

## ASTHMA BRONCHIALE

**Krištúfek Peter**

Katedra pneumológie a fizeológie a Subkatedra funkčnej diagnostiky SZU, Bratislava

**Asthma bronchiale** (priedušková astma) je chronickým zápalom dolných dýchacích ciest s účasťou rôznych buniek (najmä lymfocytov, eozinofilov, neutrofilov), ktorý vedie k zvýšenej vnímavosti (hyperreaktivite) priedušiek (1). Podstatou astmy je geneticky podmienený sklon k zápalu sliznice provokovaný celým radom špecifických a nešpecifických vyvolávačov a spúšťačov v okolí (alergény, infekcia, chemické a fyzikálne faktory, mikroorganizmy). Klinickým prejavom sú epizódy dýchavice a piskotov, tiesne na hrudníku a kašľa, zvlášť v noci a nad ránom. Symptómy sa zvyčajne združujú s variabilnou obštrukciou dýchacích ciest, ktorá je reverzibilná buď spontánne alebo vplyvom liečby, spočiatku kompletne, neskôr s istým stupňom ireverzibility. **Diagnostické kritériá** sa opierajú o kvalitnú anamnézu, fyzikálne vyšetrenie pacienta, funkčné vyšetrenie pľúc a alergologické vyšetrenie. Pri funkčnom vyšetrení okrem parametrov úsilného výdychu (FVC, FEV<sub>1</sub>, FEV<sub>1</sub>/FVC%), alebo vrcholového expiračného prietoku (PEF) hodnotíme charakter krivky prietok-objem, parametre malých dýchacích ciest a reverzibilitu, alebo variabilitu bronchiálnej obštrukcie. Stupeň reverzibility FEV<sub>1</sub> meriame najčastejšie 20 minút po inhalácii 400 µg inhalačného beta2-mimetika (salbutamolu). Patognomickou je reverzibilita FEV<sub>1</sub> na úrovni  $\geq$  ako 12% (resp. 200 ml). Bronchoprovokačný test je dôležitý v iniciálnej fáze ochorenia a v diferenciálnej diagnostike, kedy meriame mieru poklesu FEV<sub>1</sub> po inhalácii nešpecifických (histamín, acetylcholín, metacholín) alebo špecifických provokačných látok (špecifický alergén), prípadne po fyzickej záťaži. Patognomický je pokles FEV<sub>1</sub> o 20% a viac, ktorý ale nie je špecifický iba pre astmu. Je prejavom bronchiálnej hyperreaktivity, ktorá pretrváva aj u inak zdravých osôb po prekonaní vírusového zápalu dýchacích ciest, u chorých so sarkoidózou, chronickou obštrukčnou chorobou pľúc a u mnohých ďalších chorôb. Súčasťou diagnostiky je aj detekcia zápalu. Vyšetruje sa počet eozinofilov celkovo a v indukovanom spúte, môže sa stanoviť eozinofilový kationický proteín (ECP), analyzujú sa bunky a zápalové markery v bronchoalveolovej laváži alebo v bioptickej vzorke priedušiek. Pre diagnózu a najmä monitorovanie liečby je dôležité stanovenie oxidu dusnatého (NO) vo vydychovanom vzduchu. Alergologickým vyšetrením potvrdíme alebo vylúčime atopický terén. Posúdiť príčinné vzťahy medzi pozitívne testovanými alergénmi (prick test, špecifické IgE) a ochorením môže iba skúsený odborník – pozitívita testov neznamená automaticky alergický pôvod astmy (2).

**Astma je chronické, skoro vždy celoživotné zápalové ochorenie dýchacích ciest**, ktorého kľúčovou podmienkou je nepretržitá liečba zápalu. Cieľom manažmentu astmy je dosiahnuť a udržať klinickú kontrolu nad ochorením, a to pomocou farmakologickej intervenčnej stratégie, správnej inhalačnej techniky, edukácie pacienta a rodiny (vrátane písomných pokynov) a vytvorením dlhodobého partnerstva medzi pacientom a lekárom. Dobre kontrolovaný (stabilizovaný) astmatik má minimálne (najlepšie žiadne) symptómy, nemá exacerbácie choroby (nemá akútne záchvaty), nemusí užívať záchranné lieky (uvoľňovače obštrukcie, resp. systémové kortikoidy), má minimálne (najlepšie žiadne) nežiadúce účinky liečby, jeho pľúcne funkcie sú v medziach normy, alebo takmer v norme a nie je nútený obmedzovať svoje životné aktivity (1).

Literatúra:

1. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. updated December 2008. [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)
2. Hrubíško M., a spol. : Národné smernice pre manažment prieduškovej astmy, Bratislava, 2009, v príprave