

Az asztmakezelés hatékonyságának növelése

Alexander Lexer

GSK Regionális Orvostudományi Csoport

Jó ideje már, hogy Európában jelentős fejlődésen ment át az asztma terápiája, aminek következtében csökkent a betegség morbiditása, az asztma miatti kórházi ápolás gyakorisága és az asztma miatti halálozás is. E kedvező változás annak köszönhető, hogy az evidenciákra épülő kezelési irányelveket sikerült viszonylag jól átültetni a gyakorlatba. Az inhalációs kortikoszteroidok (ICS) alkalmazásának elterjedésével párhuzamosan az asztma klinikai kimeneteli mutatói is javultak¹⁻³.

Az elmúlt években végzett vizsgálatok azonban azt mutatják, hogy az asztmakontroll mértéke tekintetében további fejlődés szükséges. A vizsgálatok egyikében (2004–2005) 11 európai országból, 3415 felnőtt asztmás beteg vett részt, akik mindegyike rendszeresen használt inhalációs kortikoszteroidot vagy ICS és hosszú hatástartamú β 2-agonista (LABA, long-acting β 2-agonists) kombinációs kezelést. Az előírt terápia mellett a résztvevők 51%-a nem volt kontrollált⁴. Egy brit tanulmányban francia-, német-, olasz- és spanyolországi, valamint brit felmérések adatainak összesített elemzésével megállapították, hogy a kezelt asztmás betegek körében 2006-ban, 2008-ban és 2010-ben is következetesen 50% feletti volt azok aránya, akiknél a kezelés nem biztosított megfelelő asztmakontrollt, és ez az arány nem változott jelentősen a megfigyelési időszak alatt⁵. Egy másik, 11 európai országban, 8000 beteg bevonásával végzett online felmérés megerősítette, hogy a megfelelő asztmakontroll aránya változatlanul alacsony: a Global Initiative for Asthma (GINA) kritériumrendszere szerint a kezelésre reagálók mindössze 20,1%-ánál sikerül elérni a kontrollált állapotot és 34,8%-nál maradt fenn részben kontrollált állapot⁶.

A „való életben” a kontrollált állapot jóval ritkább, mint a randomizált, kontrollált vizsgálatokban (legfeljebb 70%)⁶. A kontrollált asztmával összehasonlítva az elégtelen asztmakontroll nagyobb valószínűséggel társul exacerbációkkal, és gyakrabban indokol sürgősségi ellátást vagy kórházi kezelést⁵. Az Európai Unióban még 2012-ben is 6713 halálesetet okozott az asztma⁷. Az elégtelen asztmakontroll emellett szignifikánsan rontja az életminőséget és csökkenti a munkateljesítményt is. Kimutatták, hogy azok a betegek, akiknél nem sikerül megfelelő asztmakontrollt biztosítani, több napot maradnak távol a munkahelyről, és

mind a munkájuk, mind egyéb tevékenységük során több korlátozottságot kénytelenek elszenvedni, mint azok, akiknek az asztmája kontrollált⁵.

Min lehetne javítani?

“Az asztma heterogén kórkép, amelyet krónikus légúti gyulladás jellemez. Diagnosztizálása a kórtörténetben szereplő, időben és intenzitásukban változó légúti tünetek – köztük a sípoló légzés, a légszomj, a mellkasi szorítás és a köhögés –, valamint a kilégzés akadályozottsága alapján történik.”

A GINA terápiás stratégiája szerint az asztma kezelésére **a beteg számára legmegfelelőbb gyógyszert kell választani, és lépcsőzetes kezelési stratégiát ajánlott követni**. A jól megválasztott kezelés megszüntetheti a tüneteket és csökkentheti az exacerbációk esélyét. Perzisztáló asztma esetén a lehető leghamarabb meg kell kezdeni a rendszeres, napi fenntartó kezelést inhalációs kortikoszteroid kis dóziséval. Azoknál a felnőtt és serdülő betegeknél, akiknél a kis dóziséval ICS terápia és a rövid hatástartamú β 2-mimetikum szükség szerinti alkalmazása nem biztosít tünetmentességet, a kezelés második lépésként kis dóziséval ICS és LABA kombinációja választandó az asztma fenntartó kezelésére. A kis dóziséval ICS/LABA kombináció akár már a fenntartó kezelés bevezetésére is választható azon felnőttek és serdülők ellátásában, akiknél a hét csaknem minden napján jelentkeznek vagy hetente legalább egyszer éjszakai felébredést is provokálnak az asztmás tünetek. Különösen akkor, ha bármilyen kockázati tényezővel társulnak⁸.

A terápia beállítása a GINA irányelv ajánlása alapján az asztmakontroll mértéke szerint történik. Az asztmakontrollt két tényező, a tünetek súlyossága és a kedvezőtlen kimenetelre hajlamosító kockázati tényezők jelenléte alapján kell megítélni. Számos vizsgálat megállapította, hogy gyakran eltérés mutatkozik a beteg és az orvos megítélése között a betegség kontrolláltsági fokára vonatkozóan. Ha a kezelőorvos kérdezi, akkor a betegek hajlamosak kedvezőbbnek leírni a tüneteiket, mint amikor validált kérdőívet kell kitölteniük^{6,8}. Az asztmakontroll mértékének meghatározásához ajánlott a validált kérdőív ismételt használata is. A tünetek, a fizikális vizsgálat, a

légzésfunkciós vizsgálat mellett az asztmakontroll teszt is segít az asztmakontroll mértékének megítélésében⁸.

Létfontosságú továbbá a beteg és kezelőorvosa közötti jó kommunikáció. Fontos, hogy a betegek elsajátítsák az inhalációs eszközök helyes használatát⁸. A jó orvos-beteg kapcsolat jelentőségéről egy 5 európai országra kiterjedő, megfigyeléses keresztmetszeti vizsgálatban is beszámoltak. Megállapították, hogy minél jobb a kezelőorvos és betege közötti kapcsolat, annál nagyobb a valószínűsége, hogy az asztmakontroll megvalósul, ritkábbak az exacerbációk és jobb a beteg életminősége⁹.

Melyek az első teendők, ha az asztmakontroll a kezelés ellenére elégtelen?

Az inhalátorok nem megfelelő használata és a rossz adherencia fontos oka az optimálistól elmaradó asztmakontrollnak. Mielőtt a terápia következő lépcsőjére lépénénk, fontos, hogy ellenőrizzük ezeket a tényezőket, és az asztmás tüneteket provokáló faktorok, illetve a kísérőbetegségek felmérésére is kitérjünk⁸.

Hatékony inhalátor-használat

Egy franciaországi megfigyeléses vizsgálatban az alapellátási praxisok 3811 asztmás betegének inhalátor-használati gyakorlatát követték. Megállapították, hogy a túlnyomással működő adagolószelepes aeroszolok használata során a betegek 76%-a, míg a belégzés által aktivált adagolószelepes inhalátorok használatakor a betegek 49–55%-a vét legalább egyféle hibát¹⁰. A klinikai gyakorlatban rendkívül fontos, hogy a beteg számára legmegfelelőbb inhalációs gyógyszerbeviteli eszközre essen a választás. A helyes inhalációs technika elsajátításához be kell mutatni a betegnek az alkalmazás módját, majd ellenőrizni kell, hogy valóban jól használja-e az inhalációs eszközt. Az inhalátor helyes használatával kapcsolatos gyakorlati tudnivalókat rendszeresen át kell ismételni⁸. Egy prospektív megfigyeléses vizsgálatban a betegoktatás eredményeként 24%-ról 79%-ra nőtt az optimális inhalációs technikát alkalmazó betegek aránya, és ezzel párhuzamosan jelentősen javult az asztmakontroll¹¹.

Terápiás adherencia

Az asztmás felnőttek és gyermekek körében végzett kulcsfontosságú vizsgálatok alapján az Egészségügyi Világszervezet (WHO, World Health Organization) 2003-ban átlagosan 50% körülnek találta a betegség gyógyszeres kezeléséhez kapcsolódó adherenciát¹². A rossz adherenciára fényt deríthet a kezelőorvos és betege közötti empatikus beszélgetés, amely során nyíltan ki-

mondják, hogy fennáll a nem megfelelő terápiás együttműködés valószínűsége, és ellenőrzik a gyógyszerhasználatot⁸. Kimutatták, hogy amennyiben sikerül a terápiás adherencia mértékét 80% fölé emelni, az asztmakontroll optimálissá válik¹³. Az adherencia növelésének egyik lehetséges módja a terápia egyszerűbbé tétele. Ha a napi háromszori gyógyszeralkalmazásról naponta egyszer alkalmazandó gyógyszerre váltunk, az adherencia 59%-ról 83,6%-ra emelkedik. Ha kétféle hatóanyagot egyetlen készítményben adagolunk, felére csökken a gyógyszeralkalmazások száma és duplájára nő az adherencia¹⁴.

Továbbra is törekednünk kell arra, hogy az evidenciákra épülő irányelvek minél következetesebben kapjanak helyet az asztma ellátásában, ami minden bizonnyal hozzájárulna a jobb asztmakontroll eléréséhez. A megvalósítás leghatékonyabb eszköze a beteg és kezelőorvosa közötti jó kapcsolat és együttműködés. ■

Irodalom

- Selroos O, Kupczyk M, Kuna P, et al. National and regional asthma programmes in Europe. *Eur Respir Rev* 2015; 24: 474-483.
- Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, et al. Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax* 2001; 56: 806-814.
- van Schayck CP, Smit HA. The prevalence of asthma in children: a reversing trend. *Eur Respir J* 2005; 26: 647-650.
- Partridge MR, van der Molen T, Myrseth SE, Busse WW. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. *BMC Pulm Med* 2006; 6: 13.
- Demoly P, Annunziata K, Gubba E, Adamek L. Repeated cross-sectional survey of patient-reported asthma control in Europe in the past 5 years. *Eur Respir Rev* 2012; 21: 66-74.
- Price D, Fletcher 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.
- Eurostat news release. Causes of death in the EU in 2012. More than 670 000 persons died in the EU from respiratory diseases. September 10, 2015.
- Global Initiative for Asthma 2015. Available at: www.ginasthma.org.
- Small M, Vickers A, Anderson P, Kay S. The patient-physician partnership in asthma: real-world observations associated with clinical and patient-reported outcomes. *Adv Ther* 2010; 27: 591-599.
- Molimard M, Raheison C, Lignot S, Depont F, Abouelfath A, Moore N. Assessment of handling of inhaler devices in real life: an observational study in 3811 patients in primary care. *J Aerosol Med* 2003; 16: 249-254.
- Giraud V, Allaert FA, Roche N. Inhaler technique and asthma: feasibility and acceptability of training by pharmacists. *Respir Med* 2011; 105: 1815-1822.
- Boulet LP, Vervloet D, Magar Y, Foster JM. Adherence: the goal to control asthma. *Clin Chest Med* 2012; 33: 405-417.
- Lasmar L, Camargos P, Champs NS, et al. Adherence rate to inhaled corticosteroids and their impact on asthma control. *Allergy* 2009; 64: 784-789.
- Gillisen A. Patient's adherence in asthma. *J Physiol Pharmacol* 2007; 58 (Suppl 5): 205-522.

HU/AST/0002/16

Lezárás dátuma: 2016.01.20.

Felülvizsgálat dátuma: 2017.01.20.