca między lekarzem a pacjentem oraz edukacja pacjenta, zwłaszcza dotycząca **prawidłowej techniki podawania leków wziewnych** i samoobserwacji objawów astmy, jest działaniem, które istotnie poprawia skuteczność terapii i sprzyja kontroli choroby.^[5, 7, 16] Chorzy na astmę powinni umieć obserwować i samodzielnie ocenić, jak kontrolowana jest ich choroba, aby odpowiednio zareagować, gdy pojawią się pierwsze objawy zaostrzenia.^[16]

Aby pacjent prawidłowo przyjmował leki wziewne na astmę musi nauczyć się odpowiedniego stosowania inhalatorów.^[18] W przypadku niewłaściwej techniki stosowania tych urządzeń do płuc może docierać mniejsza ilość leku, co ogranicza jego skuteczność. Tymczasem chorzy często popełniają **błędy podczas używania inhalatorów.**^[18]

Najlepszą opcją jest, aby leki przeciwzapalne i rozszerzające oskrzela chory otrzymywał z tego samego inhalatora (optymalnie dwa leki w jednym inhalatorze), ponieważ stosowanie wielu różnych inhalatorów niekorzystnie wpływa na wyniki leczenia.^[18]

Lekarz powinien wyedukować pacjenta jak prawidłowo stosować leki wziewne, a potem na każdej wizycie sprawdzić czy chory dobrze je stosuje.^[18]

Na rynku europejskim najpopularniejsze są **inhalatory ciśnieniowe** z dozownikami (pMDI), następnie **inhalatory suchego proszku** (DPI) i **nebulizatory**.^[18] W przypadku pMDI nośnikiem leku jest sprężony gaz, a do inhalacji nie potrzeba żadnego wysiłku ze strony chorego. Konieczne jest jednak skoordynowanie wyzwolenia dawki i rozpoczęcia wdechu, dlatego ważne jest nauczenie się prawidłowej techniki inhalacji.^[18] W DPI aerozol powstaje poprzez rozproszenie (areolizację) w powietrzu odpowiednio przygotowanej dawki leku w proszku. Uwolnienie leku odbywa się najczęściej przy pomocy odpowiednio silnego wdechu chorego.^[18]

Przy wyborze inhalatora należy brać pod uwagę nie tylko cechy danego urządzenia (rozmiar, łatwość obsługi, licznik dawek, dostępność, cenę, wygląd), lecz także **cechy chorego**, takie jak wiek, zdolności poznawcze, motoryczne, umiejętność wykonania odpowiednio głębokiego wdechu, wstrzymanie go przez 5–10 sekund po inhalacji, zdolność koordynacji ruchowo-wdechowej (inhalatory ciśnieniowe), załadowanie dawki leku (inhalatory proszkowe), współwystępowanie chorób (choroby neurologiczne, dolegliwości stawowo-kostne itp.), a także preferencje pacjenta.^[19] Ważne jest, by **przed dobraniem inhalatora lekarze sprawdzali siłę wdechu chorego**.^[20]

Edukacja powinna również dotyczyć **planu** (najlepiej rozpisanego przez lekarza) postępowania **w razie zaostrzenia astmy**.^[6, 16] Lekarze powinni przekonywać pacjentów do regularnej aktywności fizycznej i wyjaśniać, jakie objawy mogą się w związku z nią pojawić, a także zalecać na każdej wizycie zerwanie z natogiem tytoniowym pacjentom palącym.^[6]

W celu zapobiegania zaostrzeniom ważne jest również informowanie chorych na astmę o konieczności szczepień: co sezon przeciwko grypie, przeciwko COVID-19 zgodnie z aktualnymi wytycznymi, przeciwko pneumokokom, przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi dawką przypominającą co 10 lat, przeciwko półpaścowi oraz przeciwko RSV.^[6]

Aby poprawić efektywność leczenia astmy w Polsce w 2024 r. powstały **wytyczne** konsultanta krajowego alergologii, konsultanta krajowego medycyny rodzinnej oraz prezydenta Polskiego Towarzystwa Alergologicznego **dotyczące diagnostyki i leczenia astmy** u dorosłych w **POZ** (podstawowa opieka zdrowotna), z uwzględnieniem opieki koordynowanej.^[6]

Polskie Towarzystwo Alergologiczne wraz z Koalicją na rzecz Leczenia Astmy opracowały też rozwiązanie o nazwie **e-Recepta 2.0**, w ramach której planowane jest uruchomienie powiadamiania lekarzy w sytuacji, gdy pacjent **nadużywa leków**, m.in. *beta2-mimetyków* lub doustnych sterydów. Pomoże to w szybszym identyfikowaniu pacjentów, którzy mają złą kontrolę astmy i są zagrożeni jej zaostrzeniami.^[17]

Astma to przewlekła choroba, jednak dzięki jej wczesnemu wykryciu, właściwie dobranej terapii, edukacji pacjentów oraz nowoczesnym lekom, osoby dotknięte tym schorzeniem mogą prowadzić aktywne życie, zarówno zawodowe, jak i społeczne, czerpiąc z niego pełną satysfakcję.

Quo vadis medicina?



Materiał prasowy przygotowany przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia w związku ze Światowym Dniem Astmy 2025.

Referencje:

- [1] GINA World Asthma Day 2025, <https://ginasthma.org/wad-2025/> [05.05.2025].
- [2] WHO, Asthma: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma> [05.05.2025].
- [3] Życie z astmą ciężką. Punkt widzenia pacjenta, grudzień 2023. Dostępne online: https://pta.med.pl/wp-content/uploads/2023/02/2023-01-16_PTA_Raport_ONLINE.pdf. [05.05.2025].
- [4] Global Strategy for Asthma Management and Prevention, GINA 2024. Dostępna online: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf [05.05.2025].
- [5] Standardy rozpoznawania i leczenia astmy Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (STAN3T), „Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology” 2023. Dostępny także online: <https://pta.med.pl/wp-content/uploads/2023/03/Standardy-diagnostyki-i-leczenia-astmy-2023.pdf> [05.05.2025].
- [6] Wytyczne konsultanta krajowego alergologii, konsultanta krajowego medycyny rodzinnej oraz prezydenta Polskiego Towarzystwa Alergologicznego dotyczące diagnostyki i leczenia astmy u dorosłych w POZ.... Dostępne online: https://pta.med.pl/wp-content/uploads/2024/03/Astma%E2%80%93opieka_koordynowana%E2%80%93wytyczne_Konsultantow_Krajowych.pdf [05.05.2025].
- [7] Magdalena Waszyk-Nowaczyk, Piotr Dąbrowiecki i in., *Inhalatory w opiece nad pacjentem z astmą i POChP. Kompendium farmaceuty*. Wydanie 1. papierowe, Warszawa 2025, strona 4.
- [8] Artykuł na portalu Rynek Zdrowia pt. *Prof. Kupczyk: terapia LAMA w astmie oskrzelowej zmniejsza częstość ciężkich zaostrzeń choroby*, 7.11.2024: <https://www.rynekzdrowia.pl/Alergologia/Prof-Kupczyk-terapia-LAMA-w-astmie-oskrzelowej-zmniejsza-czestosc-ciezkich-zaostrzen-choroby,264708,6.html> [05.05.2025].
- [9] *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc – terapia biologiczna astmy ciężkiej*. Dostępne online: <https://www.termedia.pl/Journal/-123/pdf-50977-10?filename=Stanowisko%20PTA.pdf> [05.05.2025].
- [10] Wykład prezydenta PTA prof. dr hab. n. med. Radostawa Gawlika pt. *Leczenie astmy ciężkiej – pozytyw i... problemy!* na warsztatach edukacyjnych Stowarzyszenia Dziennikarzy dla Zdrowia, 24 kwietnia 2025 r., Warszawa. Nagranie z wykładu dostępne online: <https://papi-mediaroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/konferencja-prasowa-pt-swiatowy-dzien-astmy-optymalna-terapia-astmy-szansa-na> [05.05.2025].
- [11] *Raport: Program lekowy B.44 Leczenie chorych z ciężką postacią astmy*. Dostępny online: https://pta.med.pl/wp-content/uploads/2024/08/PTA-Astma_PL-B.44_Raport_v2.1.pdf [05.05.2025].
- [12] Wykład konsultanta krajowego w dziedzinie alergologii prof. dr hab. n. med. Kariny Jahnz-Różyk pt. *Astma – nowoczesne podejście, opieka koordynowana!* na warsztatach edukacyjnych Stowarzyszenia Dziennikarzy dla Zdrowia, 24 kwietnia 2025 r., Warszawa. Nagranie z wykładu

dostępne online: <https://pap-mediaroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/konferencja-prasowa-pt-swiatowy-dzien-astmy-optymalna-terapia-astmy-szansa-na> [05.05.2025].

- [13] Wykład wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Chorób Cywilizacyjnych prof. dr hab. n. med. Piotra Kuny pt. *Choroby eozynofilowe i polipy nosa – trudne w diagnostyce i leczeniu* na warsztatach edukacyjnych Stowarzyszenia Dziennikarze dla Zdrowia, 24 kwietnia 2025 r., Warszawa. Nagranie z wykładu dostępne online: <https://pap-mediaroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/konferencja-prasowa-pt-swiatowy-dzien-astmy-optymalna-terapia-astmy-szansa-na> [05.05.2025].
- [14] Rekomendacja nr 121/2024 z 5 listopada 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku Nucala (mepolizumab) w ramach programu lekowego „Leczenie chorych z aktywną postacią eozynofilowej ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (EGPA) (ICD-10: M30.1)”. Dostępna online: https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2024/127/REK/2024%2011%2005%20BP%20Rekomendacja%20nr%20121_2024%20Nucala%20publikacja%20BIP_REOPTR.pdf [05.05.2025].
- [15] Rekomendacja nr 10/2025 z 23 stycznia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku Nucala (mepolizumab) w ramach programu lekowego „Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES) (ICD-10: D72.11)”. Dostępna online: https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2024/188/REK/2025%2001%2023%20BP%20Rekomendacja%20nr%2010_2025%20Nucala%20publikacja%20BIP_REOPTR.pdf [05.05.2025].
- [16] *Kontrola astmy*, Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP. Dostępna online: <https://astma-alergia-pochp.pl/dla-pacjenta/porady/282-kontrola-astmy> [05.05.2025].
- [17] *Projekt e-Recepta 2.0*, Polskie Towarzystwo Alergologiczne. Dostępna online: <https://pta.med.pl/projekt-e-recepta-2-0/> [05.05.2025].
- [18] *Przewodnik po inhalatorach – wprowadzenie*, strona edukacyjna Totylkoastma.pl: <https://totylkoastma.pl/przewodnik-po-inhalatorach-wprowadzenie/> [05.05.2025].
- [19] Lek. Dominika Jędrzejewska, dr n. med. Joanna Miłkowska-Dymanowska, Klinika Pneumonologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, *Czy rodzaj inhalatora ma znaczenie? O nowościach i indywidualnym podejściu do pacjenta*, „Medycyna po Dyplomie”, grudzień 2023. Dostępna online: <https://podyplomie.pl/medycyna/39719,czy-rodzaj-inhalatora-ma-znaczenie-o-nowosciach-i-indywidualnym-podejsciu-do-pacjenta...> [05.05.2025].
- [20] *Astma zmienną jest, ale można ją kontrolować!*, autoryzowany wywiad z dr hab. n. med. Piotrem Dąbrowieckim, przewodniczącym Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i POChP, Stowarzyszenia Dziennikarze dla Zdrowia, 2025, Warszawa. Dostępny online: http://www.dziennikarze.org/upload/Mat._prasowe_do_pobrania/SDA_2025/Astma_zmienna_jest_ale..._WYWIAD_z_dr_hab._P._Dabrowieckim.pdf [05.05.2025].