

Specifinės būklės sergant astma

Kristina Biekšienė

LSMU MA Pulmonologijos klinika

ASTMA IR NĖŠTUMAS

Nėštumo laikotarpiu astmos eiga trečdaliui nėščiųjų pablogėja, trečdaliui – pagerėja ir likusiam trečdaliui – išlieka nepakitusi. Astma dažnai pablogėja 5–7 nėštumo mėnesiais, nors paskutines keturias nėštumo savaites dažniausiai astmos simptomai palengvėja. Kiekviena nėščioji ar nėstumą planuojanti moteris turėtų būti paklausta, ar neserga astma, siekiant suplanuoti tinkamą priežiūrą ir gydymą užtikrinantį gerą astmos kontrolę visą nėštumo ir gimdymo laikotarpį. Jei nėščiajai reikia objektyviai patvirtinti astmos diagnozę, negalima atlikti bronchų provokacinio mėginio ar mažinti pakopa kontroliuojamuosius vaistus iki gimdymo.

Nėštumo metu astma paūmėja ar yra blogai kontroliuojama dėl mechaninių, hormoninių pokyčių ar nutraukus vaistus nuo astmos nėščiosios ir/ar sveikatos priežiūros specialisto sprendimu. Nėštumo metu taip pat padidėja imlumas virusinei infekcijai. Paūmėjimai ir bloga astmos simptomų kontrolė kelia grėsmę tiek vaisiui – dėl vaisiaus hipoksijos pablogėja vaisiaus augimas, padidėja perinatalinio mirtingumo, priešlaikinio gimdymo ir mažo svorio kūdikio gimimo rizika, tiek nėščiajai – padidėja preeklampsijos rizika. Jei astma nėštumo metu gerai kontroliuojama – komplikacijų rizika motinai ir vaisiui yra labai maža ar tokia pati kaip sveikosioms.

Nėščiąją, sergančią astma, būtina atidžiai stebėti ir gydyti. Pacientė turi žinoti, jog nekontroliuojama astma kelia ženkliai didesnę grėsmę jai ir vaisiui nei šiuolaikiniai vaistai astmai gydyti, kai jie teisingai vartojami, net jei jų saugumas nėštumo metu nėra neabejotinai įrodytas. Vartojant įkvepiamuosius gliukokortikoidus, β_2 agonistus, montelukastą ar teofilinus, vaisiaus apsigimimų rizika nepadidėja. Vaisiui yra pavojingesnis deguonies stygius nei nepageidaujamas vaistų nuo astmos poveikis.

Gydant nėščiąją, sergančią astma, siekiama tų pačių tikslų, kaip ir iki nėštumo – pasiekti ir išlaikyti ligos kontrolę ir apsaugoti nuo paūmėjimų. Gydoma remiantis įprastomis rekomendacijomis. Įrodyta, jog nuolatinis gydymas įkvepiamaisiais gliukokortikoidais ir nėštumo metu yra veiksmingiausia astmos paūmėjimų prevencijos priemonė. Vengiant vaisiaus hipoksijos, astmos simptomų epizodas ar paūmėjimas nėštumo metu turi būti gydomas nedelsiant. Astmos paūmėjimai pradedami gydyti, skiriant greitai veikiančius

įkvepiamuosius β_2 agonistus, deguonį ir, jei reikia, kuo anksčiau paskirti sisteminius gliukokortikoidus.

Gimdymo metu astma dažniausiai esti stabili, bet ir šiuo metu negalima nutraukti įkvepiamųjų vaistų, netgi priešingai – gali tekti padidinti jų dozes, ypač gliukokortikoidų arba pakeisti injekciniais. Nėščiosios, kurioms nėštumo laikotarpiu reikėjo nuolat sisteminių gliukokortikoidų, gimdymo metu turi būti gydomos hidroksizonu dėl galimo antinksčių funkcijos slopinimo. Būtina užtikrinti pakankamą nėščiosios hidrataciją ir adekvatų gimdymo skausmo slopinimą siekiant sumažinti bronchospazmo pavojų. Skausmui malšinti narkotiniai analgetikai nerekomenduotini dėl jų gebėjimo atpalaiduoti histaminą iš putliųjų ląstelių. Esant jų poreikiui, pasirinkimo vaistu turėtų būti fentanilis.

KOSULIO ASTMA

Kosulio astma – tai astma, kurios vienintelis simptomas yra kosulys. Šis astmos variantas dažnesnis vaikams. Suaugusiųjų kosulio astmai būdinga vėlyva pradžia, dažniausiai ji būna nealerginė, kosulys dažnesnis naktį. Plaučių funkcijos tyrimas atliekant spiogramą paprastai būna normalus. Kosulio astma diagnozuojama atlikus bronchų provokacinį mėginį, o galutinai diagnozė patvirtinama tik kada kosulys sunormalėja gydant vaistais nuo astmos. Kosulio astmą svarbu diferencijuoti nuo kitų lėtinio kosulio priežasčių (eozinofilinio bronchito, gastroezofaginio reflukso, viršutinių kvėpavimo takų sindromo ir kt.).

Kosulio astmai taikomos tos pačios gydymo rekomendacijos kaip ir „klasikinei“ astmai. Kai kuriais atvejais gali būti efektyvus gydymas leukotrienų receptorių antagonistais.

NUTUKĘ ASMENYS IR ASTMA

Astma dažniau serga nutukę nei normalios kūno masės asmenys. Kvėpavimo simptomai, sąlygoti nutukimo, gali imituoti astmą. Nutukusiems asmenims, kurie skundžiasi dusuliu fizinio krūvio metu, astmos diagnozė turi būti patvirtinta objektyviais kvėpavimo takų obstrukcijos kintamumą patvirtinančiais tyrimais.

Astma nutukusiems asmenims yra sunkiau kontroliuojama dėl skirtingo uždegimo tipo, gretutinių ligų (obstrukcinės miego apnėjos, gastroezofaginio reflukso),

fizinio pajėgumo ir plaučių funkcijos sumažėjimo (dėl pilvo riebalų).

Inhaliuojamieji gliukokortikoidai nutukusiems, kaip ir kitiems astma sergantiems asmenims, yra pagrindiniai vaistai astmos kontrolei pasiekti. Tačiau atsakas šiems asmenims gali būti sumažėjęs. Nutukusiems pacientams, sergantiems astma, labai svarbu mažinti kūno svorį ne tik fizinio aktyvumo didinimu, bet ir kitomis priemonėmis. Sumažėjus kūno masei pagerėja astmos kontrolė, plaučių funkcija, bendra savijauta, gyvenimo kokybė, vaistų poreikis.

ASTMA IR FIZINIS AKTYVUMAS

Daugeliui asmenų, sergančių astma, fizinis krūvis yra bronchų obstrukciją provokuojantis veiksnys. Fizinio aktyvumo sukeliama bronchų obstrukcija dažniausiai pasireiškia per 5–10 min. po fizinio aktyvumo, retai – jo metu. Ligoniai pajunta tipiškus astmai simptomus, kartais – stiprų kosulį, kuris praeina savaime per 30–45 min. Bėgimas, taip pat šaltas ir sausas oras labiau provokuoja pokrūvinę bronchų obstrukciją nei plaukimas ar drėgnas karštas oras. Tačiau dusulys, švokštimas fizinio krūvio metu gali būti sąlygoti ir nutukimo, netreniruotumo ar gretutinių patologijų.

Kai kuriems asmenims fizinis krūvis gali būti vienintelis astmą provokuojantis veiksnys. Kai yra abejonių dėl diagnozės, rekomenduojamas fizinio krūvio mėginys.

Dažniausiai pokrūvinė bronchų obstrukcija rodo nepakankamą astmos kontrolę, o adekvatus gydymas nuo uždegimo sumažina su fiziniu krūviu susijusius respiracinius simptomus.

Astma sergantiems pacientams, kuriems fizinis krūvis sukelia bronchų obstrukciją, nepaisant geros astmos kontrolės, prieš krūvį rekomenduojama pavartoti greitai veikiančių β_2 agonistų ar leukotrienų. Apšilimas prieš planuojamą fizinį krūvį, taip pat paciento treniruotumo didinimas mažina pokrūvinės bronchų obstrukcijos sunkumą bei dažnį.

Pokrūvinės bronchų obstrukcijos lengva išvengti arba ją šalinti, todėl nėra jokio pagrindo riboti sergančiajam astma fizinį aktyvumą. Atvirkščiai, pacientas turėtų neįvengti fizinio aktyvumo, o fiziniai pratimai turi būti viena iš astmos kompleksinio gydymo dalių.

ASPIRINO IŠPROVOKUOTA KVĖPAVIMO TAKŲ LIGA

Aspirino išprovokuotai kvėpavimo takų ligai, anksčiau vadintai aspirinine astma, būdinga triada: bronchų obstrukcijos sindromas, padidėjęs jautrumas nesteroidiniams vaistams nuo uždegimo, rinosinusitas ar nosies polipozė. Ligos priepuolius sukelia aspirinas ar kiti nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo. Aspirino išprovokuota kvėpavimo takų liga paprastai prasideda nosies užgulimu, anosmija, progresuoja į lėtinį rinosinusitą su nosies polipais, kurie linkę greitai ataugti po operacijos. Astma ir hiperjautrumas aspirinui vystosi vėliau.

Aspirino išprovokuota kvėpavimo takų liga dažniausiai pasireiškia trečiajį ar ketvirtąjį gyvenimo dešimtmetį. Išgėrus aspirino ar kito vaisto nuo uždegimo, nuo kelių minučių iki dviejų valandų laikotarpiu pasireiškia bronchų spazmas, rinorėja, veido ir kaklo odos paraudimas, nosies obstrukcija, akių sudirginimo požymiai. Kartais ištinka šokas, netenkama sąmonės, sustoja kvėpavimas. Padidėjęs jautrumas šiems vaistams gali išlikti visą gyvenimą. Aspirino išprovokuotai kvėpavimo takų ligai paprastai būdinga bloga plaučių funkcija ir sunki astma.

Aspirino mėginys (nosies, bronchų ar peroralinis) yra auksinis standartas diagnozuojant aspirino išprovokuotą kvėpavimo takų ligą. Peroralinį aspirino mėginį galima atlikti tik specializuotuose centruose, turinčiuose intensyvios terapijos skyrius dėl didelės sunkios reakcijos rizikos.

Dažniausiai priepuolį sukelia: aspirinas, indometacinas, pirazolonai, ibuprofenas, fenoprofenas, ketoprofenas, naproksenas, diklofenakas ir piroksikamas. Terapinės nimesulido ir meloksikamo dozės dažniausiai priepuolio nesukelia.

Pacientams, sergantiems aspirino išprovokuota kvėpavimo takų liga, būtina vengti nesteroidinių vaistų nuo uždegimo vartojimo, nors tai ir neapsaugo nuo tolesnio ligos progresavimo.

Tais atvejais, kai pacientui būtina skirti nesteroidinių vaistų nuo uždegimo, rekomenduojama skirti ciklooksigenazės 2 (COX-2) inhibitorių, nuskausminimui ir karščiavimui malšinti – tinka ir paracetamolis. Išgėrusį vaistą ligonį gydytojas turi stebėti ne mažiau kaip dvi valandas. Pacientui tikslinga atilikti desensibilizaciją, jei aspirino ar nesteroidinių vaistų nuo uždegimo būtina skirti ilgą laiką.

ASTMA IR CHIRURGINĖS INTERVENCIJOS

Operacijos metu arba po jos astma sergantiems ligoniams padidėja plautinių komplikacijų (ūminio bronchospazmo, hipoksemijos, hiperkapnijos, neefektyvaus kosulio, atelektazės, respiracinės infekcijos, alerginės reakcijos į lateksą ar vaistus) pavojus. Nors nėra duomenų, kad sergančiųjų astma populiacijoje būtų padidėjusi operacinių ir pooperacinių komplikacijų rizika, sumažėjęs FEV₁, padidėjusi hipersekrecija, bronchų hiperreaktyvumas yra veiksniai, predisponuojantys plautines operacines ir pooperacines komplikacijas atsirasti. Šios komplikacijos priklauso nuo astmos sunkumo, chirurginės intervencijos vietos (krūtinės ląstos ir viršutinio pilvo aukšto operacijos kelia didžiausią riziką) ir anestezijos tipo (endotrachėjinis-intubacinis tipas labiausiai pavojingas).

Prieš planines operacijas turi būti pasiekta gera astmos kontrolė, ypač pacientams, kurių astma sunkesnė, dažni paūmėjimai, stabili bronchų obstrukcija. Jei, nepaisant optimalaus astmos gydymo, FEV₁ nesiekia 80 proc. individualios geriausios vertės ar normos, indikuotinas trumpas geriamųjų gliukokortikoidų kursas. Jei pastaruosius šešerius mėnesius prieš operaciją pacientas nuolat vartojo sisteminius gliukokortikoidus, operaciniu laikotarpiu kas

1 lentelė. Sergančiųjų sunkia astma ištyrimas ir gydymas

Astmos diagnozės patvirtinimas: viršutinių kvėpavimo takų disfunkcija, lėtinė obstrukcinė plaučių liga, pasikartojančios kvėpavimo takų infekcijos gali būti alternatyvios diagnozės ar gretutinės ligos, bloginančios astmos simptomus

Gretutinės ligos, kaip antai: lėtinis sinusitas, gastroezofaginis refluksas, nutukimas, obstrukcinė miego apnėja, psichikos ligos, psichologiniai sutrikimai, gali bloginti astmos kontrolę ar įtakoti simptomus

Patikrinti inhaliatorių naudojimo techniką bei vaistų vartojimą: neteisingas inhaliatorių ir vaistų vartojimas yra viena dažniausių blogos astmos kontrolės priežasčių

Alergenai ir toksinės medžiagos aplinkoje: šie dirgikliai turi būti šalinami iš namų ar darbo aplinkos

Sunkios astmos gydymas

Inhaliuojamieji gliukokortikoidai išlieka pagrindiniais vaistais sunkiai astmai gydyti. Kiti gydymo variantai gali būti:

Optimizuoti IGK/IVBA dozė: kai kuriems pacientams teigiamą atsaką galima gauti vartojant didesnes nei įprastai IGK dozes. Tačiau toks gydymas didina sisteminių šalutinių reiškinių riziką. Pasiekus optimalią vaistų dozę jos turi būti mažinamos lėtai, kas 3–6 mėn.

Papildomas gydymas kontroliuojamaisiais vaistais neatsižvelgiant į fenotipą: pridėti tiotropį, jei iki tol nebuvo skirtas. Kai kuriais sunkios astmos atvejais efektyvus palaikomasis gydymas mažomis geriamųjų GGK dozėmis. Pacientai turi būti stebimi dėl sisteminių GK sukeltos osteoporozės ir laiku pradėti gydyti. Sunkios astmos gydymui papildomai paskyrus teofilinus ar leukotrienus ženklesnio efekto negauta. Pacientams, kuriems išliko nekontroliuojami simptomai ir nuolatinė kvėpavimo takų obstrukcija, nepaisant gydymo vidutinėmis-didelėmis IGK dozėmis ir IVBA, papildomai skyrus ilgo veikimo anticholinerginį vaistą tiotropį, pagerėjo kvėpavimo funkcija ir sumažėjo pagalbinių vaistų poreikis

Gydymas, atsižvelgiant į skreplių tyrimo rezultatus: specializuotuose centruose skyrus gydymą pagal skreplių eozinofilų kiekį, sumažėjo gliukokortikoidų dozės ir paūmėjimų dažnis

Papildomas gydymas kontroliuojamaisiais vaistais atsižvelgiant į fenotipą: pacientams, sergantiems sunkia alergine astma ir esant padidėjusiam IgE kiekiui, gali būti efektyvus gydymas anti-IgE, o gydymas leukotrienuis – esant jautrumui aspirinui

Nefarmakologinis gydymas: bronchų termoplastika – efektyvi labai selektyviai sunkios astmos pacientų grupei; psichologo konsultacijos; placebo efektas

8 val. reikia papildomai skirti į veną po 100 mg hidrokortizono arba ekvivalentišką prednizolono dozę. Po operacijos per 24 val. šis papildomas gydymas, laipsniškai mažinant dozę, nutraukiamas. Ilgesnis gliukokortikoidų vartojimas gali sulėtinti pooperacinės žaizdos gijimą. Po operacijos pacientas turi toliau tęsti astmos gydymą. Jei reikalinga skubi operacija, o astmos kontrolė nepasiekta, reikia apsvarstyti naudos ir rizikos santykį skubiai operacijai.

VYRESNIO AMŽIAUS PACIENTAI IR ASTMA

Astma vyresniame amžiuje dažnai klaidingai nediagnozuojama. Kvėpavimo funkcija mažėja su amžiumi ir ilgai sergant astma. Dusulys, švokštimas, kosulys, pablogėjantys fizinio krūvio ar nakties metu, būdingi ir širdies ir kraujagyslių ligoms, kurios yra dažnos šioje amžiaus grupėje. Vyresnio amžiaus pacientai gali neišsakyti astmai būdingų simptomų dėl sumažėjusio kvėpavimo takų obstrukcijos jutimo, dusulį priskirti normaliam senėjimo procesui ar gretutinėms ligoms (širdies kraujagyslių ligos ar nutukimas). Jei vyresnio amžiaus pacientas yra rūkorus ar ilgai buvo veikiamas žalingų aplinkos veiksnių, reikėtų nepamiršti apie lėtinės obstrukcinės plaučių ligos ar astmos – lėtinės obstrukcinės plaučių ligos persidengimo sindromo diagnozės galimybes. Artritas vyresnio amžiaus žmonėms gali sumažinti fizinį pajėgumą bei sunkinti inhaliatorių naudojimą. Vyresnio amžiaus pacientai yra dažniau hospitalizuojami dėl astmos.

Skiriant astmos gydymą vyresnio amžiaus žmonėms siekiama tų pačių tikslų, t. y. astmos kontrolės ir paūmėjimų prevencijos, tačiau atsižvelgiama ir į gretutines ligas, vartojamus medikamentus bei paciento gebėjimą pačiam apsitarnauti. Duomenų apie medikamentų astmai gydyti

efektyvumą vyresnio amžiaus žmonėms nėra daug, nes šie pacientai paprastai į klinikinius tyrimus neįtraukiami. Šalutinis $\beta 2$ agonistų, gliukokortikoidų poveikis dažnesnis vyresnio amžiaus žmonėms. Šiems asmenims taip pat sumažėja teofilinų klirensas. Parenkant inhaliatorių vyresnio amžiaus astma sergantiems pacientams reikia atsižvelgti į jo fizinį pajėgumą, regėjimą, įkvėpimo srovę. Įkvėpimo technika turi būti tikrinama kiekvieno vizito metu. Vyresnio amžiaus pacientai paprastai vartoja daug vaistų gretutinėms ligoms gydyti, todėl reikėtų stengtis skirti kuo mažiau atskirų inhaliatorių.

SUNKI ASTMA

Nors daugeliu atvejų galima pasiekti gerą astmos kontrolę (1 lentelė), kai kuriems pacientams tai nepavyksta net skiriant intensyviausią gydymą. Terminas „sunkiai gydoma astma“ (angl. *difficult-to-treat asthma*) vartojamas apibūdinti pacientams, kuriems gerą astmos kontrolę trukdo pasiekti tokie veiksniai, kaip gretutinės ligos, netinkamas vaistų vartojimas, alergenai. „Gydymui atsparia astma“ (angl. *treatment resistant asthma*) nurodo pacientus, kuriems nustatyta astma, tačiau jos simptomų ir paūmėjimų kontrolė nepasiekama, nepaisant gydymo didelėmis inhaliuojamųjų gliukokortikoidų dozėmis bei pridėjus antrą kontroliuojamąjį vaistą, kaip antai ilgo veikimo $\beta 2$ agonistą ar/ir sisteminius gliukokortikoidus, bei adekvačiai gydant gretutines ligas bei tuos, kuriems simptomai pablogėja pakopa sumažinus astmos gydymą. „Sunki astma“ (angl. *severe asthma*) apima pacientus, kurie serga gydymui atsparia astma bei gydant gretutines ligas negaunamas pakankamas atsakas.

2 lentelė. Astmos diagnozės patvirtinimas, kai pacientas jau vartoja kontroliuojamuosius vaistus

| Dabartinė būklė | Pakopos astmos diagnozei patvirtinti |
|---|--|
| Kintantys simptomai ir kintanti kvėpavimo takų obstrukcija | Patvirtinama astmos diagnozė. Nustatomas astmos kontrolės lygis. Peržiūrėti ir paskirti kontroliuojamieji vaistai |
| Kintantys simptomai, bet nėra kintančios kvėpavimo takų obstrukcijos | Pakartoti bronchų dilatacinį mėginį nutraukus bronchus plečiančius vaistus (trumpo veikimo β_2 agonistus 4 val., ilgo veikimo β_2 agonistus >12 val.) ar simptomų metu. Jei norma – apsvarstyti kitas diagnozes. <i>Jei FEV₁ >70 proc. būtinojo dydžio</i> – atlikti bronchų provokacinį mėginį. Jei jis neigiamas – mažinti pakopa kontroliuojamąjį gydymą ir pakartotinai iširti po 2–4 sav. <i>Jei FEV₁ <70 proc. būtinojo dydžio</i> – padidinti kontroliuojamuosius vaistus pakopa aukščiau ir skirti juos 3 mėnesius. Po to pakartotinai įvertinti simptomus ir plaučių funkciją. Jei atsako negauta – paskirti anksčiau skirtą gydymą ir pacientą nukreipti ištyrimui bei diagnozei nustatyti |
| Mažai simptomų, normali plaučių funkcija, nėra kintamos kvėpavimo takų obstrukcijos | Pakartoti bronchų dilatacinį mėginį nutraukus bronchus plečiančius vaistus (trumpo veikimo β_2 agonistus 4 val., ilgo veikimo β_2 agonistus >12 val.) ar simptomų metu. Jei norma – apsvarstyti kitas diagnozes. Pakopa mažinti kontroliuojamąjį gydymą: <ul style="list-style-type: none"> • Jei daugėja simptomų ir blogėja plaučių funkcija – astmos diagnozė patvirtinama. Tada padidinama kontroliuojamųjų vaistų dozė iki minimalios efektyvios prieš tai vartotos. • Jei simptomai ir kvėpavimo funkcija nesikeičia skiriant žemiausios pakopos kontroliuojamuosius vaistus – galima nutraukti šiuos vaistus ir stebėti pacientą mažiausiai 12 mėnesių |
| Nuolatinis dusulys ir stabili kvėpavimo takų obstrukcija | Padidinti kontroliuojamuosius vaistus pakopa aukščiau ir skirti juos 3 mėnesius, po to pakartotinai iširti simptomus ir plaučių funkciją. Jei atsako negauta – paskirti anksčiau skirtą gydymą ir pacientą nukreipti ištyrimui bei diagnozei nustatyti. Apgalvoti astmos – lėtinės obstrukcinės plaučių ligos persidengimo sindromą |

3 lentelė. Kaip mažinti kontroliuojamuosius vaistus norint patvirtinti astmos diagnozę**1. Įvertinti**

- Dokumentuoti paciento dabartinę būklę: astmos kontrolę ir plaučių funkciją. Jei pacientui yra didelė astmos paūmėjimo rizika, nemažinti kontroliuojamųjų vaistų nesant galimybės pacientą dažnai stebėti.
- Pasirinkti tinkamą laiką (nėra kvėpavimo takų infekcijos, nėštumo, pacientas neišvyksta atostogauti).
- Pacientui pateikti rašytinį astmos priežiūros ir gydymo planą, kad žinotų, kaip atpažinti simptomus ir elgtis jiems pablogėjus. Įsitikinti, kad pacientas turi pakankamai vaistų, jei astma pablogėtų ir reiktų grįžti prie ankstesnių gydymo dozių

2. Koreguoti gydymą

- Paaiškinti pacientui, kaip mažinti inhaliuojamuosius gliukokortikoidus 25–50 proc. ar nutraukti kitus kontroliuojamuosius vaistus (pvz., ilgo veikimo β_2 agonistus, leukotrienų receptorių antagonistus), jei buvo vartojami.
- Paskirti kitą vizitą po 2–4 sav.

3. Įvertinti atsaką

- Pakartotinai įvertinti paciento būklę: astmos kontrolę ir plaučių funkciją.
- Jei simptomai blogėja ir patvirtinama kintama kvėpavimo takų obstrukcija – astmos diagnozė patvirtinama. Padidinama kontroliuojamųjų vaistų dozė iki minimalios efektyvios prieš tai vartotos.
- Jei simptomai ir kvėpavimo funkcija nesikeičia skiriant žemiausios pakopos kontroliuojamuosius vaistus – galima nutraukti šiuos vaistus, įvertinti astmos kontrolę ir kvėpavimo funkciją po 2–3 sav., tačiau stebėti pacientą mažiausiai 12 mėnesių

Daugelis pacientų, sergančių sunkia ar sunkiai gydoma astma, dažnai ar nuolatos jaučia astmos simptomus, dažnai kartojasi astmos paūmėjimai, blogėja kvėpavimo funkcija ir gyvenimo kokybė. Atsižvelgiant į klinikinius ir uždegimo požymius, išskiriama keletas sunkios astmos tipų: ankstyva sunki alerginė astma; vėlyva, nealerginė, nuo gliukokortikoidų priklausoma, su stabilia kvėpavimo takų obstrukcija sunki astma; vėlyva vyresnių nutukusių moterų sunki astma.

Gydymui gliukokortikoidais iš tikrųjų yra atspari labai maža lignonų dalis, todėl prieš nustatant, kad nekontroliuojama astma yra sunki, pirmiausia reikia išsiaiškinti galimas visas kitas priežastis, dėl kurių astmos gydymas yra neefektyvus (1 lentelė).

Sunkios astmos gydymo galimybės pateiktos 1 lentelėje. Dėl vaistų perdozavimo pavojus šiems pacientams verta siekti dalinės astmos kontrolės, susitaikant su priimtinu kasdienės veiklos apribojimu ir saikingais simptomais.

Nors blogesnė kontrolė yra susijusi su didesne paūmėjimų rizika, ne visiems šios grupės pacientams su sutrikusia plaučių funkcija, sumažėjusiu aktyvumu ir dienos simptomais būna dažni astmos paūmėjimai.

ASTMOS DIAGNOZĖS PATVIRTINIMAS, KAI PACIENTAS JAU VARTOJA KONTROLIUOJAMUOSIUS VAISTUS

Pacientams, sergantiems astma ir vartojantiems vaistus, ne visada būna dokumentuotas astmos diagnozės nustatymas. Tam tikrais atvejais, kylant abejonių dėl diagnozės tikslumo, astmos diagnozę reikia patvirtinti ar paneigti objektyviais tyrimais.

Kokiu būdu patvirtinsime astmą pacientui, kuris jau vartoja kontroliuojamuosius vaistus astmai gydyti, priklauso nuo paciento simptomų ir plaučių funkcijos (2 lentelė).

Parengta pagal Lietuvos suaugusiųjų astmos diagnostikos ir gydymo sutarimą 2015