

# Efektywność leczenia astmy oskrzelowej w Polsce w ocenie pacjentów – wyniki badania AIRCEE (Asthma Insights & Reality in Central and Eastern Europe)\*

## The efficacy of bronchial asthma treatment in Poland as assessed by patients – results of AIRCEE (Asthma Insights & Reality in Central and Eastern Europe) survey

MAREK L. KOWALSKI <sup>1/</sup>, MONIKA JĘDRZEJCZAK <sup>1/</sup>, MILANKA CIRLIĆ <sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Katedra i Zakład Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź

<sup>2/</sup> GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A., Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa

**Wprowadzenie.** Astma oskrzelowa jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób na świecie i stanowi istotny problem społeczny i ekonomiczny, chociaż rzeczywisty wpływ choroby na życie pacjentów nie jest dobrze udokumentowany.

**Cel badania.** Celem badania była ocena efektywności leczenia astmy, wiedzy pacjentów i ich oczekiwań związanych z prawidłową kontrolą choroby.

**Pacjenci i metody.** Badanie miało charakter wywiadu telefonicznego przeprowadzonego w 3018 losowo wybranych gospodarstwach domowych w Polsce. W 425 rodzinach przynajmniej jedna osoba miała astmę oskrzelową.

**Wyniki.** Na pytania kwestionariusza odpowiedziało 300 chorych z astmą (239 dorosłych i 61 dzieci). Ponad 70% chorych miało codzienne objawy astmy oskrzelowej raz w tygodniu, a 20% codziennie. Prawie połowa chorych miała objawy w nocy, z czego u 11% pojawiały się one każdej nocy. Hospitalizowanych było 18% dorosłych i 8% dzieci, a ogółem blisko połowa była zmuszona korzystać z pomocy doraźnej w ciągu ostatnich 12-tu miesięcy. Chociaż ponad połowa badanych uznała swój stan zdrowia za raczej zadowolający, to większość badanych zgłaszała istotne ograniczenia aktywności życiowej: w stopniu znacznym (49%) lub umiarkowanym (27%). Blisko 50% chorych przyjmowało leki rozkurczowe, a zaledwie 27% było leczonych glikokortykosteroidami wziewnymi. Wyniki badania są podobne do uzyskanych w krajach Europy Zachodniej i państwach ościennych.

**Wnioski.** Badanie wskazuje na niski stopień kontroli astmy wśród pacjentów oraz konieczność weryfikacji postępowania lekarzy i pełniejszego uświadomienia pacjentom możliwości leczenia astmy. *Alergia Astma Immunologia, 2004, 9(4), 187-195*

**Słowa kluczowe:** astma oskrzelowa, wziewne glikokortykosteroidy, leczenie, jakość życia, opieka medyczna

**Introduction.** Bronchial asthma is one of the most frequent chronic disease with significant social and economical burden. However impact of asthma on patients life has not been documented.

**Aim of the study.** The aim of this survey was to assess the efficacy of asthma treatment, patients knowledge and their expectations towards the control of the disease.

**Material and methods.** The survey was based on phone interview performed in 3018 randomly selected households in Poland. At least one person with bronchial asthma was found in 425 families.

**Results.** Three hundred patients with bronchial asthma responded to questionnaire (239 adults and 61 children). More than 70% patients had daily clinical symptoms of asthma once a week, 20% of them everyday. Nearly half of asthmatics had symptoms during the night and 11% every night. About 18% of adults and 8% of children were admitted to the hospital and nearly half of patients visited emergency unit during the last year. In spite of the fact that 50% of responders judged their health as quite good majority of them reported important limitations of daily life activity: severe (49%) or mild (27%). Although half of patients were taking bronchodilators, only 27% were treated with inhaled steroids. The results were similar to that in Western Europe countries and other Eastern European countries.

**Conclusions.** The results of this survey show low level of asthma control in patients with bronchial asthma. Better understanding the possibilities of asthma treatment by patients and verification of doctors attitude is needed.

*Alergia Astma Immunologia, 2004, 9(4), 187-195*

**Key words:** bronchial asthma, inhaled steroids, treatment, life quality, medical care

\* Badanie zostało wykonane przez firmę SRBI (Schuman, Ronca and Bucuvalas, Inc.), a grant na przeprowadzenie badania przekazała firma GlaxoSmithKline.

Astma jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób na świecie, która znacznie upośledza jakość życia i może w niektórych przypadkach prowadzić do zgonu, stanowi zatem istotny problem społeczny [1-4]. Odnotowuje się wzrost częstości występowania astmy, szczególnie w populacji dzieci, a osoby chorujące na astmę mają wysoką absencję w szkole i w pracy [5]. Według raportu Światowej Inicjatywy Zwalczenia Astmy (*Global Initiative for Asthma* – GINA) w krajach rozwiniętych leczenie astmy pochłania 1-2% całkowitych nakładów na opiekę zdrowotną. Stopień kontroli astmy ma zatem ważne implikacje społeczne i ekonomiczne. Niezwykle istotne wydaje się więc badanie obciążeń związanych z astmą oraz skutecznych metod leczenia choroby. Postępowanie według raportu GINA ma na celu między innymi zmniejszenie nasilenia objawów występujących przewlekle, jak również liczby zaostrzeń i związanych z tym nagłych wizyt u lekarza. Prawidłowe leczenie astmy powinno prowadzić do zminimalizowania przyjmowania doraźnie  $\beta_2$ -agonistów, niezakłóconej aktywności życiowej, prawidłowych wartości PEF o zmienności dobowej poniżej 20%, a także zmniejszenia efektów ubocznych stosowanych leków.

AIRCEE (*Asthma Insights & Reality in Central and Eastern Europe*) jest międzynarodowym badaniem dotyczącym oceny stanu leczenia astmy [6]. Prototypem tego projektu były badania *Asthma in America* przeprowadzone w USA i Kanadzie w 1998 roku przez SRBI (Schuman, Ronca and Bucuvalas, Inc.) i GlaxoSmithKline oraz *Asthma Insights and Realities in Europe* (AIRE), które w 1999 roku objęły kraje Europy Zachodniej [7,8]. Badanie AIRCEE przeprowadzono w dwunastu krajach Europy Środkowej i Wschodniej (Bułgaria, Chorwacja, Republika Czeska, Węgry, Łotwa, Litwa, Polska, Rumunia, Rosja, Słowacja, Słowenia, Ukraina). W obecnym doniesieniu przedstawiamy wyniki badania prowadzonego w Polsce według tego samego schematu jak w innych krajach europejskich.

Celem badania była ocena efektywności leczenia astmy, wiedzy pacjentów, ich zachowań i oczekiwań związanych z chorobą.

## PACJENCI I METODY

### Wybór badanych

W Polsce badanie wykonano w listopadzie i grudniu 2000 roku, przeprowadzając wywiady telefoniczne w 3018 losowo wybranych gospodarstwach domowych. Pytano, czy u kogoś z domowników zdiagnozowano kiedykolwiek astmę, a jeśli tak to czy dana osoba przyjmuje z tego powodu leki (86,4% pacjentów, u których zdiagnozowano astmę odpowiedziało tak) i czy w przeciągu ostatniego roku osoba ta miała objawy choroby (81,9% astmatyków udzieliło odpowiedzi twierdzącej). Na podstawie tych pytań w 425 gospodarstwach domowych zidentyfikowano przynajmniej jedną osobę z astmą

oskrzelową. Jeżeli w danym domostwie były dwie osoby chorujące na astmę (stwierdzono taką sytuację w 14,1% gospodarstw) do wywiadu wybierano losowo jedną z nich.

Na wszystkie pytania kwestionariusza odpowiedziało 300 chorych, spośród 384 zakwalifikowanych do pełnego wywiadu, co stanowiło 78,1% respondentów. Badanie objęło osoby w wieku od roku do 90 lat. W badanej grupie znalazło się 239 osób dorosłych i 61 dzieci w wieku poniżej 16 r. ż, u których wywiady uzyskano od rodziców.

### Metodologia wywiadu

Kwestionariusz wykorzystywany do przeprowadzenia trwającej około 30 minut rozmowy telefonicznej wzorowano na kwestionariuszu ATS (*American Thoracic Society*) oraz *European Community Respiratory Health Survey* (ECRHS). Podczas każdej rozmowy proszono o podanie liczby domowników, co miało posłużyć do oszacowania częstości występowania astmy. Udział w badaniu był całkowicie dowolny i jednocześnie poufny. Respondentów pytano o ciężkość objawów, zaburzenia snu, nagłe wizyty u lekarza, w tym również korzystanie z pomocy pogotowia ratunkowego, hospitalizacje, zaburzenia aktywności życiowej spowodowane przez astmę, stosowane leczenie oraz ocenę kontroli astmy.

Ciężkość astmy oceniano na podstawie kryteriów GINA. Astmę ciężką przewlekłą rozpoznawano w przypadku występowania objawów ponad trzykrotnie w ciągu dnia i zaburzeń snu z tego powodu pojawiających się każdej nocy lub w większość nocy w ciągu tygodnia. Jako astmę umiarkowaną przewlekłą traktowano występowanie objawów każdego dnia, ale rzadziej niż trzykrotnie oraz zaburzeń odpoczynku nocnego przynajmniej dwa razy w ciągu tygodnia. Astma łagodna przewlekła to taka, w której objawy dzienne występowały co najmniej dwa razy w tygodniu i zaburzenia snu dwa razy w miesiącu. Astmę łagodną sporadyczną rozpoznawano, gdy objawy pojawiały się rzadziej niż jeden raz na tydzień.

## WYNIKI

### Dane populacyjne

W badanych gospodarstwach domowych mieszkało 10180 osób, z czego u 425 choroba była aktywna, co pozwoliło na określenie częstości występowania astmy na 4,2%. Większość z tych chorych (80%) stanowili dorośli. W populacji dzieci 69% chorych stanowili chłopcy, a 31% dziewczynki. Odmienne sytuacja przedstawiała się w populacji osób dorosłych, gdzie 37% stanowili mężczyźni, a 63% kobiety. Średnia wieku osób z astmą oskrzelową wynosiła 30,6 lat. Wśród tej grupy około 30% zostało zdiagnozowanych w wieku do 10. roku życia i tyle samo po 45. roku życia.

Pierwszymi objawami, z którymi pacjenci zgłaszali się do lekarza było uczucie duszności, stanowiące 36% wszystkich przyczyn (częściej występowało u dorosłych

– w 38%, niż u dzieci 28%). Kolejnymi objawami prowadzącymi do rozpoznania astmy były trudności z oddychaniem po ekspozycji na zimne powietrze (35%) – również częściej występujące u dorosłych, następnie przewlekły kaszel (30%), częste przeziębienia (25%), duszność nocna (22%) i świsły w klatce piersiowej (17%).

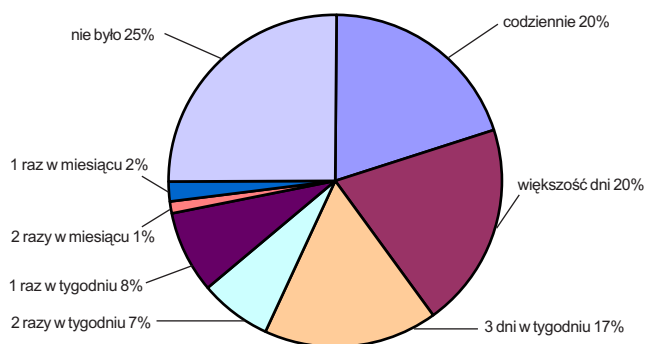
### Ocena jakości zdrowia w oczach pacjentów

Jednym z głównych pytań, jakie postawiono badanym, była samoocena stanu zdrowia w ciągu ostatnich czterech tygodni. W populacji osób dorosłych tylko 21% uznało swój stan zdrowia za bardzo dobry lub dobry, natomiast aż 57% rodziców w ten sposób oceniło zdrowie własnego dziecka. Analogicznie 42% dorosłych i 34% dzieci znalazło się w grupie osób oceniających zdrowie w stopniu zadowalającym, a 36% dorosłych i tylko 8% dzieci oszacowało własną kondycję zdrowotną jako złą. Uznać można zatem, że osoby dorosłe oceniały swój stan zdrowia jako zdecydowanie gorszy niż rodzice stan chorych dzieci. Jeden na czterech respondentów określał stan zdrowia związany z astmą w ciągu ostatnich czterech tygodni jako zły, a blisko połowa tylko jako zadowalający.

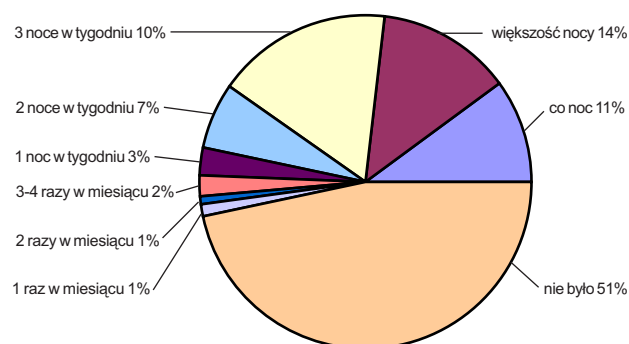
Oceniając swój stan zdrowia na przestrzeni 10 lat, taka sama grupa chorych (po 40%) stwierdziła, że ich zdrowie uległo poprawie co pogorszeniu, natomiast 19% respondentów nie zauważyło istotnych zmian. Spośród osób, w odczuciu których ich stan zdrowia uległ poprawie w ciągu ostatnich 10 lat, większość, bo aż 55%, przypisuje to lepszym lekom stosowanym w astmie, a 46% ogólnie lepszemu leczeniu. Natomiast zdecydowanie mniej osób, bo zaledwie 25% wskazuje na lepszą edukację pacjentów dotyczącą sposobów kontroli astmy. Niespełna 20% podkreśla większą współpracę z lekarzem, a 18% respondentów wskazuje na lepsze zrozumienie podłoża choroby.

### Objawy astmy a ciężkość choroby

Zdecydowana większość pacjentów podawała występowanie objawów takich jak: kaszel, świsły, uczucie duszności lub ucisku w klatce piersiowej w ciągu ostatnich czterech tygodni. Ponad 70% respondentów miało objawy przynajmniej jeden raz w tygodniu, a 20% codziennie (ryc. 1). Połowa populacji zgłaszała objawy nocne, zaburzające sen, z czego u 11% chorych pojawiały się one każdej nocy (ryc. 2). Przeciętnie objawy astmy pojawiały się około czterech razy na tydzień i występowały z większą częstotliwością u dorosłych w wieku 55-64 lat oraz częściej u kobiet niż u mężczyzn. Ciężkie napady astmy w ciągu ostatniego roku miało aż 80% pytanym, przy czym połowa spośród tej grupy podaje, iż epizody takie występowały przynajmniej raz w tygodniu. Spośród osób mających nagłe ataki astmy aż u 56% dorosłych i 37% dzieci pojawiały się one codziennie. Około 42% osób stwierdziło, że wysiłek fizyczny wyzwał objawy astmy.



Ryc. 1. Procent pacjentów odczuwających objawy astmy w ciągu dnia podczas ostatnich 4 tygodni



Ryc. 2. Procent pacjentów podających roczną częstość zakłócenia snu w ciągu ostatnich 4 tygodni

Opierając się na klasyfikacji GINA i biorąc pod uwagę okres ostatnich czterech tygodni u 29% badanych stwierdzono astmę ciężką przewlekłą (u 32% dorosłych i 18% dzieci). U 26% chorych opisano astmę umiarkowaną przewlekłą (odpowiednio 28% i 16%) i u 24% łagodną przewlekłą (23% dorosłych i 28% dzieci). U 21% respondentów stwierdzono łagodną sporadyczną postać astmy (17%, 38%) (tab. I). Samoocena pacjentów w zakresie stopnia ciężkości astmy była bardzo zróżnicowana. Około 40% pacjentów z astmą ciężką potwierdziło tę ocenę i tyleż samo twierdziło, że ma astmę umiarkowaną. Ponadto 15% chorych z tej grupy oceniało chorobę jako lekką.

Tabela I. Aktualny stopień ciężkości astmy u ankietowanych na podstawie częstości objawów (wg klasyfikacji GINA [1])

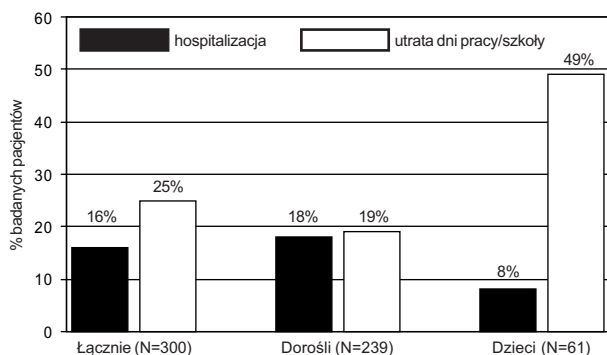
Astma	Łącznie N=300	Dorośli N=239	Dzieci N=61
Przewlekła ciężka	29%	32%	18%
Przewlekła umiarkowana	26%	28%	16%
Przewlekła łagodna	24%	23%	28%
Epizodyczna	21%	17%	38%

Biorąc pod uwagę sezonowość lub całoroczne występowanie objawów można stwierdzić, że w Polsce zdecydowanie przeważała postać całoroczna (80%).

### Zaostrzenia astmy i korzystanie z doraźnej pomocy medycznej

W ciągu ostatnich 12 miesięcy 18% dorosłych badanych i 8% dzieci było hospitalizowanych. Podobnie 16% dorosłych i 10% dzieci skorzystało z pomocy pogotowia ratunkowego. Ponadto 37% pacjentów w Polsce odbyło nieplanowane wcześniej wizyty u lekarzy. Ogółem blisko połowa chorych, zarówno dorosłych, jak i dzieci, była zmuszona do skorzystania z doraźnej pomocy lekarskiej z powodu astmy.

Jedna czwarta pacjentów potwierdza konieczność opuszczenia kilku dni szkoły lub pracy w czasie ostatnich 12 miesięcy, przy czym dominują tu dzieci (49%) w porównaniu z 19% dorosłych (ryc. 3).



Ryc. 3. Hospitalizacje i nieobecność w pracy/szkole z powodu astmy w ciągu ostatniego roku

### Jakość życia chorych na astmę

Badanie wykazało, że astma zmniejsza aktywność życiową pacjentów na wielu płaszczyznach. Zaledwie 11% badanych stwierdziło, że nie odczuwa żadnych obciążeń związanych z istnieniem choroby. Większość zgłaszała natomiast istotne ograniczenia aktywności życiowej

w stopniu znacznym (49%) lub umiarkowanym (27%). Dwie trzecie chorych odczuwało utrudnienia w wykonywaniu domowych obowiązków, a siedmiu z dziesięciu pacjentów uważało, że występowanie astmy wymusza zmianę stylu życia. Połowa respondentów potwierdziła pewne osłabienie aktywności towarzyskiej w wyniku choroby (tab. II). Kolejnym ważnym elementem okazały się zaburzenia snu zgłaszane przez trzy piąte populacji badanej.

Połowa pacjentów stwierdzała występowanie objawów astmy po wysiłku fizycznym; w grupie tej przeważały osoby dorosłe. Spośród pacjentów z astmą wywołaną wysiłkiem blisko 90% uważało, że ogranicza ona znacznie ich możliwości uprawiania sportu. Koreluje to ze stopniem ciężkości choroby i u osób z astmą ciężką przewlekłą utrzymuje się na poziomie 60% w porównaniu z 19% w astmie łagodnej sporadycznej. Pomimo to, większość astmatyków uprawia jakąś formę aktywności fizycznej, z czego 60% raz w tygodniu. Dane te odnoszą się niestety tylko do populacji dorosłej, ponieważ zaledwie 39% dzieci ćwiczyło regularnie. Wśród dorosłych istniała nawet grupa osób (około 16%) ćwiczących codziennie. Niezwykle istotny wydaje się fakt, iż wielu pacjentów uważało, że istniejąca astma w sposób zasadniczy wpłynęła na wybór zawodu (34% oceniało ten wpływ jako znaczny i 21% ograniczony).

Reasumując, dwie trzecie dorosłych i połowa dzieci stwierdzała zmianę oczekiwań w zakresie tego, co mogą robić w wyniku zachorowania na astmę.

### Ocena stopnia kontroli astmy przez pacjentów

Choć ocena kontroli astmy przez pacjentów okazała się zdecydowanie wyższa niż można było się tego spodziewać, biorąc pod uwagę częstość występowania objawów, zaostrzeń, nieplanowanych wizyt lekarskich czy ograniczeń wynikających z choroby, nie jest jasnym jednak, czy pojęcie „kontroli astmy” było właściwie przez chorych zrozumiane. Siedmiu z dziesięciu pacjentów uważało, że ich choroba jest bardzo dobrze (30%) lub dobrze (41%) kontrolowana. Zaletwie 11% zgłaszało bardzo złą kontrolę astmy.

Tabela II. Ograniczenie aktywności życiowej spowodowane przez astmę oskrzelową (% pacjentów zgłaszających ograniczenie)

Rodzaj aktywności	Łącznie		Dorośli		Dzieci	
	istotny	nieznaczny	istotny	nieznaczny	istotny	nieznaczny
Uprawianie sportu, rekreacja	47%	28%	52%	27%	26%	30%
Zwykłe, codzienne czynności	49%	28%	56%	27%	21%	30%
Wybór zawodu lub pracy	34%	21%	34%	21%	NA	NA
Życie towarzyskie	21%	30%	25%	33%	5%	20%
Sen	37%	25%	42%	26%	16%	23%
Styl życia	36%	33%	43%	35%	8%	25%
Prace domowe	36%	29%	41%	33%	13%	13%

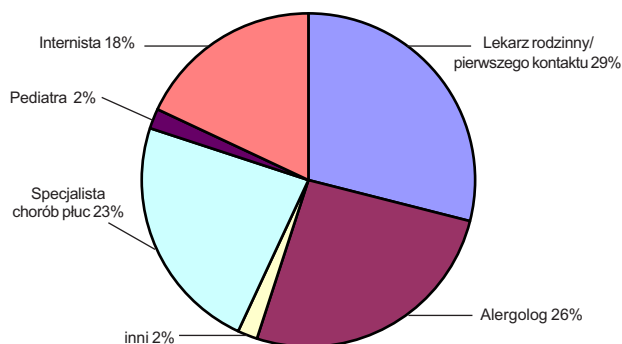
NA - nie dotyczy

Biorąc pod uwagę stopień ciężkości choroby nie uważa się istotnych różnic w rozkładzie procentowym osób oceniających nadmiernie wysoko stopień kontroli astmy. Ocena bardzo dobra i dobra utrzymują się na poziomie 27% i 34% dla osób z astmą ciężką i 30% i 40% dla pacjentów z astmą umiarkowaną. Jakkolwiek zauważa się również niedoszacowanie kontroli astmy, ale występuje ono rzadziej. Aż 46% pacjentów stwierdzających, że ich choroba jest bardzo dobrze kontrolowana i 33% z grupy osób z dobrze w ich opinii kontrolowaną astmą, korzystało w ciągu ostatniego roku z nagłej pomocy lekarskiej w porównaniu do 26% spośród pacjentów, szacujących astmę jako źle leczoną. W grupie pacjentów oceniających kontrolę astmy bardzo wysoko hospitalizowanych było 19%, natomiast wśród tych słabo leczonych tylko 9%. Aż 27% chorych zadowolonych z prowadzonego leczenia astmy opuściło dni w pracy lub w szkole.

### Ocena przez chorych uzyskiwanej pomocy medycznej

Duża grupa pacjentów odwiedzała lekarza regularnie tj. raz w miesiącu lub częściej (60%), kolejne 31% natomiast kilkakrotnie w ciągu roku. Częstość wizyt była zdecydowanie związana ze stopniem ciężkości astmy. Większość pacjentów z astmą ciężką przewlekłą (80%) pojawiało się u lekarza bardzo regularnie, w porównaniu do 33% z grupy osób z astmą umiarkowaną. Pacjenci zgłaszali się do lekarzy różnych specjalności, poczynając od lekarzy rodzinnych (29%), internistów (18%), alergologów (26%) po pulmonologów (23%) i w nieznacznym stopniu pediatrów (ryc. 4). Większość wizyt odbywała się w przychodniach, a tylko 10% stanowiła praktyka prywatna i tyle samo poradnie przyszpitalne. Wizyty u specjalistów z powodu astmy 76% chorych odbywało częściej niż raz w roku. Niemniej jednak istnieje grupa osób, które nigdy nie były u specjalisty (7%) albo odwiedzają go tylko w sytuacji zdecydowanego nasilenia problemów zdrowotnych (10%).

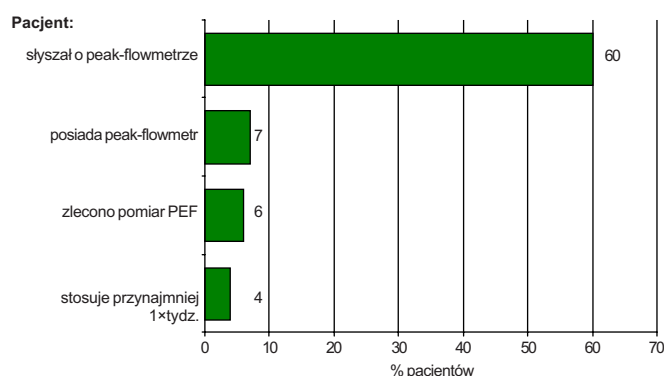
Pomimo iż u wielu chorych stwierdzono obiektywnie źle kontrolowaną astmę, to jednak ocena działalności lekarzy wystawiona przez pacjentów była bardzo wyso-



Ryc. 4. Specjalność lekarzy leczących pacjentów z astmą oskrzelową

ka. Uważali oni, że zarówno wiedza lekarzy dotycząca astmy, umiejętność wyjaśnienia choremu na czym polega właściwa kontrola astmy oskrzelowej oraz ilość czasu poświęcona pacjentowi jest wybitna (około 60%), bardzo dobra (około 30%) i dobra (10%). Blisko 65% respondentów twierdziło, że udzielone przez lekarzy rady w sposób istotny pomogły im w zwalczaniu objawów choroby, a 29% osób, że w pewnym zakresie. Nieco ponad połowa została umówiona na kolejną wizytę u swojego lekarza. Tylko jedna czwarta wypełniła w ciągu ostatniego roku formularz dotyczący stanu zdrowia, ale większość zetknęła się z nim w przeszłości. Zaskakujące jest, że połowa badanych nie potrafiła odpowiedzieć na pytanie, w jakich okolicznościach udają się z wizytą do lekarza, a 23% to osoby, które zgłaszały się tylko po kolejnej recepty.

Niepokojące zjawisko dotyczy wykonywania badań spirometrycznych, gdyż aż 41% astmatyków nigdy nie zostało im poddanych. W grupie, w której zostały przeprowadzone badania w większości przypadków odbywały się u lekarzy specjalistów. Ponad połowa (60%) słyszała o pomiarach PEF, ale tylko 7% prowadziło w domu takie pomiary raz w tygodniu (ryc. 5). Kolejnym niekorzystnym czynnikiem mogącym wpływać na skuteczność leczenia astmy okazała się umiejętność korzystania przez chorych z inhalatorów. O ile większości pacjentów demonstrowano jak pobierać lek, to z reguły miało to miejsce ponad rok temu, a tylko u 28% w ciągu ostatnich sześciu miesięcy.



Ryc. 5. Pomiary PEF (szczytowego przepływu wydechowego)

### Leczenie astmy

Tyle samo chorych czuło się lepiej niż dawniej, co stwierdziło, że nie odczuwa zmian samopoczucia. Pogorszenie stanu zdrowia respondenci tłumaczyli głównie wzrostem zanieczyszczenia, a poprawę samopoczucia lepszymi lekami (70%) i dobrą informacją o tym, jak kontrolować chorobę (30%).

Badano wiedzę pacjentów na temat mechanizmów choroby i możliwości jej leczenia. Zaledwie 18% respondentów potrafiło odpowiedzieć na pytanie otwarte

stwierdzając, że u podstaw astmy oskrzelowej leży proces zapalny. Pacjentom, którzy nie udzielili prawidłowej odpowiedzi zadano pytanie dodatkowe, czy kiedykolwiek słyszeli o takim mechanizmie i w grupie tej 43% chorych stwierdziło, że tak. Zatem większość chorych nigdy nie słyszała o procesie zapalnym w drogach oddechowych. Mniej więcej po połowie rozkładała się liczba osób twierdzących, że można leczyć astmę przyczynowo i tyleż samo, że leczy się tylko objawy. Tylko 35% respondentów wierzyło w skuteczne leki przeciwzapalne. Wśród tej grupy 41% osób nie wiedziało, jakie leki są najbardziej skuteczne w hamowaniu zapalenia w drogach oddechowych, 32% podało wziewne glikokortykosteroidy, a 9% chorych długodziałające  $\beta$ -mimetyki. Znacznie mniej osób wymieniało niesteroidowe leki przeciwzapalne, antyleukotrienenowe, teofilinę czy krótkodziałających  $\beta$ -agonistów. W grupie pacjentów wierzących w skuteczność leków przeciwzapalnych połowa oczekiwała znacznej poprawy, a 8% całkowitego ustąpienia objawów. Większość z nich uważała jednak, że najbardziej efektywnymi lekami zwalczającymi zapalenie w drogach oskrzelowych są niesteroidowe leki przeciwzapalne.

Bardzo wielu chorych korzystało z leków przepisywanych na receptę (84%), z czego połowa używała leków zmniejszających objawy doraźnie, a tylko 41% leków o których sądzili, że zmniejszają lub zapobiegają zapaleniu. Połowa spośród pacjentów twierdzących, że przyjmowało leki przeciwzapalne rzeczywiście brała takie leki. Wśród osób przyjmujących wziewne leki 65% stosowało je codziennie i to zastosowanie korelowało ze stopniem ciężkości astmy – 33% w postaci umiarkowanej i 83% w astmie ciężkiej. Oszacowano średnią ilość leków doraźnych stosowanych przez pacjenta i stwierdzono, że jest to 16,6 inhalatora rocznie, co stanowi więcej niż jeden pojemnik leku miesięcznie czyli ponad 200 dawek.

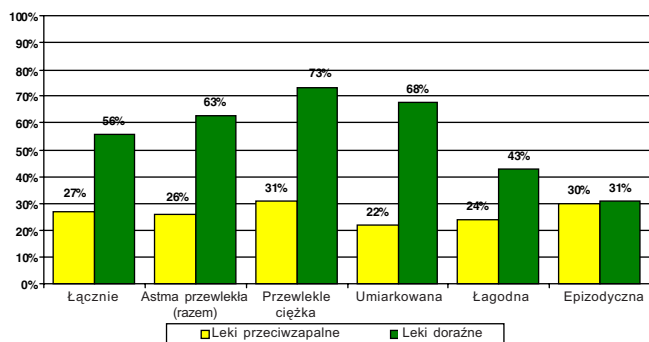
Na podstawie podanych nazw leków podjęto się oceny częstości stosowania leków przeciwzapalnych i stwierdzono, że zaledwie 27% pacjentów przyjmowało wziew-

ne glikokortykosteroidy. W populacji osób z astmą umiarkowaną było to 22%, a z astmą ciężką 31%. Z drugiej jednak strony więcej chorych o ciężkim przebiegu astmy oskrzelowej zawierało doraźnym lekom przeciw duszności (73%) niż wśród tych z astmą łagodną (43%) (ryc. 6). Większość pacjentów przyjmujących wziewne glikokortykosteroidy nie rozpoznawało tej klasy leków; nie znaleziono natomiast jednoznacznej odpowiedzi, czy wynika to z nieznamomości nazwy leku czy pojęcia wziewne glikokortykosteroidy.

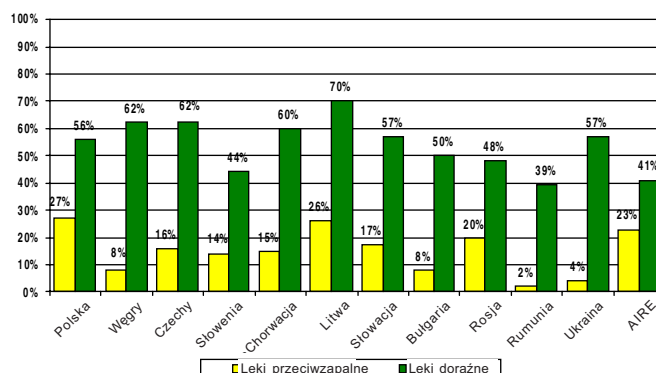
Jednym z ważniejszych pytań, jakie postawiono w ankiecie, była próba zbadania przyczyn tak niskiego przyjmowania przez pacjentów leków przeciwzapalnych. Najczęściej respondenci podawali zbyt wysoki koszt leków (78%), konieczność długotrwałego ich stosowania (69%), a także obawy przed skutkami ubocznymi (68%), niezrozumienie celu leczenia (70%), obawa przed spadkiem skuteczności leku w miarę upływu czasu (64%) i brak natychmiastowych wyników leczenia (65%). Pacjenci przyjmujący cały czas leki zgodnie z zaleceniami lekarza stanowili 60%, a większość czasu 27% pytanych.

Wiedza pacjentów dotycząca wziewnych glikokortykosteroidów była bardzo zróżnicowana i w zasadzie niespełna połowa posiadała pewne informacje na ich temat. Wśród tej grupy 61% twierdziło, że są to leki efektywne. Blisko 50% tej populacji uważało, że korzyści wynikające ze stosowania tych leków z pewnością przewyższają ewentualne objawy uboczne, natomiast 36% pacjentów twierdziło, że jest to prawdopodobne.

Porównanie leczenia astmy oskrzelowej w Polsce i w innych krajach objętych badaniem AIRCEE wskazuje, że w naszym kraju najwyższy odsetek chorych (27%) przyjmuje leki przeciwzapalne. Oprócz Polski tylko na Litwie ponad 20% chorych otrzymywało leki przeciwzapalne, a w krajach takich jak Węgry, Bułgaria, Rumunia i Ukraina poniżej 10%. Częstość przyjmowania leków rozkurczowych była zbliżona w badanych krajach i mieściła się w przedziale 40-60% (ryc. 7).



Ryc. 6. Częstość stosowania leków przeciwzapalnych i doraźnych w zależności od stopnia ciężkości astmy oskrzelowej



Ryc. 7. Leki przeciwzapalne i dorażne stosowane w leczeniu astmy oskrzelowej – porównanie wyników w 12 krajów Europy Środkowo-Wschodniej objętych badaniem AIRCEE

## Świadomość pacjentów dotycząca astmy jako problemu społecznego

Dziewięciu na dziesięciu chorych uważało, że częstość występowania astmy w populacji polskiej wzrosła w ciągu ostatnich 10 lat.

Prawie wszyscy chorzy na astmę (94%) twierdzili, że choroba ta jest istotnym problemem zdrowotnym w Polsce. Dwie trzecie uważało, że prawidłowo leczona pozwala prowadzić normalny, aktywny styl życia, ale jednak prawie 90% podkreślało, że mimo to pozostają pewne ograniczenia aktywności życiowej. Istnieje bardzo wysoka świadomość istnienia zagrożenia życia (96% pytanych), ale także wiedza o tym, że prawidłowym leczeniem można zapobiegać większości ciężkim napadom astmy. Jakkolwiek 65% pacjentów nie wierzyło w pełną skuteczność stosowanych leków. Ponad połowa badanych uważała, że przebieg kliniczny astmy oskrzelowej pogarsza się z wiekiem niezależnie od stosownego leczenia. Zdania dotyczące odbioru przez społeczeństwo zachorowania na astmę były podzielone, niemniej jednak 42% uważało, że przyznanie się do tej choroby jest trudne. Twierdzili, że jest to istotny problem psychologiczny.

Wiedza pacjentów dotycząca astmy pochodzi w dużej mierze z czasopism (32%) i gazet (27%), a tylko 15% chorych uzyskało ją od lekarzy. Pozostałe źródła informacji to książki (28%), programy telewizyjne (18%), radio (6%) oraz przekazywane ustne informacje pomiędzy pacjentami (8%). Tylko 5% respondentów zdobyło większość wiedzy od lekarzy i 4% od pielęgniarek. Nieduża grupa otrzymała od swoich lekarzy ulotki dotyczące leczenia astmy (17%).

Istnieje bardzo silna potrzeba dalszej edukacji pacjentów odczuwana przez nich samych, gdyż 82% astmatyków wyrażało silną chęć pogłębienia swojej wiedzy dotyczącej choroby oraz jej skutecznego i prawidłowego leczenia.

## DYSKUSJA

Przedstawione badanie miało na celu porównanie wyznaczonych założeń kontroli leczenia astmy z istniejącymi rzeczywistymi osiągnięciami w tym zakresie. Przeprowadzono je wykorzystując odpowiednie kwestionariusze uznane za wiarygodne narzędzie do badań epidemiologicznych [9-13]. Stwierdzono, że nie wszystkie założenia GINA są w pełni realizowane. Niestety 79% chorych z astmą zgłaszało występowanie dolegliwości w ciągu dnia, a połowa pacjentów miała zaburzony odpoczynek nocny w postaci pojawiających się objawów takich jak: kaszel, świsty, uczucie duszności i ucisku w klatce piersiowej. Jedna piąta dorosłych i 49% dzieci opuściła dni w pracy i szkole w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Bliższa połowa potrzebowała nagłej interwencji lekarskiej w postaci pomocy pogotowia ratunkowego lub była hospitalizowana. Dane te wskazują, że u większości cho-

rych nie udaje się osiągnąć zadowalającej kontroli astmy. Podobnie niski stopień kontroli astmy oskrzelowej stwierdzono w innych badaniach, co wskazuje, że przyczyny tej sytuacji mają charakter bardziej uniwersalny, niż lokalny [14].

W badaniu AIA (*Asthma in America*), w którym stwierdzono niedostateczną kontrolę choroby – 30% pacjentów miało objawy nocne, a blisko połowa zgłaszała istotne ograniczenia aktywności życiowej, głównie w zakresie uprawiania sportu i rekreacji. O źle prowadzonej astmie świadczyły też wysokie wskaźniki korzystania przez pacjentów z nagłej pomocy lekarskiej (23%) w ciągu ostatniego roku oraz liczne hospitalizacje [14]. W badaniu ECRHS (*European Community Respiratory Health Survey*) również stwierdzono objawy astmy występujące w nocy u 24-52% pacjentów [7]. Zjawisko braku satysfakcjonującej kontroli astmy wydaje się być typowe dla tej choroby i niezależne od otoczenia medycznego. Na czoło wysuwają się dwie podstawowe kwestie – niezadowolająca kontrola astmy i własnej oceny pacjentów, co do nasilenia choroby.

Przeprowadzone w Polsce badanie AIRCEE potwierdza uzyskane wcześniej wyniki z krajów Europy Zachodniej, jak również innych państw ościennych. Badanie AIRE przeprowadzone w krajach Europy Zachodniej wykazało częstość występowania astmy oskrzelowej na poziomie 5,3%, a w Polsce 4,2% [6,21]. W naszym badaniu na podstawie wywiadu stwierdzono, iż w grupie osób podających nagły atak astmy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 52% miało zaostrzenia w ciągu dnia przynajmniej raz w tygodniu. Podobne wyniki uzyskano w badaniu AIRE. W obu zestawieniach AIRCEE i AIRE napady dotyczyły częściej populacji dorosłych – około 50% i jednej trzeciej populacji dzieci. Podobna liczba pacjentów skorzystała z nagłej pomocy lekarskiej niezależnie od kraju (około 30%). Zarówno AIRE, jak i AIRCEE, uwypuklają te same problemy dotyczące lekarzy czyli niedostateczną diagnostykę i brak właściwego leczenia i monitorowania choroby. Bliższa 40% chorych nie miało nigdy wykonanych badań spirometrycznych. Podobnie przedstawia się również sytuacja dotycząca zbyt częstego korzystania przez pacjentów z leków doraźnych i jednocześnie wąska grupa pacjentów przyjmujących wziewne glikokortykosteroidy (około 23-27% w zależności od badania).

Znaczna rozbieżność pomiędzy objawami klinicznymi i wynikającą stąd klasyfikacją astmy a samooceną ciężkości choroby dokonywaną przez pacjentów, przebiega w obydwu kierunkach zarówno niedoszacowania, jak i nadmiernego uwypuklenia problemu. Jedna czwarta pacjentów z umiarkowaną lub łagodną astmą uważa, że ma postać ciężką i tyle samo z ciężką postacią astmy określa ją jako umiarkowaną. Niemniej jednak przeważa niższa ocena stopnia ciężkości astmy, co ma bezpośrednie przełożenie na leczenie.

Odpowiednia terapia astmy oskrzelowej wymaga długotrwałego leczenia, mającego na celu redukcję zapalenia w drogach oddechowych. Zużycie leków stosowanych przez pacjentów doraźnie przeciw duszności jest zdecydowanie za wysokie i jest niezgodne z wytycznymi leczenia astmy oskrzelowej, a wynika głównie z niestosowania leków kontrolujących chorobę (przeciwzapalnych). Większość pacjentów stosuje wyłącznie leki objawowe, a zaledwie 26% pacjentów przyjmuje glikokortykosteroidy i 26% niesteroidowe leki przeciwzapalne. Wiele innych prac potwierdza niewystarczającą wiedzę pacjentów dotyczącą roli wziewnych glikokortykosteroidów w leczeniu astmy [15]. Chorzy często boją się wystąpienia objawów ubocznych [16,17]. Konieczna jest większa współpraca z lekarzem i monitorowanie sposobu przyjmowania przez chorego leków i stosowania się do zaleceń [18,19].

Pomimo niepełnej kontroli astmy respondenci w znacznej większości oceniają pracę lekarzy jako wybitną, a stopień kontroli astmy jako bardzo dobry. W rzeczywistości jednak większość lekarzy nie przeprowadziła badań zalecanych w diagnostyce i monitorowaniu leczenia astmy tj. spirometrii czy pomiarów PEF. Z reguły pacjenci nie mieli planu leczenia i tylko u połowy z nich lekarze kierowali się nimi podczas kolejnych wizyt. O'Dowd i wsp. również zaobserwowali w populacji amerykańskiej, że badania czynnościowe są wykonywane zbyt rzadko – najczęściej zlecają je przez specjalistów, natomiast sporadycznie przez lekarzy pierwszego kontaktu [20].

Ciekawy jest brak związku pomiędzy oceną kontroli astmy a korzystaniem z nagłej pomocy lekarskiej. Wyniki pokazują niespójność w wypowiedziach pacjentów w tym zakresie. Z jednej strony wskazują na nadmierną ocenę kontroli astmy przez pacjentów, ale również na zbyt łagodnie ocenianą jakość zdrowia i życia. Taka sytuacja świadczy o braku świadomości wśród pacjentów co do choroby i możliwości leczniczych. Sytuację tę można również tłumaczyć dobrą adaptacją pacjenta do obniżonych warunków spirometrycznych i wynikającą z tego nieadekwatną oceną jakości życia. Nie można wykluczyć, że ankietowani nie zrozumieli właściwie pojęcia „kontrola astmy”, traktując je raczej jako „nadzór” nad leczeniem aniżeli wygaszenie objawów. Świadczyłyby o tym fakt, że chorzy z bardzo dobrze w ich opinii, „kontrolowaną” astmą, częściej byli hospitalizowani i częściej ko-

rzyszali z pomocy dorażnej niż chorzy ze „źle kontrolowaną” w ich opinii chorobą.

Równocześnie z weryfikacją istniejących wytycznych trwa debata naukowa, jak uzyskać pełną kontrolę astmy i czy jest to możliwe [22]. Pojawiają się opinie, że być może wyznaczone cele kontroli astmy są zbyt ambitne. Jakkolwiek aktualnie stosowane leczenie przynosi istotne efekty u większości, to jednak trudne jest uzyskanie całkowitej kontroli astmy. Pomimo szerokiego promowania pierwszych i kolejnych wytycznych GINA, prowadzenia licznych akcji edukacyjnych wśród lekarzy i pacjentów – nadal stwierdza się niską świadomość celów leczenia astmy oraz brak wiedzy o możliwości całkowitej lub niemal całkowitej kontroli choroby. Chorzy na astmę żyją w przeświadczeniu, że nawracające objawy astmy, w tym duszność, muszą występować pomimo prowadzonej terapii. Nie mając świadomości podłoża choroby i celów leczenia – stosują głównie leki objawowe. Niekontrolowana astma prowadzi u badanych do zmiany stylu życia w celu dostosowania się do przebiegu choroby (ograniczanie aktywności fizycznej, niepodejmowanie wysiłku, kierunkowanie wyboru zawodu i trybu życia). Brak świadomości, że astmę można naprawdę kontrolować odzwierciedlają bardzo dobre opinie o lekarzach ją leczących i na temat stosowanego leczenia oraz zawyżanie oceny własnego samopoczucia.

Wyniki badania nasuwają konieczność zmiany postępowania personelu medycznego. Przede wszystkim należy uświadomić sobie, że odczucia pacjenta w sposób pośredni wpływają na ten proces leczniczy. W dużej mierze od relacji chorego dotyczących przebiegu astmy zależą decyzje lekarskie. W przypadku, jak to wynika z badania, niedoszacowania objawów i wynikającej z tego złej oceny stopnia ciężkości choroby, prowadzą do sytuacji, gdy wdrożone leczenie może być nieadekwatne do potrzeb [23,24,25]. Pacjent nie zawsze zdaje sobie sprawę z istniejących objawów choroby, dlatego powinien być dokładnie o nie wypytyany. W związku z powyższym pacjent powinien w pełni zdawać sobie sprawę, że celem leczenia astmy jest uzyskanie kontroli choroby oraz środki, jakie służą temu celowi. Wyniki badania wskazują, że proces edukacji zarówno lekarzy, jak i pacjentów, powinien być prowadzony stale i znacznie szerzej niż obecnie.

## Piśmiennictwo

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. January 1995, NIIH publication number 95-3659.
2. Rabe KF, Vermeire PA. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 2000; 16: 802-807.
3. Rickard KA, Stempel DA. Asthma survey demonstrates that goals of the NHLBI have not been accomplished. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: S171.
4. Janson C, Chinn S. Physician-diagnosed asthma and drug utilization in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 1997; 10: 1795-1802.
5. Kips JC, Pauwels RA. Asthma control: where do we fail? *Eur Respir J* 2000; 16: 797-798.
6. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISSAC Steering Committee). Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms. *Eur Respir J* 1998; 12: 315-335.



7. European Community Respiratory Health Survey. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996; 9: 687-695.
8. Sears M. Descriptive epidemiology of asthma. *Lancet* 1997; 350 (Suppl. II): 1-27.
9. Leynaert B, Neukirch C. Quality of Life in Allergic Rhinitis and Asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 1391-1396.
10. Moy ML, Israel E. Clinical Predictors of Health-related Quality of Life Depend on Asthma Severity. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 924-929.
11. Chazan R. Jak uzyskać pełną kontrolę astmy? *Pol Merk Lek* 2003; 84: 660.
12. Serrier P, Roche N. Control of asthma by treatment with inhaled corticosteroids and prolonged action beta2-agonists in free or fixed combination. Results of the ALISE study]. *Presse Med* 2003; 32: 493-497.
13. Farber HJ, Capra AM. Misunderstanding of asthma controller medications: association with nonadherence. *J Asthma* 2003; 40: 17-25.
14. Onyirimba F, Apter A. Direct clinician-to-patient feedback discussion of inhaled steroids use: its effect on adherence. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003; 90: 411-415.
15. O'Dowd LC, Fife D. Attitudes of physicians toward objective measures of airway function in asthma. *Am J Med* 2003; 114: 391-6.
16. Blanc FX, Postel-Vinay N. The AIRE Study: data analysis of 753 European with asthma. *Rev Mal Respir* 2002; 19: 585-92.
17. Dasgupta R, Guest JF. Factors affecting UK primary-care costs of managing patients with asthma over 5 years. *Pharmacoeconomics* 2003; 21: 357-69.
18. Liard R, Leynaert M. Using Global Initiative for Asthma guidelines to assess asthma severity in populations. *Eur Respir J* 2000; 16: 615-620.
19. Barnes PJ, Jonsson B. The costs of asthma. *Eur Respir J* 1996; 9: 636-642.
20. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Raport NHLMI/WHO.
21. van Schayck CP, van Der Heijden FM. Underdiagnosis of asthma: is the doctor or the patient to blame? The DIMCA project. *Thorax* 2000; 55: 562-565.
22. Juniper EF, O'Byrne PM. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur Respir J* 1999; 14: 902-907.
23. Boulet LP. Perception of the role and potential side effects of inhaled corticosteroids among asthmatic patients. *Chest* 1998; 113: 587-592.
24. Joyce DP, Mcivora RA. Use of inhaled medications and urgent care services. Study of Canadian asthma patients. *Can Fam Physician* 1999; 45: 1707-1713.