

Astma w Polsce: choroba powszechna, ale zbyt słabo kontrolowana

Rozmowa z dr. hab. n. med. Piotrem Dąbrowieckim, alergologiem, specjalistą chorób wewnętrznych z Wojskowego Instytutu Medycznego PIB, przewodniczącym Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP, członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego

Czym jest astma oskrzelowa i dlaczego trudno nad nią zapanować?

Jest przewlekłą chorobą zapalną układu oddechowego. Najczęściej kojarzymy ją z dusznością, świszczącym oddechem, kaszlem i uczuciem braku powietrza, ale objawy nie zawsze występują stale. Astma jest zmienna. Pacjent może mieć dolegliwości w określonych sytuacjach, a później funkcjonować prawie normalnie. To powoduje, że choroba bywa lekceważona.

Ilu ludzi dotyka?

Bardzo wielu. W Polsce choruje ponad 4 miliony osób, a aktywnie leczonych jest około 2,2 miliona. Oznacza to, że około 1,8 miliona może mieć objawy, ale nie korzysta z leczenia. Na świecie liczba chorych przekracza 350 milionów. Astma jest więc jedną z najważniejszych chorób przewlekłych układu oddechowego.

Trzeba też pamiętać o alergii. W Polsce ponad 12 milionów osób ma objawową alergię, a właśnie z tej grupy wywodzi się wielu chorych na astmę. Dlatego nie wolno bagatelizować przewlekłego kataru, kaszlu, świstów czy okresowej duszności. To mogą być sygnały, że w układzie oddechowym rozwija się choroba wymagająca diagnostyki i leczenia.

Dlaczego rozpoznanie astmy bywa opóźnione?

Powodów jest kilka. Po pierwsze, objawy są zmienne. Chory może mieć duszność w domu, np. w czasie sprzątania, a w gabinecie lekarskim już ich nie ma. Po drugie, astma łagodna może dawać objawy rzadko: np. raz na miesiąc czy raz na tydzień. Pacjent często nie uważa ich za wystarczająco ważne. Po trzecie, zbyt rzadko wykonuje się u nas spirometrię, czyli badanie czynnościowe układu oddechowego. Powinno ono być jednym z podstawowych badań u pacjenta z dusznością, kaszlem lub świszczącym oddechem,

Jakie błędy w leczeniu popełniają pacjenci?

Najczęstszym jest traktowanie leku doraźnego jako podstawy terapii. Krótko działające leki rozszerzające oskrzela (tzw. niebieskie inhalatory) szybko przynoszą ulgę, ale nie leczą zapalenia.

Nadużywa ich blisko 40 procent pacjentów. Należy też pamiętać, że podstawą leczenia astmy są sterydy wziewne.

Dlaczego sterydy wziewne są tak istotne?

Ponieważ działają na przyczynę problemu, czyli na zapalenie w drogach oddechowych. Są podawane bezpośrednio do płuc i w dawkach wielokrotnie mniejszych niż sterydy doustne. Paradoks polega na tym, że pacjent, który boi się stosować bezpieczniejszy steryd wziewny, może później wymagać sterydu doustnego. A leki te wiążą się z ryzykiem działań niepożądanych, w tym osteoporozy, zaćmy, jaskry, zaburzeń metabolicznych, problemów hormonalnych itd. Dlatego celem jest minimalizowanie konieczności ich stosowania.

Czy w terapii inhalacyjnej stosujemy tylko sterydy wziewne?

One są podstawą terapii – bez nich nie odniesiemy sukcesu, ale często dołączamy do nich długo działające leki rozszerzające oskrzela tzw. LABA, a połączenie: steryd wziewny plus formoterol (LABA) jest standardowym postępowaniem terapeutycznym. Niestety, astma często postępuje, przechodzi z łagodnej postaci w umiarkowaną, z objawami codziennie, z zaostrzeniami, wyburzeniami w nocy i spadkiem parametrów oddechowych mierzonych w spirometrii. To czas aby do dwóch leków wziewnych dołączyć kolejny lek rozszerzający oskrzela: długo działający lek antycholinergiczny tzw. LAMA. Takie trio: steryd wziewny/LABA/LAMA jest bardzo skuteczne, poprawia wyniki spirometrii, zmniejsza ilość zaostrzeń, a co najważniejsze dla pacjenta – zmniejsza objawy kaszlu i duszności. Terapia trójlekowa jest standardowym postępowaniem u astmatyków z objawową chorobą i zaostrzeniami astmy.

Czy problemem jest także technika inhalacji?

Tak, i to ogromnym. Błędy techniczne są bardzo częste. Dlatego każda wizyta powinna być okazją do sprawdzenia techniki inhalacji. Jest to zadanie nie tylko dla lekarza specjalisty, ale również dla lekarza rodzinnego, pielęgniarki, farmaceuty i edukatora medycznego. Czasem poprawa techniki stosowania inhalatora może znacząco poprawić kontrolę choroby, bez konieczności intensyfikowania leczenia. Jeśli chory, mimo prawidłowej terapii trójlekowej ma nasilone objawy i zaostrzenia, prawdopodobnie ma astmę ciężką lub trudną do leczenia.

Kiedy należy podejrzewać astmę ciężką?

Wtedy, gdy mimo stosowania wysokich dawek sterydów wziewnych i leków rozszerzających oskrzela pacjent nadal ma objawy. Szczególnie niepokojące są wybudzenia nocne, codzienne duszności, konieczność częstego używania inhalatora ratunkowego, zaostrzenia wymagające sterydów doustnych, wizyty w SOR lub hospitalizacje. Taki pacjent powinien trafić do ośrodka leczenia astmy ciężkiej. Tam można zweryfikować rozpoznanie, ocenić fenotyp choroby, sprawdzić technikę inhalacji, wykluczyć czynniki pogarszające kontrolę oraz rozważyć kwalifikację do leczenia biologicznego.

Co jest istotą leczenia biologicznego?

Stosowanie przeciwciał monoklonalnych, które blokują konkretne mechanizmy zapalne odpowiedzialne za utrzymywanie się choroby. Jest to terapia celowana, dopasowana do określonego profilu zapalenia. Obecnie dostępnych jest pięć przeciwciał, które mogą odwrócić niekorzystny trend u pacjentów z astmą ciężką: od zaostrzenia do zaostrzenia, od wysokich dawek sterydów wziewnych do sterydów doustnych. Dzięki terapii biologicznej można zmniejszyć liczbę zaostrzeń, ograniczyć sterydy doustne, a u części pacjentów je odstawić.

Ilu pacjentów w Polsce wymaga takiej terapii?

Około 35 tysięcy, natomiast leczonych biologicznie jest około 5,5 tysiąca. Mamy więc dużą lukę między potrzebami zdrowotnymi a realnym dostępem do terapii. Trzeba też pamiętać, że pacjenci z astmą ciężką stanowią niewielką część wszystkich chorych, ale generują nieproporcjonalnie duże koszty dla systemu. Częściej wymagają hospitalizacji, pomocy doraźnej, sterydów ogólnoustrojowych, wizyt specjalistycznych i absencji zawodowej. Skuteczne leczenie tej grupy może więc przynieść korzyść nie tylko pacjentom, ale i systemowi ochrony zdrowia.

Jakie zmiany w programie lekowym są najbardziej potrzebne?

Po pierwsze, potrzebna jest możliwość leczenia biologicznego pacjentek z astmą ciężką w ciąży, jeżeli stan kliniczny tego wymaga. Po drugie, konieczne jest umożliwienie płynnej zmiany jednego leku biologicznego na inny (tzw. switch terapeutyczny), bez zmuszania pacjenta do przechodzenia przez ponowną re kwalifikację.

Szpecially ważna jest kwestia poziomu eozynofilów. Obecne kryteria mogą być trudne do spełnienia u pacjentów, którzy przyjmują wysokie dawki sterydów wziewnych lub sterydy doustne. Leki te obniżają liczbę eozynofilów we krwi, choć zapalenie w oskrzelach może nadal być obecne. Prowadzi to do paradoksu: żeby spełnić kryterium, należałoby odstawić leczenie, wywołać zaostrzenie i dopiero wtedy zakwalifikować pacjenta. Medycyna nie powinna szkodzić pacjentowi po to, aby udowodnić, że potrzebuje leczenia.

Czy terapia biologiczna może być prowadzona w domu?

Jak najbardziej. Rozwiązanie to zwiększa komfort chorego i odciąża ośrodki specjalistyczne. Pacjent nie musi przyjeżdżać na każdą dawkę do placówki, a jednocześnie pozostaje pod opieką zespołu, który monitoruje skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. Dla osób aktywnych zawodowo, mieszkających daleko od ośrodka albo mających ograniczenia logistyczne, terapia domowa może być warunkiem realnej dostępności leczenia.

Co najczęściej wywołuje zaostrzenia?

Jedną z najczęstszych przyczyn jest odstawianie leków po poprawie samopoczucia. Pacjent czuje się lepiej, więc uznaje, że się wyleczył. Tymczasem ustąpienie objawów oznacza zwykle dobrą kontrolę, a nie trwałe wyleczenie. Duże znaczenie mają też alergen y: roztocza kurzu domowego,

pyłki, alergeny zwierząt czy pleśnie oraz zanieczyszczenia powietrza. Pacjent mieszkający przy dużej arterii komunikacyjnej albo ogrzewający dom złą jakością paliwem może chorować ciężiej.

Na czym polega projekt „Recepta 2.0 Astma”?

Na wykorzystaniu danych o zużyciu leków przez pacjenta jako sygnału ostrzegawczego. Jeżeli lekarz wystawia kolejne opakowania leku ratunkowego, już powinien zareagować. Drugim sygnałem ostrzegawczym jest następne opakowanie sterydu doustnego, bo może oznaczać, że pacjent powinien być skierowany do poradni leczenia astmy ciężkiej. Projekt „Recepta 2.0 Astma” jest więc sposobem na wcześniejsze wychwycenie chorych zagrożonych zaostrzeniem, hospitalizacją, a w najcięższych przypadkach nawet zgonem.

A jaką rolę odgrywają infekcje i szczepienia?

Infekcje są jednym z głównych czynników zaostrzających astmę. Wirusy grypy, RSV, SARS-CoV-2, bakterie wywołujące zapalenia płuc czy krztusiec mogą pogarszać stan pacjentów. Chory na astmę ma już w układzie oddechowym proces zapalny, dlatego infekcja może łatwiej doprowadzić do zaostrzenia. Pacjenci z astmą powinni więc rozmawiać ze swoim lekarzem o szczepieniach przeciw grypie, COVID-19, pneumokokom, RSV, krztuścowi, a w określonych grupach także półpaścowi. Celem nie jest tylko uniknięcie infekcji, lecz także zmniejszenie ryzyka zaostrzeń czy hospitalizacji.

Czy astma występuje razem z innymi chorobami?

Tak, często współistnieje z alergicznym nieżytem nosa, przewlekłym zapaleniem zatok, polipami nosa, atopowym zapaleniem skóry, otyłością czy refluksem żołądkowo-przełykowym. Jeżeli tych chorób nie leczymy, kontrola astmy może być znacznie trudniejsza. Dlatego pacjent wymaga całościowego spojrzenia.

Czym w leczeniu astmy jest edukacja pacjentów?

Jednym z fundamentów. Pacjent powinien wiedzieć, kiedy zgłosić się do lekarza, jak stosować inhalator i dlaczego nie wolno nadużywać leków ratunkowych. W dobie internetu łatwo trafić na mity: że astmą można się zarazić, że każdy steryd jest groźny, że inhalatory uzależniają, albo że można przerywać leczenie, gdy objawy ustąpią. Rolą lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów i organizacji pacjenckich jest cierpliwe prostowanie tych przekonań. Polecam wiarygodne strony: Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP – <https://www.astma-alergia-pochp.pl/>, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego – <https://pta.med.pl/> czy strony oraz stronę: To tylko astma – <https://totylkoastma.pl/>

Jakie jest Pana najważniejsze przesłanie dla lekarzy, pacjentów i decydentów?

Astmę można skutecznie kontrolować, ale trzeba ją rozpoznać, monitorować i leczyć zgodnie z aktualną wiedzą. Nie możemy akceptować sytuacji, w której pacjent przez lata nadużywa leków

ratunkowych, otrzymuje kolejne sterydy doustne, trafia do szpitala, a dopiero później ktoś rozważa skierowanie go do ośrodka leczenia astmy ciężkiej.

Potrzebujemy lepszej diagnostyki, większej dostępności spirometrii, skutecznej edukacji inhalacyjnej, aktywnej roli lekarzy POZ, wykorzystania narzędzi takich jak „Recepta 2.0 Astma”, rozsądnych zmian w programie lekowym oraz szerszego dostępu do leczenia biologicznego dla pacjentów, którzy naprawdę go potrzebują. Mamy leki, mamy wiedzę i mamy doświadczenie kliniczne. Teraz najważniejsze jest takie zorganizowanie systemu, aby pacjent nie musiał czekać na ciężkie zaostrzenie, zanim otrzyma właściwą pomoc.

Quo vadis medicina?



Autoryzowany wywiad prasowy przygotowany przez *Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia* w związku ze Światowym Dniem Astmy 2026.