MATERIAŁY PROMOCYJNE PRZYGOTOWANE I POCHODZĄCE OD MEDIAPLANET

Maj 2021 | **byczdrowym.info**

mediaplanet

Zdrowy oddech

Sprawdź
Alergiczny nieżyt nosa – diagnoza, kontrola, leczenie **s3**

Ekspert
Steroidofobia w leczeniu astmy oskrzelowej **s7**

Prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk

Jakie wyzwania związane z leczeniem raka płuca czekają na nas w czasie postcovidowym?

WYZWANIA

Choroby płuc – skala problemu

Na choroby płuc, zarówno te przewlekłe, jak i ostre oraz onkologiczne, chorują miliony Polaków.

W WYDANIU

04

Prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko
Postpandemiczne wyzwania w diagnostyce i leczeniu raka płuca

05

Prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski
Upodmiotowienie pacjenta z NDRP

06

Dr n. med. Piotr Dąbrowiecki
Astma – choroba 4 milionów Polaków

Head of Business Development: **Karolina Kukiełka**
Senior Business Developer: **Daria Kostka**
Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**
Managing Director: **Adam Jabłoński**
Skład: **Mediaplanet**
Web Editor: **Tatiana Anusik**
Opracowanie redakcyjne: **Sonia Młodzianowska, Aleksandra Podkówka-Poźniak**
Fotografie: **istockphoto.com, zasoby własne**
Kontakt: **e-mail: pl.info@mediaplanet.com**
MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.
ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa

facebook.com/byczdrowymPL
mediaplanetpl
@Mediaplanet_Pol
Please Recycle

Prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński
Kierownik II Kliniki Chorób Płuc, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (PTChP)

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Z jakimi chorobami płuc mamy obecnie do czynienia i jakie są dane epidemiologiczne?
Biorąc pod uwagę czas trwania objawów, rozróżniamy choroby przewlekłe (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc) i ostre (np. zapalenie płuc). Jeśli chodzi o czynnik wywołujący dane schorzenie, są to choroby infekcyjne (gruźlica, zapalenie oskrzeli) i nieinfekcyjne oraz nowotworowe. Wśród przewlekłych chorób nieinfekcyjnych układu oddechowego najczęstszymi są przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) – 2,5 do 3 milionów chorych w Polsce – oraz astma o podobnej częstości występowania, które cechuje zwężenie oskrzeli. Inną grupą przewlekłych, nieinfekcyjnych chorób płuc są choroby śródmiąższowe płuc. Liczone są w dziesiątkach tysięcy, ale za to są bardziej różnorodne, bo wyróżnia się wśród nich około 300 jednostek. Warto także przytoczyć dane epidemiologiczne dotyczące raka płuca. Jest to drugi co do częstości zachorowań nowotwór u mężczyzn (po raku prostaty), a także drugi najczęściej występujący nowotwór u kobiet (po raku piersi). Rak płuca jest jednak przyczyną największej liczby zgonów (około 23 tys. rocznie) spośród wszystkich chorób nowotworowych w Polsce.

Jaka jest zatem rola prewencji i wczesnej diagnostyki w zapobieganiu pojawiania się zaawansowanych stanów chorobowych?
Rzucenie palenia jest tutaj kluczowe. Palenie tytoniu jest główną przyczyną POChP i raka płuca, a więc dwóch chorób wymagających często kosztownego leczenia i niestety obarczonych wysoką śmiertelnością. W przypadku raka płuca najskuteczniejszym leczeniem jest leczenie operacyjne, lecz tylko u 20 proc. chorych. Pozostali, z powodu zaawansowania choroby, nie mogą być operowani, za to stosuje się u nich coraz skuteczniejsze terapie zachowawcze: chemioterapię, radioterapię, leczenie ukierunkowane molekularnie czy immunoterapię. Sytuację tę można zmienić, budując świadomość onkologiczną nie tylko w społeczeństwie, ale też wśród lekarzy. Pojawienie się suchego kaszlu czy przewlekające się zmiany zapalne w płucach powinny być sygnałem do poszerzenia diagnostyki w kierunku raka płuca. Czasem jednak rozwija się on bezobjawowo. Rozwiązaniem jest niskodawkowa tomografia komputerowa klatki piersiowej. Pilotażowy program takich badań skierowany do osób palących papierosy po 55. roku życia rozpoczął się w Polsce na początku tego roku. Niestety, pandemia spowodowana koronawirusem chwilowo przerwała realizację programu. Także wczesne wykrycie POChP i rozpoczęcie odpowiedniego leczenia stwarza szansę na uniknięcie rozwoju ciężkich postaci choroby, prowadzących do inwalidztwa oddechowego i wymagających kosztownego leczenia z wykorzystaniem tlenoterapii czy nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.

> Chorzy na POChP, astmę oraz inne przewlekłe choroby układu oddechowego powinni bezwzględnie kontynuować leczenie według zaleceń, które otrzymywali od lekarza do tej pory.

A jaka jest obecnie sytuacja pacjentów przewlekle chorych?
Chorzy na przewlekłe choroby układu oddechowego mają podobne ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 jak populacja ogólna. Jednak w przypadku zakażenia tym wirusem choroby płuc predysponują do częstszego rozwoju ciężkiej postaci choroby COVID-19, w tym powikłanej niewydolnością oddychania czy zespołem ARDS. Znaczenie dla rokowania ma stopień zaawansowania choroby podstawowej, obecność innych schorzeń, szczególnie sercowo-naczyniowych (nadciśnienie tętnicze) i metabolicznych (cukrzyca). U pacjentów z ciężką astmą czy zaawansowaną postacią POChP potencjalne zakażenie nowym koronawirusem może w większym stopniu odbić się na stanie zdrowia niż u osób z łagodnymi postaciami tych chorób. Chorzy na POChP, astmę oraz inne przewlekłe choroby układu oddechowego powinni bezwzględnie kontynuować leczenie według zaleceń, które otrzymywali od lekarza do tej pory. Podstawą leczenia chorych na astmę jest stosowanie steroidów wziewnych, a chorych na POChP – leków rozszerzających oskrzela.

Partnerzy

MSD INVENTING FOR LIFE · Chiesi · PTA Polskie Towarzystwo Alergologiczne · Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP · Polskie Towarzystwo Chorób Płuc · Lazarski · IZWOZ Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia

EKSPERT

Alergiczny nieżyt nosa – dlaczego tak ważne są diagnoza, kontrola choroby i skuteczne leczenie?

Dzięki przeprowadzonemu w Polsce badaniu ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) wiemy, że problem alergicznego nieżytu nosa dotyczy co najmniej 25 proc. naszej populacji. Nie zawsze jednak i nie wszyscy chorzy są właściwie zdiagnozowani i leczeni.

Czym jest ANN i jakie są czynniki wywołujące i wyzwalające tę chorobę?
Alergiczny nieżyt nosa jest jedną z najczęstszych chorób górnych dróg oddechowych objawiającą się kichaniem, wyciekiem z nosa, świądem, niedrożnością nosa. Objawy dotykają również oczu, powodując ich świąd, łzawienie i zaczerwienienie. W odróżnieniu od innych nieżytów nosa, ten alergiczny pojawia się tylko u osób uczulonych, czyli tych, których układ immunologiczny wyprodukował specjalne białka, immunoglobuliny E, które mogą być skierowane na przykład przeciwko pyłkom roślin, roztoczom kurzu domowego, sierści zwierząt czy zarodnikom grzybów. Bywa, że jest się uczulonym tylko na jeden alergen, dość często mamy jednak do czynienia z sytuacjami współistnienia kilku różnych alergii.

Polska na tle Europy i świata jest jednym z krajów o najwyższym stopniu występowania ANN – w jakim wieku najczęściej zaczynają manifestować się objawy choroby?
Dzięki przeprowadzonemu w Polsce badaniu ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) wiemy, że problem alergicznego nieżytu nosa dotyczy co najmniej 25 proc. naszej populacji. Nie zawsze jednak i nie wszyscy chorzy są właściwie zdiagnozowani i leczeni. Objawy pojawiają się zwykle po 5. roku życia, a większość (choć nie wszyscy) alergików swoje pierwsze objawy zauważyła przed wejściem w wiek dorosły.

Jaka jest rola lekarza pierwszego kontaktu w rozpoznaniu i diagnozie ANN?
Ta rola jest nie do przecenienia. Przede wszystkim należy być świadomym skali problemu. Dobrze jest pamiętać, że co czwarty z naszych pacjentów może zmagać się z alergią, choć nie wszyscy muszą swoje objawy ze strony nosa i oczu z nią kojarzyć. Warto nie tylko pomóc pacjentowi w danej chwili, poprzez wypisanie leków przeciwalergicznych, ale też skierować go do alergologa w celu wykonania odpowiedniej diagnostyki potwierdzającej związek objawów pacjenta z mechanizmami alergii zależnej od immunoglobulin E (IgE). Alergolog z kolei powinien pomóc pacjentowi w opracowaniu zarówno krótko-, jak i długofalowej strategii leczenia alergii.

Jakie są standardy leczenia ANN?
To w dużej mierze zależy od stopnia nasilenia objawów i czasu ich utrzymywania się. Na każdym etapie możemy zastosować leki przeciwhistaminowe nowej generacji, które oprócz wysokiej skuteczności charakteryzują się niskim ryzykiem wywoływania senności. Działają praktycznie od razu i są szczególnie skuteczne w redukcji kataru, łzawienia i świądu. Jeśli objawy są bardziej nasilone lub też jeśli mają charakter przewlekły, należy rozważyć włączenie glikokortykosteroidów donosowych. Co więcej, niezwykle kluczowe w przypadku umiarkowanych lub nasilonych oraz przewlekłych objawów alergicznego nieżytu nosa jest zakwalifikowanie pacjenta do immunoterapii swoistej.

Dlaczego tak ważny jest monitoring czynników wywołujących objawy i jaką rolę w ich kontroli odgrywają aplikacje mobilne?
To proste: im bardziej poznajemy ruchy przeciwnika, tym lepiej możemy przygotować swoją obronę. I dlatego szczególnie przydatne są wszystkie narzędzia, zarówno przewidujące, jak i monitorujące na bieżąco stężenia pyłków roślin i zarodników grzybów w powietrzu. Dobrze, jeśli takie analizy obejmują inne ważne dla samopoczucia alergików elementy, takie jak zmiany pogody czy zanieczyszczenia powietrza. Oparte na takich informacjach odpowiednio wcześniej zaplanowane leczenie jest zawsze bardziej skuteczne niż nagłe działania podejmowane pod presją chwili.

Prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko
Kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kontynuacja wywiadu na stronie:

byczdrowym.info

SKUTECZNA kontrola alergii z Apsik!

DLACZEGO JEST TO TAK PROSTE?

NON-2021-1137

Zdefiniuj własny profil lub członków rodziny.

Otrzymasz aktualne dane o stężeniu pylenia alregenów wraz z prognozami na najbliższy okres.

Co dalej? Masz możliwość precyzyjnego monitorowania samopoczucia, objawów, tworzenia notatek.

W czym Ci to pomoże? Masz możliwość stworzenia raportu objawów, który można przesłać na maila i przekazać lekarzowi prowadzącemu.

Dzięki Apsik! znajdziesz najbliższe gabinety i lekarzy, sprawdzisz również, jak szybko działa stosowany przez Ciebie lek.

Aplikacja wyśle do Ciebie powiadomienie o zbliżającym się pyleniu zaznaczonych przez Ciebie alergenów, tak byś mógł umówić szybką konsultację ze specjalistą.

Aplikacja gwarantuje pełną prywatność danych, które zapisywane są wyłącznie w telefonie użytkownika, jest też całkowicie bezpłatna i nie wymaga rejestracji.

KONTROLA OBJAWÓW TO KLUCZ DO PODJĘCIA LECZENIA WCZEŚNIEJ I LEPSZEGO SAMOPOCZUCIA!

Czy wiesz, że alergia wymaga stałej kontroli?

Pobierz bezpłatną aplikację Apsik! i zareaguj odpowiednio wcześnie!
W aplikacji otrzymasz:

- aktualne informacje o pyleniu dla Twojego regionu
- powiadomienia o stężeniu alergenów
- bieżące informacje o smogu i pogodzie
- możliwość zapisania objawów w dzienniczku
- mapę gabinetów alergologicznych i laryngologicznych z możliwością umówienia wizyty

Kontroluj objawy alergii z Apsik!

NON-2021-1137

NOWOŚCI

Postpandemiczne wyzwania *w diagnostyce i leczeniu raka płuca*

Prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko
Kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Na raka płuca rocznie choruje 23 tys. Polaków. Pandemia COVID-19 sprawiła, że pacjenci zgłaszają się do lekarza jeszcze później. W rezultacie częściej diagnozowane są nowotwory w zaawansowanym stadium.

Rak płuca stawiał przed nami wyzwania diagnostyczne jeszcze przed pandemią, a jak ona wpływa na dostęp do diagnostyki i inicjatywę pacjenta w tym kierunku? Jakie wyzwania stoją nam na drodze w czasie postcovidowym?
Ten czas będzie trudny, gdyż do standardowych wyzwań, niemałych zresztą, dołączyły kolejne. Trzeba pamiętać, że rak płuca to z reguły nowotwór rozwijający się skąpoobjawowo, z którym pacjenci zgłaszają się późno. Do tego dochodzą problemy z koordynacją poszczególnych etapów diagnostyki, często wydłużony czas oczekiwania na wynik badania patomorfologicznego oraz długotrwała i nie zawsze kompletna diagnostyka markerów genetycznych. Zwłoka diagnostyczna stanowiła istotny problem jeszcze przed pandemią COVID-19, a średni czas od momentu pierwszego kontaktu z lekarzem rodzinnym do rozpoczęcia leczenia w Polsce był zbyt długi. Pandemia spotęgowała te problemy – pacjenci obawiają się kontaktu z placówkami medycznymi, bagatelizują objawy i zgłaszają się do nas jeszcze później. Do tego duża część oddziałów pulmonologicznych, które poprzednio rutynowo prowadziły diagnostykę raka płuca, jest wyłączona z normalnej pracy klinicznej, gdyż przyjęła na siebie największy ciężar opieki nad chorymi na COVID-19. To spowodowało, że dostęp do diagnostyki został znacznie ograniczony.

Jaką rolę w procesie diagnostycznym odgrywa wielospecjalistyczny zespół realizujący ten cel?
Jest on kluczowy, oznacza bowiem możliwość dostępu, korzystania z wiedzy specjalistów w zakresie różnorodnych dziedzin medycyny. Umożliwia więc faktyczną optymalizację i koordynację zarówno diagnostyki na każdym jej etapie, jak i leczenia. Innymi słowy, oznacza to ciągłość dostępu do takich specjalistów, jakich chory wymaga, w zależności od etapu swojej choroby, i to specjalistów w rozumieniu zarówno umiejętności, jak i doświadczenia konkretnie w opiece nad chorymi na raka płuca. Dzięki opiece wielodyscyplinarnej można przyspieszyć diagnostykę i zastosować optymalne leczenie, to z kolei daje szansę na poprawę rokowania. Jestem również przekonana, że wbrew pozorom jest to także opieka efektywniejsza kosztowo.

Dlaczego jednoczasowa diagnostyka wszystkich biomarkerów to tak ważne wyzwanie i scenariusz najbardziej optymalny?
Z powodów czasowych, ponieważ czas oczekiwania na wynik skracamy wtedy do minimum. Z powodu optymalnego wykorzystania materiału, bo diagnostykę wykonujemy najczęściej na podstawie materiału biopsyjnego, który w większości przypadków jest drobny. Tylko jednoczasowe wykonanie diagnostyki gwarantuje najbardziej ekonomiczne korzystanie z tego cennego materiału. Pamiętajmy, że jego pobranie to niezależnie od metody zabieg inwazyjny, bolesny i kosztowny. Trzeba też pamiętać, że rak płuca jest jednym z najczęstszych nowotworów w Polsce, bo choruje na niego rocznie około 23 tys. Polaków, więc kwestia ekonomiczna jest również bardzo istotna.

Jakie zmiany systemowe mogą doprowadzić nas do zwiększenia efektywności procesu diagnostycznego pacjenta z NDRP?
Kluczowe jest stworzenie ośrodków koordynowanej diagnostyki i leczenia raka płuca zapewniających opiekę wielodyscyplinarną, czyli tzw. Lung Cancer Units. Dlatego oprócz sieci ośrodków onkologicznych istnieje pilna potrzeba tworzenia placówek, które zajmowałyby się wybranymi nowotworami narządowymi, zapewniając ciągłą opiekę nad pacjentem. Rak płuca jest tutaj kluczowym przykładem.

Dlaczego diagnostyka molekularna odgrywa tak ogromną rolę w wyborze optymalnej ścieżki terapeutycznej pacjenta z NDRP?
Ponieważ wszystkie nowoczesne formy leczenia, którymi w tej chwili dysponujemy, wymagają wykonania diagnostyki molekularnych markerów predykcyjnych. Innymi słowy, żeby zastosować optymalne, personalizowane leczenie, musimy poznać molekularną charakterystykę nowotworu. Dlatego konieczne jest wykonanie oceny biomarkerów, czyli aktualnie w Polsce mutacji w genie EGFR, rearanżacji genów ALK i ROS1 oraz ekspresji białka PD-L1. Bez tego etapu nie można zastosować większości nowoczesnych leków, które są dostępne w Polsce dla chorych na zaawansowaną postać niedrobnokomórkowego raka płuca.

Kontynuacja wywiadu na stronie:

byczdrowym.info

EKSPERT

Konieczność zmian systemowych *dla sprawnej diagnostyki raka płuca*

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Renata Langfort
Zakład Patomorfologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

Kompleksowość diagnostyki raka płuca może przełożyć się na lepszą współpracę pomiędzy klinicystą i patomorfologiem, umożliwiając szybsze podjęcie decyzji dotyczących na przykład wykonania badań predykcyjnych i planowanego leczenia.

Jaką rolę odgrywa właściwa ścieżka diagnozy pacjenta z niedrobnokomórkowym rakiem płuca w zaplanowaniu optymalnej i skutecznej ścieżki terapeutycznej?
Podjęcie właściwej ścieżki diagnostycznej u chorego z guzem płuca podejrzanym o rozrost nowotworowy ma istotne znaczenie ze względu na dostępność materiału, jaki jest pobierany od pacjenta i przesyłany do badania patomorfologicznego. Trzy czwarte rozpoznań ustala się na podstawie małego materiału tkankowego, pobranego najczęściej w trakcie bronchofiberoskopii, czyli wycinków, które mają średnicę kilku milimetrów, lub materiału cytologicznego. Unikatowość tego materiału, jego wielkość wymaga niezwykle rozważnego wykorzystania, zwłaszcza w przypadkach, gdy chory jest w zaawansowanym, nieoperacyjnym stadium choroby, a takich chorych jest ok. 80 proc. Na podstawie tego materiału należy ustalić rozpoznanie, czyli odpowiedzieć na pytanie, czy na pewno wykryta zmiana jest rakiem. Jeśli jest rakiem – określić jego postać morfologiczną, bo od tego zależy dalsze postępowanie. Płuco jest również miejscem lokalizacji przerzutów nowotworów z innych narządów, w związku z tym niezbędne jest wykluczenie takiej możliwości. W wielu przypadkach ustalenie rozpoznania wymaga wykonania badań dodatkowych, z których każde powoduje stopniowe zużywanie i tak skąpego materiału. W momencie ustalenia rozpoznania pierwotnego raka płuca, przede wszystkim raka niedrobnokomórkowego, po określeniu jego postaci morfologicznej, niezbędne jest wykonanie badań predykcyjnych mających na celu określenie zaburzeń występujących w komórkach nowotworowych. Ich wykrycie pozwala na zastosowanie tzw. terapii celowanej, ukierunkowanej na stwierdzone nieprawidłowości, która daje bardzo duże szanse na zahamowanie, często całkowitą remisję nowotworu.

Reasumując, właściwa ścieżka postępowania diagnostycznego ma na celu ustalenie rozpoznania i w zależności od tego, jak ono brzmi, wykonanie badań, które umożliwią zastosowanie optymalnej terapii dla danego chorego.

Jak uporządkowanie sytuacji w diagnostyce raka płuca i obowiązek oznaczenia molekularnego nowotworu przełożą się na szybkie wdrożenie skutecznego leczenia?
Wspomniana kompleksowość diagnostyki raka płuca przekładałaby się na lepszą współpracę pomiędzy klinicystą i patomorfologiem, umożliwiałaby szybsze podjęcie decyzji dotyczących na przykład wykonania badań predykcyjnych i planowanego leczenia.

W chwili obecnej wykonanie badań genetycznych zleca lekarz klinicysta, który otrzymuje rozpoznanie patomorfologiczne i, w zależności od jego wyniku, zleca wykonanie badań genetycznych, a to znacznie wydłuża czas do podjęcia decyzji o leczeniu. Wydłużenie czasu oczekiwania na rozpoczęcie terapii jest także związane z wymogiem sekwencyjnego wykonywania badań predykcyjnych, co wiąże się z systemem ich refundacji. Negatywny wynik jednego pozwala dopiero na wykonanie kolejnego. Z pewnością przeprowadzenie jednoczasowej oceny testów predykcyjnych byłoby korzystniejsze.

Dlaczego tak ważne jest umożliwienie finansowania wykonywania jednego badania panelowego?
W chwili obecnej finansowane są tylko badania genetyczne, natomiast nadal brakuje wyceny badań patomorfologicznych, w tym również predykcyjnych testów immunohistochemicznych, m.in. oceniających ekspresję białka ALK czy PD-L1. Wykonanie tych badań jest kosztem, który ponosi szpital. W związku z tym często bardziej opłacalne jest wykonanie badania droższą i dłuższą techniką biologii molekularnej niż tańszą i szybszą immunohistochemiczną.

Poza tym, zgodnie z programem leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca w Polsce i obecnymi zasadami refundacji, patomorfolog nie może wykonać badania w kierunku ekspresji białka ALK, jeśli wcześniej nie została wykluczona mutacja w genie EGFR. Podobnie z oceną ekspresji PD-L1 – tutaj dodatkowo istotna jest informacja o IV stopniu zaawansowania choroby. Wprowadzenie finansowania badań patomorfologicznych na pewno w istotny sposób ułatwi diagnostykę raka płuca.

Dlaczego tak istotne jest tworzenie referencyjnych placówek diagnostyki molekularnej – przynajmniej jednej w województwie?
Wprowadzenie referencyjnych placówek diagnostyki molekularnej jest przede wszystkim gwarancją jakości i wiarygodności tych badań. Poza tym wydaje mi się, że wpływałoby to również na obniżenie ich kosztów. Badania molekularne są badaniami drogimi, a pojawiające się nowe techniki, jak na przykład sekwencjonowanie nowej generacji (NGS), które pozwala na jednoczasową ocenę zaburzeń genetycznych w wielu genach, i które z pewnością stanie się rutynową metodą wykorzystywaną w kwalifikacji do leczenia raka płuca i innych nowotworów, wymagają wykwalifikowanej kadry. Nie ma potrzeby mnożenia wielu małych ośrodków, lepiej opierać się na kilku dobrze wyposażonych i wiarygodnych placówkach.

Kontynuacja wywiadu na stronie:

byczdrowym.info

WAŻNE

Szybkie działanie to klucz do zastosowania **innowacyjnego leczenia raka płuca**

Mimo wprowadzenia do programu lekowego nowoczesnych terapii, pandemia spowodowała, że większość pacjentów, u których diagnozowany jest rak płuca, nie może z nich skorzystać.

Jesteśmy po ponadrocznej walce z pandemią, która zaburzyła cały system ochrony zdrowia, a co za tym idzie, także diagnostykę nowotworu płuca. Jak to wpłynęło na pacjentów, którzy obecnie trafiają do specjalistów?

Zdecydowanie więcej obserwujemy teraz chorych w wysokich stadiach zaawansowania, z chorobą przerzutową, w stosunku do czasów przed pandemią. Ma to związek z tym, że czas diagnostyki od wystąpienia pierwszych objawów do postawienia ostatecznego rozpoznania wydłużył się wielokrotnie. Początek wszystkich trudności spowodował brak dostępności do lekarzy i wdrożenie teleporad, przez co chorzy nie byli odpowiednio diagnozowani i dochodziło do podstępnego rozwoju choroby nowotworowej. Kolejną kwestią jest kumulacja chorych po luzowaniu obostrzeń, co z kolei powoduje wzrost liczby wizyt u specjalistów i wytworzenie długich kolejek do podstawowych badań diagnostycznych. Ten sam problem dotyczy także przyjęć na oddział w celu rozpoczęcia leczenia systemowego. Dlatego też ta sytuacja jest bardzo trudna. Nie ułatwia też jej to, że chorzy mają wyższe stadia zaawansowania nowotworu, a fakt, że nierzadko trafiają do nas w złym stanie sprawności, z dysfunkcją narządów i układów, przekłada się na brak możliwości zastosowania jakiegokolwiek leczenia systemowego.

Prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk
Katedra i Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Dlaczego teleporady dołożyły do obecnej sytuacji swoją „cegiełkę”?

Teleporady są dobrym pomysłem, jednak są stworzone dla chorych na przewlekłe schorzenia, takie jak np. POChP czy nadciśnienie tętnicze. Wówczas taka teleporada i wypisanie e-recepty jest zazwyczaj wystarczające. Natomiast w sytuacji, kiedy podejrzewa się chorobę nowotworową, trzeba ją szybko zdiagnozować. Niestety, mamy chorych, którzy przez pół roku mieli objawy sugerujące, że jest to rak płuca, ale nie mieli zlecanego nawet prześwietlenia klatki piersiowej, a gdy już je wykonywano, okazywało się, że jest tam duży guz, który nie może być leczony operacyjnie.

Jak opóźniona diagnoza może wpływać na możliwość zastosowania innowacyjnych, dostępnych w szerszym zakresie od początku tego roku terapii?

W związku z trudną sytuacją ogólną pojawiają się również kolejne opóźnienia związane tym razem z diagnostyką czynników predykcyjnych, polegające na wykonaniu oceny mutacji w genie EGFR, rearanżacji genów ALK i ROS1 oraz ekspresji białka PD-L1. Dlatego, chociaż chorzy na raka płuca od stycznia 2021 roku zyskali możliwość leczenia bardzo dobrymi, personalizowanymi metodami terapeutycznymi w ramach programu lekowego, to niestety brak szybkiej diagnostyki specjalistycznej z powodu wydłużenia kolejek oraz kumulacji pacjentów w wysokich stadiach zaawansowania przekłada się na to, że dostęp do diagnostyki czynników predykcyjnych również jest opóźniony. To wszystko skutkuje brakiem możliwości zastosowania innowacyjnego, personalizowanego leczenia.

Jakie wyzwania czekają na nas w czasie postcovidowym? Czy możliwy jest relatywnie szybki powrót do „normalności”, w kontekście zarówno diagnostyki, jak i leczenia, w tym zabiegowego?

Szybki powrót nie jest możliwy, bo trzeba pamiętać, że leczeniem raka płuca zajmują się ośrodki pulmonologiczne, a leczą one również pacjentów z zespołem postcovidowym. Tym samym, uregulowanie sytuacji tych chorych będzie niezmiernie trudne i dopiero później będzie można podjąć próby przyspieszenia diagnostyki chorych na raka płuca oraz ich leczenia. Należy pamiętać, że ta sytuacja nie poprawi się tak szybko, nawet jeśli pandemia za moment się zatrzyma. Bo – tak jak wspominałem – chociaż mamy nowoczesne, personalizowane terapie, to obecnie trafiają do nas chorzy z zaawansowanymi postaciami raka płuca, którzy umierają tuż po podstawowej diagnostyce. Tym samym, najważniejszym wyzwaniem będzie przyspieszenie diagnostyki i kwalifikacji do leczenia oraz samego leczenia.

Upodmiotowienie pacjenta z **NDRP**

W niedrobnokomórkowym raku płuca (NDRP) ostatnie dwa lata to niesamowity postęp naukowy i medyczny. Onkolodzy mówią wręcz o prawdziwym przełomie, zarówno w terapiach, jak i w dostępności do najnowocześniejszych z nich, co sprawiło, że ten rodzaj nowotworu ze śmiertelnego stał się... chorobą przewlekłą.

Onkologia personalizowana w NDRP

Personalizowanie ścieżki terapeutycznej pacjentów z nowotworem płuca ma ogromne znaczenie, jeśli chodzi zarówno o efektywność, jak i mniejszą inwazyjność leczenia w tak agresywnej chorobie, jaką jest niedrobnokomórkowy rak płuca. Pacjenci z tą do niedawna prawie zawsze śmiertelną chorobą dziś mogą zachować nie tylko samodzielność i aktywność zawodową, ale też... życie.

Personalizowane, zindywidualizowane leczenie jest nieporównywalnie bardziej efektywne, jeśli chodzi o czas przeżycia całkowitego niż klasyczna chemioterapia działająca niestety na oślep, jak broń obosieczna. Nie mówimy wtedy o przedłużeniu życia o 6-8 miesięcy, ale co najmniej o 15, a nawet 48 i więcej. Ponadto w leczeniu personalizowanym mamy zupełnie inny profil toksyczności leków, nie występują więc skutki uboczne, takie jak utrata owłosienia, nudności, wymioty. Nie ma również zaburzeń układu immunologicznego wynikających z uszkodzenia tych frakcji leukocytów, które odpowiadają za odporność.

Terapie molekularne i immunoterapia

Nowoczesne terapie w NDRP to precyzyne, skuteczne i zindywidualizowane leczenie będące przyszłością onkologii szytej na miarę. Ale i teraźniejszością. Postęp, który dokonał się w leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuca już dziś pozwala na stosowanie leków molekularnych i immunokompetentnych (immunoterapii) również dla polskich pacjentów.

Prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski
Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Narodowym Instytucie Onkologii – Państwowym Instytucie Badawczym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Leki ukierunkowane molekularnie, w przeciwieństwie do chemioterapii, oddziałują bezpośrednio na komórki rakowe i je niszczą. Natomiast immunoterapia nie jest oparta na lekach przeciwnowotworowych i nie oddziałuje bezpośrednio na komórki raka, lecz w taki sposób działa na system immunologiczny pacjenta, aby ten sam niszczył komórki nowotworowe. Zdecydowanie zbliżamy się jakością leczenia w naszym kraju do standardów europejskich i amerykańskich zgodnych z ESMO i ASCO. Ostatnie dwa lata to wręcz kroki milowe w onkologii.

Postępy w polskiej onkologii

Ostatnia modyfikacja onkologicznej listy refundacyjnej wprowadziła trzy zasadnicze zmiany w terapiach. Pierwsza to wprowadzenie leku, który jest przeznaczony dla chorych leczonych radykalną radiochemioterapią jednoczasową jako leczeniem konsolidującym. Terapia polega na podawaniu tego leku przez 12 miesięcy, co zwiększa odsetek chorych trwale wyleczonych. Przy takim trybie leczenia ponad połowa pacjentów żyje nadal, a przy braku leczenia konsolidującego tylko 30 proc. Zysk jest zatem prawie dwukrotny. Drugą ważną zmianą jest wprowadzenie inhibitora trzeciej generacji, który hamuje nie tylko szlak osi EGFR, ale także mutację oporności T790M, która pojawia się w przypadku leczenia inhibitorami pierwszej i drugiej generacji.

Trzecia istotna zmiana dla chorych to wprowadzenie możliwości leczenia tzw. złożonego, czyli zastosowania połączenia immunoterapii i chemioterapii w tej populacji, gdzie immunoterapia samodzielna nie może być zastosowana.

Immunoterapia jest uznana za przełom w leczeniu ogólnoświatowym, a leczenie czerniaków i raków niedrobnokomórkowych to tego sztandarowe dowody. Jeszcze do niedawna były to nowotwory nieuleczalne, a dzięki immunoterapii zyskujemy potężny arsenał do walki z tymi chorobami. Kolejnym etapem rozwoju onkologii będzie coraz większy podział dziedziny na wysokospecjalistyczne działy, czyli rozwój onkologii szytej na miarę zarówno w leczeniu molekularnym, jak i właśnie w immunoterapii.

WYZWANIA

Astma – choroba 4 milionów Polaków

Nie tylko geny wpływają na predyspozycje do rozwoju astmy. Mieszkanie w mieście, oddychanie zanieczyszczonym powietrzem powoduje częstsze zachorowania. Mieszkańcy wsi dwukrotnie rzadziej cierpią z powodu tej choroby.

Dr n. med. Piotr Dąbrowiecki
Klinika Chorób Infekcyjnych i Alergologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Przewodniczący Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergie i POChP

Astma – przewlekła zapalna choroba oskrzeli

Astmę oskrzelową podejrzewamy u osób, które odczuwają duszności, uczucie ucisku w klatce piersiowej, z towarzyszącymi świstami i kaszlem. Często długotrwały kaszel jest jedynym objawem tej choroby – szczególnie u dzieci. Objawy choroby są spowodowane stanem zapalnym oskrzeli, który powstał po kontakcie z uczulającymi alergenami, lub są wynikiem przewlekających się infekcji bakteryjnych czy wirusowych.

Astmie towarzyszy nadreaktywność oskrzeli polegająca na wrażliwości oskrzeli na czynniki obojętne dla osób zdrowych. Kaszel, świsty i duszność mogą się pojawić po kontakcie z zimnym powietrzem, dymem tytoniowym, intensywnymi zapachami. Mogą je wyzwolić także silne emocje lub wysiłek fizyczny.

Objawy astmy mogą mijać samoistnie i pojawiają się znowu po kontakcie z uczulającymi alergenami (najczęściej roztocza kurzu domowego, pyłki drzew, traw lub chwastów, zarodniki grzybów pleśniowych, sierści zwierząt domowych, niektóre leki, np. aspiryna i inne niesterydowe leki przeciwzapalne lub pokarmy).

Zaostrzenia choroby bywają także wywołane przez infekcje układu oddechowego lub przez oddychanie zanieczyszczonym powietrzem, z czym mamy w Polsce często do czynienia w sezonie jesienno-zimowym. W Polsce na astmę chorują ponad 4 mln osób, ale tylko 2 mln wiedzą, że u podstawy ich kaszlu i duszności stoi ta przewlekła choroba.

Czy łatwo rozpoznać astmę?

Astmę rozpoznajemy na podstawie charakterystycznych objawów (duszność, kaszel, świsty podczas oddychania), którym towarzyszy zmienne ograniczenie przepływu powietrza przez układ oddechowy. Zmienność charakteru i czasu występowania objawów jest typowa dla astmy, ale powoduje problemy z postawieniem odpowiedniego rozpoznania. Jeśli uda się udowodnić, że oskrzela osoby chorej były zwężone, to w prosty sposób potwierdza się rozpoznanie. W tym celu wykonujemy badanie spirometryczne, które mierzy ilość powietrza i czas, w którym przepływa ono przez kolejne partie układu oddechowego. Wynik badania bywa prawidłowy w połowie przypadków tej choroby i nie należy wyciągać pochopnych wniosków, że prawidłowy wynik oznacza wykluczenie choroby. Aby zobiektywizować co dzieje się w układzie oddechowym, możemy także zmierzyć PEF (maksymalny natężony wydech) – badanie szybkie i wygodne do przeprowadzenia.

Rozpoznanie i co dalej?

Na podstawie wywiadu i wyników badań dodatkowych lekarz rozpoznaje astmę, jej rodzaj i stopień kliniczny choroby. To ważny moment. Astma może być alergiczna, niealergiczna, związana z wykonywanym zawodem, astma u osób starszych, ujawniająca się u osób palących tytoń, przypominająca przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astma z trwałą obturacją oskrzeli.

W zależności od objawów choroby pacjent otrzymuje odpowiednie leczenie, zawierające jeden lek lub kilka leków przeciwastmatycznych. W terapii astmy podstawą jest stosowanie sterydów wziewnych. Podanie leków drogą wziewną pozwoliło zmniejszyć dawki leków na tyle, aby zachować siłę działania. Wziewne sterydy zmniejszają stan zapalny oskrzeli, tym samym niwelują kaszel, świsty i duszność. Redukują obrzęk błony śluzowej, oskrzela się rozszerzają, zmniejsza się ilość gęstej, lepkiej wydzieliny. Każdy chory, który ma objawy astmy, powinien przyjmować małe dawki wziewnych sterydów – same lub z lekiem rozszerzającym oskrzela. Dodatkowo możemy stosować leki antyleukotrienowe, a przy ciężkim przebiegu choroby sterydy doustne. W ostatnich latach w terapii astmy ciężkiej możemy zamiast sterydów doustnych zastosować leki biologiczne.

Czy leczenie astmy jest bezpieczne?

W terapii astmy stosujemy głównie leki wziewne. Dzięki temu za pomocą małej dawki leku uzyskujemy duży efekt kliniczny. Niestety, aby w pełni skorzystać z efektu działania tych preparatów, należy dokładnie znać i umieć zastosować w praktyce zasady aerozoloterapii. Nieumiejętne stosowanie powoduje, że ponad połowa chorych otrzymująca leki wziewne leczy się nieskutecznie. Nieskuteczne leczenie może prowadzić do powikłań, a nawet do rozwoju ciężkiej postaci astmy.

Monitorowanie efektów leczenia

Nadzorowanie efektów leczenia to oczywiście rola lekarza, ale bez pomocy chorego nie jest on w stanie „uszyć na miarę" odpowiedniej terapii. Na początku leczenia objawowego chorego leczymy, stosując co najmniej 2 leki (najlepiej z jednego inhalatora), ale w trakcie leczenia terapia się zmienia – następuje intensyfikacja lub zmniejszenie nasilenia terapii.

Świadomy pacjent pamięta lub ma zapisane, ile razy od czasu ostatniej wizyty wybudził się w nocy z powodu objawów astmy, ile razy użył leku doraźnego, aby złagodzić objawy (kaszel, duszność), i jak często miał objawy w ciągu dnia.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

WAŻNE

Skuteczne leczenie astmy: 5 wytycznych dla pacjenta

Lekarz musi rozmawiać z pacjentem, uświadomić go, na jaką chorobę choruje i na co jest uczulony. Poinformować go, czym jest astma i w jaki sposób się ją leczy. Powinien także pokazać pacjentowi, jak prawidłowo korzystać z inhalatora i przyjmować przepisane leki, oraz kontrolować poprawność ich stosowania przez chorego.

Pacjent powinien mówić lekarzowi o swoich wątpliwościach, zadawać mu pytania i poszerzać swoją wiedzę na ten temat. Powinien być partnerem w leczeniu swojego schorzenia. W placówkach specjalistycznych są prowadzone wykłady na temat tego, czym jest astma i jak prawidłowo ją leczyć.

Prawidłowo dobrane leczenie najczęściej powoduje wyciszenie wielu objawów choroby, nie oznacza to jednak, że astma ustąpiła. Pod żadnym pozorem nie wolno choremu w takim przypadku odstawiać zapisanych leków. Astma jest chorobą na całe życie, a o zmianie leczenia może decydować tylko lekarz.

Sterydy wziewne nie powodują działań niepożądanych, takich jak tycie.

Chory nie powinien stosować żadnych zamienników leków bez konsultacji z lekarzem. Każdy lek ma odpowiednio dopasowany inhalator, który stosuje się w określony sposób.

Jeśli w aptece pacjentowi zamieni się przepisany preparat i nie wyedukuje się go, w jaki sposób lek przyjmować, można wywołać zaostrzenie objawów. Stosowanie zamienników nie jest zabronione, ale najlepiej robić to po konsultacji ze swoim lekarzem.

5 „złotych zasad" dla chorego na astmę

Bądź aktywnym pacjentem: pytaj, zgłaszaj wątpliwości, proś lekarza o wyjaśnienia. Jakość leczenia astmy zależy od dobrej komunikacji lekarz-pacjent.

Upewnij się, że wiesz, jak przyjmować swoje leki, i że znasz prawidłową technikę inhalacji.

Jeśli objawy ustąpiły, to znaczy, że leki są właściwie dobrane i należy kontynuować ich przyjmowanie, a nie że zostałeś wyleczony. Nie odstawiaj leków bez wiedzy lekarza.

Propozycje zamiany leku w aptece zawsze skonsultuj ze swoim lekarzem. Ważna jest nie tylko substancja czynna, ale także inhalator. Lekarz wybiera dla Ciebie najlepszy zestaw.

Zdobywaj wiedzę o swojej chorobie. Astma to choroba przewlekła – im lepiej ją poznasz, tym łatwiej będzie Ci żyć.

EKSPERT

Steroidofobia w leczeniu *astmy oskrzelowej*

Dlaczego tak wielu pacjentów boi się leków steroidowych?

Dr hab. n. med. Maciej Kupczyk
Profesor uczelni, Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Regularne wizyty kontrolne oraz przyjmowanie leków przez pacjentów zmagających się z astmą w dużym stopniu modyfikują codzienność pacjentów oraz prowadzony tryb życia. Jaki wpływ ma choroba na funkcjonowanie pacjentów?
Astma oskrzelowa jest chorobą przewlekłą. Rozpoczyna się już w dzieciństwie i często nie ustępuje przez całe życie szkolne, a później zawodowe. Nawet jeśli nie jest to najcięższa jej postać, to i tak schorzenie to stanowi istotne obciążenie. Jest to aspekt odróżniający astmę oskrzelową od innych chorób przewlekłych, np. onkologicznych lub układu krążenia, które dotyczą osób starszych. W astmie oskrzelowej występują objawy znacznie upośledzające jakość życia pacjenta. Dochodzi w niej do pogorszenia tolerancji wysiłku, braku koncentracji podczas nauki czy też pracy. Jeśli astma nie jest dobrze kontrolowana, występują zaostrzenia, które wymagają zwolnienia lekarskiego. Pacjenci muszą przez cały czas stosować leki wziewne, które wymagają od nich systematycznego stosowania. W przypadku astmy ciężkiej dochodzą do tego także częste hospitalizacje, nieplanowane wizyty lekarskie. Wzrastają koszty leczenia oraz ryzyko powikłań.

Dlaczego edukacja pacjentów z astmą jest tak ważna?
We wszystkich chorobach bardzo duży nacisk kładziemy na edukację. Pacjenci powinni wiedzieć dokładnie, na czym polega ich choroba oraz jakie są podstawowe mechanizmy, dlaczego mają dolegliwości. Edukacja w astmie polega na przekazaniu choremu informacji na temat unikania alergenów oraz postępowania w sytuacji, gdy dochodzi do zaostrzenia choroby. Wiedza dotyczy także szczepień i techniki inhalacji.

Do jakich metod leczenia astmy pacjenci mają dostęp w Polsce?
Astma oskrzelowa to choroba zapalna, dlatego też należy stosować określoną grupę leków, w tym glikokortykosteroidy wziewne, ponieważ same leki objawowe nie są wystarczające do leczenia. Pacjenci w Polsce mają dostęp praktycznie do wszystkich nowoczesnych metod terapii zgodnie ze standardami międzynarodowymi. W większości są one odpowiednio refundowane. Nawet najnowocześniejsze leki biologiczne są dostępne dla chorych w ramach tzw. programów lekowych. Zależy nam też na wprowadzeniu na rynek nowoczesnych leków w kombinacji potrójnej, by pacjentom łatwiej było stosować się do zaleceń swojego lekarza i przyjmować 3 substancje w jednym inhalatorze. Refundacji tego skutecznego sposobu leczenia spodziewamy się w najbliższym czasie. Jesienią oczekujemy refundacji kolejnego leku biologicznego.

Jakie są główne mity na temat leków stosowanych w leczeniu astmy oraz ich niepożądanych objawów ubocznych?
Najczęściej powtarzany mit związany jest z lękiem przed przyjmowaniem glikokortykosteroidów z powodu objawów ubocznych. Glikokortykosteroidy stosowane w bardzo wysokich dawkach oraz systemowo, czyli doustnie i przewlekle, rzeczywiście mogą powodować wystąpienie takich objawów.

W przypadku leczenia astmy oskrzelowej dawki leku są minimalne oraz stosowane wziewnie, co stanowi istotną przewagę metody inhalacyjnej terapii astmy.

Czym jest steroidofobia? Dlaczego nie trzeba bać się steroidów wziewnych?
Steroidofobia jest istotnym problemem, jednak my staramy się pacjentom tłumaczyć, że w praktyce stosujemy małe dawki glikokortykosteroidów oraz że są one stosowane miejscowo przeciwzapalnie. Na początku pandemii ten mit odżył, ponieważ pojawiła się nieprawdziwa informacja, że leki tego typu mogą zwiększać ryzyko zakażenia koronawirusem. Jest to oczywiście nieprawda.

Jaka terapia stosowana u pacjentów z astmą zapewnia najlepsze przestrzeganie przez pacjenta zaleceń terapeutycznych? Jaki ma to wpływ na przebieg leczenia?
Musimy przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza, żeby uzyskać optymalną kontrolę objawów choroby. Tylko wtedy będziemy w stanie nad nią panować, zaleczyć i sprawić, by nie była tak odczuwalna na co dzień. Jest to cel naszego postępowania.

> Edukacja w astmie polega na przekazaniu choremu informacji na temat unikania alergenów oraz postępowania w sytuacji, gdy dochodzi do zaostrzenia choroby.

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Częstym zjawiskiem, które można zaobserwować u pacjentów, jest nadużywanie leków SABA (krótko działających β2-mimetyków wziewnych). Jakie są główne przyczyny nadużywania i jakie są tego skutki?
Przez wiele lat opieraliśmy naszą współpracę z pacjentami na edukacji czym jest dokładnie astma. Teraz jej podstawą jest informowanie chorych, by stosowali preparaty złożone, a nie tylko te, które chwilowo dają im ulgę (krótko działające β2-mimetyki wziewne). Leki SABA sprawiają, że objawy duszności ustępują, jednak zawsze należy je połączyć z glikokortykosteroidami, aby osiągnąć efekt przeciwzapalny. Jest to zalecane połączenie terapii podtrzymującej i doraźnej w jednym inhalatorze.

INFOGRAFIKA

IZWOZ | INSTYTUT ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA

astma – epidemiologia, obraz kliniczny choroby*

Astma oskrzelowa jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych układu oddechowego. Etiologia astmy jest wieloczynnikowa, a rozwój choroby zależy od czynników osobniczych, predyspozycji genetycznych oraz od czynników środowiskowych. U podłoża patomechanizmów astmy leży przewlekłe zapalenie dróg oddechowych. Pacjent odczuwa duszność, świsty, kaszel lub ucisk w klatce piersiowej. Choroba ta najczęściej rozpoczyna się w dzieciństwie i trwa przez całe życie chorego, stanowiąc istotne obciążenie dla niego, jego rodziny i systemów opieki zdrowotnej[1].

300 mln

100 mln

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje liczbę chorych na astmę na świecie na ok. **300 mln**, a do 2025 r. ich liczba ma wzrosnąć o kolejne **100 mln**[1,2].

Wzrost zapadalności na astmę wpisuje się w trend epidemii chorób alergicznych. Astma stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Jej przewlekły charakter i uciążliwe objawy rzutują na kondycję fizyczną, stan psychiczny i życie rodzinne pacjentów, obniżają ich jakość życia, ograniczają aktywność społeczną i zawodową.

Według analiz WHO co roku choroba ta zabiera ludziom **15 mln lat** w zdrowiu (DALY – disability-adjusted life years)[3,4,5], co stanowi ok. **1%** **obciążenia wszystkimi chorobami.**

17,7 mld euro

Tyle sięgają roczne koszty związane z astmą w UE[6,7].

Astmę w praktyce klinicznej klasyfikuje się w zależności od etiologii, stopnia ciężkości i poziomu kontroli. Ze względu na etiologię wyróżnia się: astmę alergiczną (zewnątrzpochodną) oraz astmę niealergiczną (wewnątrz-pochodną). Praktycznym podziałem klinicznym, który ma implikacje terapeutyczne, jest podział zależny od stopnia kontroli astmy. Według niego astmę dzieli się na: w pełni kontrolowaną, częściowo kontrolowaną oraz niekontrolowaną. Istotne znaczenie ma również wyróżnienie astmy trudnej, w której brak kontroli choroby wynika z czynników modyfikowalnych, takich jak: niestosowanie się do zaleceń lekarskich, nieprawidłowa technika inhalacji, brak rozpoznania i leczenia chorób współistniejących utrudniających osiągnięcie dobrej kontroli astmy. Choroba ma zmienny przebieg, z okresami zaostrzeń i remisji. Prawidłowa terapia zwykle umożliwia osiągnięcie dobrej kontroli choroby. Astma nieleczona lub leczona nieprawidłowo może prowadzić do nieodwracalnych zmian w układzie oddechowym, inwalidztwa, a nawet zgonu.

Z fińskich badań wynika, że leczenie chorych na ciężką astmę jest 13-krotnie droższe niż leczenie chorych z postacią łagodną[8]. Powszechnie uważa się, że astma jest chorobą nieuleczalną. U części chorych obserwowane są okresy długotrwałej remisji (pełnej kontroli choroby), która charakteryzuje się ustąpieniem objawów, prawidłowymi wynikami badań czynnościowych układu oddechowego i ustąpieniem lub złagodzeniem nadreaktywności oskrzeli oraz brakiem zapotrzebowania na leki przeciwastmatyczne. Do remisji częściej dochodzi u dzieci niż u dorosłych. Nawroty w wieku dojrzałym są częste i obserwowane u 30-40% osób z rozpoznaną astmą.

W Polsce astma dotyka ok. **6%** dorosłych osób.

1,9 mln

Według szacunków projektu Global Burden of Disease (GBD) w Polsce na astmę chorowało w 2017 r. **1,9 mln osób**, czyli 4917 na 100 tys., a wskaźnik umieralności wynosił **12 osób** na 1 mln ludności[9].

Szacuje się, że 32 tys. pacjentów cierpi na ciężką niekontrolowaną postać astmy kwalifikującą się do zastosowania leków biologicznych[10].

Według danych z Map Potrzeb Zdrowotnych po latach spadków wskaźników chorobowości i zapadalności przewiduje się w perspektywie najbliższych lat nieznaczny, ale jednak wzrost zachorowań na astmę. Szczególnie niepokoi spodziewany wzrost zgonów spowodowanych tą chorobą.

*** Źródło: dane pochodzą w całości z raportu „Astma oskrzelowa – nowy model zarzadzania chorobą nakierowany na wzrost wartości zdrowotnej" (luty 2021 r.) przygotowanego przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia oraz Center of Value Based Healthcare pod redakcją naukową dr n. ekon. Małgorzaty Gałązki-Sobotki**

1 National Heart, Lung, and Blood Institute. Global Initative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHBLI/WHO workshop. 1995: NIH Publication no. 95–3659.
2 van Moerbeke D. (ed.). European Allergy White Paper: Allergic Diseases as a Public Health Problem in Europe. The UCB Institute of Allergy. Brussels 1997.
3 Ibidem.
4 Global Asthma Network. The Global Asthma Report 2014. Global Asthma Network, Auckland 2014. http://www.globalasthmareport.org/2014/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf (dostęp: 9 lutego 2021).
5 Williams A.E., Lloyd A.C., Watson L. et al. Cost of scheduled and unscheduled asthma management in seven European Union countries. Eur Respir Rev 2006; 15: 4–9.
6 Ibidem.
7 Decramer M., Sibille Y. (eds.). European Respiratory Roadmap. Sheffield, European Respiratory Society. Sheffield 2011.
8 Kupczyk M., Haahtela T., Cruz A.A., Kuna P. Reduction of asthma burden is possible through National Asthma. Allergy 2010; DOI: 10.1111/j.1398–9995.2009.02265.
9 Narodowy Fundusz Zdrowia. NFZ o zdrowiu. Astma. [raport]. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia – Departament Analiz i Innowacji. Warszawa 2020. Autorzy raportu powołują się na dane: Global Burden of Disease (GBD).
10 Narodowy Fundusz Zdrowia. dz. cyt.