

Kontaktne osebe:

Tjaša Burnik

External Affairs Manager
tel: 01/5204-207
e-mail: tjasa_burnik@merck.com

Irena Matko

Produktne vodja
tel: 01/5204-217
e-mail: irena_matko@merck.com

Ljubljana, 19. november, 2004 - V sredo je v Stanovski dvorani na Ljubljanskem gradu potekalo strokovno srečanje pulmologov, pediatrov in splošnih ter šolskih zdravnikov, ki se pri svojem vsakodnevnom delu srečujejo z bolniki z astmo. Priznani domači in tuji strokovnjaki s področja zdravljenja te bolezni so razpravljali o mnogih vprašanjih, ki jih odpira zdravljenje astme. Iz Velike Britanije je na srečanje prišel prof. dr. Brian Lipworth, iz Združenih držav Amerike prof. dr. Peter Polos, od domačih strokovnjakov pa sta predavala prof. dr. Stanislav Šuškovič in doc. dr. Mitja Košnik, oba iz Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergije bolnišnice Golnik. Tema strokovnega srečanja je bila umestitev novih spoznanj v vsakdanjo prakso zdravljenja astme.

Svetovne smernice za obravnavo bolnikov z astmo (GINA) svetujejo, da zdravniki določijo odmerke zdravil - inhalacijskega glukokortikoida ali antilevkotriena glede na intenzivnost simptomov astme. Te, trenutno veljavne smernice, so bile objavljene pred objavo rezultatov raziskave IMPACT (iz ang. Investigation of Montelukast as a Partner Agent for Complementary Therapy - Preučevanje montelukasta kot partnerskega zdravila v komplementarnem zdravljenju).

Raziskava IMPACT je pokazala, da je zdravljenje s kombinacijo inhalacijskega glukokortikoida in montelukasta (antilevkotrien v obliki tablete) enako učinkovito zmanjšalo simptome astme kot zdravljenje s trenutno najbolj predpisovano terapijo - kombinacija inhalacijskega glukokortikoida in dolgodelujočega beta agonista. Ob tem pa je imelo kar štirikrat večji protivnetni učinek.

Rezultati raziskave IMPACT so bili povod za sredino srečanje, saj postavljajo pod vprašaj trenutno najpogostejše predpisovano terapijo za astmo.

O tem, kako pomembno je pri zdravljenju astme zavirati prav vnetje, **prof. dr. Lipworth** meni: »V definiciji optimalnega nadzora astme po svetovnih smernicah GINA, vnetje žal ni omenjeno, čeprav z zaviranjem obeh poti vnetja dihalnih poti - s pomočjo dopolnjujočega delovanja kombinacije inhalacijskega glukokortikoida in montelukasta - optimalno nadziramo vnetje, izboljšamo pljučno funkcijo, zmanjšamo pogostnost poslabšanj bolezni in simptome astme ter izboljšamo bolnikovo kakovost življenja.« Astma je vnetna bolezen, zato si je potrebno zapomniti, da je »Ključnega pomena zdraviti tri parametre bolezni: vnetje, vnetje in vnetje,« je še dodal.

»Res je sicer, da značilni simptomi odražajo stopnjo vnetja dihalnih poti, pa vendar, ali je stopnja vnetja dovolj za zadostno zdravljenje bolezni,« se sprašuje tudi **prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med.** in dodaja: »Ugotovljeno je, da je vnetje dihalnih poti lahko prisotno tudi pri bolnikih, ki nimajo simptomov astme, zato je terapija prihodnosti morda prav kombinacija protivnetnega zdravila v obliki inhalacije in protivnetnega zdravila v obliki tablete.«

Kot primer uspešnega zdravljenja s to kombinacijo prof. dr. Šuškovič podaja primer 52-letne bolnice z astmo. »Ob prvem obisku bolnica ni zmogla brez napora niti lažjih opravil. Po zdravljenju s kombinacijo inhalacijskega glukokortikoida in dolgodelujočega beta agonista se je njeno zdravstveno stanje izboljšalo in je, sicer s težavo, zmogla hojo navkreber. Po dodatku antilevkotriena v obliki tablete, so se njene težave zaradi astme začele postopoma toda občutno izboljševati. Gospa mi je ob zadnji kontroli s ponosom pokazala svojo fotografijo z vrha Triglava.«

Tvorjenje skoraj vseh dejavnikov astmatskega vnetja, razen levkotrienov zavirajo glukokortikoidi. Pomen levkotrienov pa ni zanemarljiv; so zelo pomemben dejavnik astmatskega vnetja. Imajo kar 1000 krat močnejši učinek na zaporo dihalnih poti kot histamin, ki je tudi eden od dejavnikov vnetja. Na pomembnost levkotrienov kaže tudi dejstvo, da je bila za njihovo odkritje podeljena Nobelova nagrada.

Ker inhalacijski glukokortikoidi ne zavirajo levkotrienov, se farmakološki učinki inhalacijskih glukokortikoidov lepo dopolnjujejo z antilevkotrieni, zato se zdi za zdravljenje astme nadvse logična kombinacija dveh protivnetnih zdravil - inhalacije in tablete. Ta kombinacija (inhalacijski glukokortikoid in antilevkotrien v obliki tablete) je zaradi aditivnega učinka na vnetje pogosto lahko uspešnejša od zdravljenja s posameznimi zdravili.

O vlogi antilevkotriena montelukasta, pri zdravljenju astme pri otrocih, je **prof. dr. Polos** dejal: »Ker je zdravilo montelukast v obliki tablete ali granul, ima pri zdravljenju astme pri otrocih zelo pomembno vlogo. Še posebej pomembno pa je dejstvo, da lahko otrokom ob uporabi montelukasta zmanjšamo odmerek inhalacijskega glukokortikoida in s tem zmanjšamo tudi tveganje za pojav z njimi povezanih neželenih učinkov.«

Na vprašanje, kako ravnati pri bolniku, ki je na terapiji z inhalacijskim glukokortikoidom in ima še vedno težave, prof. dr. Šuškovič odgovarja: »Dodamo mu antilevkotrien in po enem mesecu zdravljenja je bolnik dobro urejen in brez simptomov.« Pomembno pa je, da takemu bolniku tudi potem, ko je dobro urejen, ne ukinemo nobenega od protivnetnih zdravil. »Tako kot bolniku s povišanim krvnim tlakom, ki mu tlak uredimo s kombinacijo antihipertenzivov, ne ukinjamo zdravil, je potrebno ravnati tudi pri astmi. Če ukinemo en preprečevalec, se bo ena pot vnetja ponovno aktivirala in bolniku se bo astma poslabšala«, pojasnjuje prof. dr. Šuškovič.

Ko bolnik živi polnovredno življenje, brez simptomov astme in brez vnetja dihalnih poti, z normalno telesno zmogljivostjo in pljučno funkcijo, je cilj zdravljenja astme dosežen.