
Spis treści

1.	Historia astmy – <i>Wacław Droszcz</i>	1
1.1.	Słowo wstępne	1
1.2.	Okres dawny	1
1.3.	Średniowiecze i czasy nowożytne	2
1.4.	Wiek XIX i XX	4
1.4.1.	Obraz kliniczny	5
1.4.2.	Badania czynnościowe układu oddechowego	7
1.4.3.	Patofizjologia	8
1.4.4.	Diagnostyka	16
1.4.5.	Leczenie	18
1.4.6.	Polski wkład w badania mechanizmów i leczenia astmy	29
2.	Definicja i podział astmy – <i>Wacław Droszcz</i>	37
2.1.	Definicje astmy	37
2.1.1.	Astma jako choroba	37
2.1.2.	Astma jako zespół chorobowy	39
2.2.	Podział astmy	40
2.2.1.	Etiologiczny podział astmy	40
2.2.2.	Kliniczny podział astmy	42
3.	Epidemiologia i „historia naturalna” astmy – <i>Wacław Droszcz</i>	47
3.1.	Występowanie astmy	49
3.1.1.	Wzrost zapadalności na astmę na świecie	49
3.2.	Umieralność, śmiertelność	50
3.3.	„Historia naturalna”	53
3.3.1.	Astmy nie można wyleczyć	53
3.3.2.	Jakie są losy chorych na astmę?	57

4.

Patomechanizm astmy – Alicja Grzanka	61
4.1. Genetyczne uwarunkowania rozwoju astmy	61
4.1.1. Astma – choroba wieloczynnikowa	62
4.1.2. Kierunki badań markerów genetycznych astmy	65
4.1.3. Metody poszukiwań genów podatności	67
4.1.4. Geny „kandydackie” predysponujące do rozwoju astmy	69
4.1.5. Uwagi końcowe	76
4.2. Patofizjologia astmy	79
4.2.1. Zapalenie	79
4.2.2. Zmiany strukturalne	80
4.2.3. Kolejność zdarzeń patofizjologicznych	81
4.2.4. Mechanizmy	82
4.2.5. Astma atopowa i nieatopowa	88
4.2.6. Astma w podeszłym wieku	88
4.2.7. Uwagi końcowe	89

5.

Anatomia patologiczna astmy – Wacław Droszcz	95
5.1. Obraz makroskopowy	95
5.2. Obraz mikroskopowy	96
5.3. Przebudowa, remodeling w astmie. Czy występuje zawsze i od czego zależy?	97
5.3.1. Na czym polega przebudowa – remodeling oskrzeli (Ro) i jaka jest jego przyczyna?	97
5.3.2. Kiedy zaczyna się remodeling oskrzeli i jaki jest jego przebieg naturalny?	99
5.3.3. Jaki jest wpływ genetyki na remodeling oskrzeli?	99
5.3.4. Jakie są możliwości rozpoznania i monitorowania remodelingu oskrzeli?	99
5.3.5. Czy remodeling oskrzeli w astmie ma zawsze aspekt negatywny? (przyjaciel czy wróg – <i>friend or foe?</i>)	101
5.3.6. Jakie są różnice remodelingu oskrzeli w przebiegu astmy i POChP?	101
5.3.7. Czy można zapobiec remodelingowi oskrzeli, a może uda się go zahamować lub cofnąć?	102
5.3.8. Podsumowanie	103

6.

Teoria powstawania astmy – Wacław Droszcz	107
6.1. Astma jako choroba zapalna	107
6.2. Hipoteza higieniczna	108

7.	Nadreaktywność oskrzeli – Wacław Droszcz	113
7.1.	Wprowadzenie	113
7.2.	Prace dawniejsze	114
7.3.	Mechanizmy nadreaktywności oskrzeli	115
7.3.1.	Zmiany w mięśniach gładkich oskrzeli	115
7.3.2.	Wyściowy stan zwięzienia oskrzeli	115
7.3.3.	Zaburzenia neuroregulacji	115
7.3.4.	Uszkodzenie nabłonka oddechowego	116
7.3.5.	Degranulacja komórki tucznej	117
7.3.6.	Rola układu krążenia	117
7.3.7.	Czynniki środowiskowe	118
7.4.	Nadreaktywność oskrzeli w astmie	118
7.4.1.	Nadreaktywność oskrzeli – cecha wrodzona czy nabyta?	118
7.4.2.	Czynniki wzmagające nadreaktywność oskrzeli	119
7.4.3.	Czynniki zmniejszające nadreaktywność oskrzeli	120
7.4.4.	Nadreaktywność oskrzeli w ocenie wyników leczenia i prognozowaniu astmy	121
7.5.	Ogólne zasady badania nadreaktywności oskrzeli	121
7.5.1.	Wskazania do wykonania testów nadreaktywności oskrzeli	123

8.	Czynniki środowiskowe – Alicja Grzanka	127
8.1.	Alergeny	128
8.1.1.	Alergeny występujące w pomieszczeniach	129
8.1.2.	Pyłki roślin	132
8.2.	Zanieczyszczenia powietrza	134
8.3.	Palenie tytoniu	135
8.4.	Zakażenia	136
8.4.1.	Zakażenia wirusowe	137
8.4.2.	Zakażenia bakteryjne	138
8.5.	Leki	140
8.6.	Czynniki związane bezpośrednio z chorym	141
8.6.1.	Płeć	141
8.6.2.	Dieta, otyłość, karmienie piersią	141
8.6.3.	Stres	144
8.6.4.	Choroby współistniejące	144

9.	Obraz kliniczny astmy – Wacław Droszcz	151
9.1.	Chronologia astmy	151
9.1.1.	Rytm dobowy drożności oskrzeli	151

9.1.2.	Rytm tygodniowy, miesięczny i sezonowy astmy	153
9.2.	Wywiady	154
9.3.	Badania przedmiotowe	155
9.3.1.	Kliniczne objawy zwężenia oskrzeli	155
9.3.2.	Napad astmatyczny	156
9.3.3.	Stan astmatyczny	157
9.4.	Fenotyp astmy	160
9.4.1.	Astma u osób w wieku podeszłym	160
9.4.2.	Astma w ciąży i w okresie karmienia	161
9.4.3.	Astma zawodowa	161
9.4.4.	Astma „aspirynowa”	166
9.4.5.	Kaszel alergiczny (zespół Corrao, „variant asthma”)	173
9.4.6.	Zespół astmatyczny psychogeny („pseudoastma”)	174

10.

Badania dodatkowe – <i>Wacław Droszcz</i>		177
10.1.	Ogólna strategia wykonania badań dodatkowych	177
10.2.	Badania dodatkowe standardowe	178
10.2.1.	Eozynofilia	178
10.2.2.	Alergenowe testy skórne	179
10.2.3.	Testy prowokacyjne	185
10.2.4.	Wykrywanie nietolerancji niesteroidowych leków przeciwwzapalnych i przeciwbólowych – astmy „aspirynowej”	185
10.2.5.	Próby czynnościowe układu oddechowego	186
10.2.6.	Badanie radiologiczne klatki piersiowej	191
10.3.	Rozszerzone badania dodatkowe	192
10.3.1.	Dodatkowe alergenowe testy skórne	192
10.3.2.	Badania radiologiczne nosa i zatok przynosowych	192
10.3.3.	Badanie psychologiczne	192
10.3.4.	Badanie nadreaktywności oskrzeli	193
10.3.5.	Badania <i>in vitro</i>	196
10.3.6.	Inne badania	197

11.

Różnicowanie astmy – <i>Wacław Droszcz</i>		201
11.1.	Astma a przewlekła obturacyjna choroba płuc	202

12.

Zapobieganie astmie – <i>Wacław Droszcz</i>		207
12.1.	Zapobieganie wystąpieniu astmy (prewencja pierwotna).....	207
12.2.	Zapobieganie zaostrzeniom i objawom (prewencja wtórna)	208

		211
13.1.	Zasady ogólne	211
13.2.	Cele leczenia astmy	215
13.3.	Sprawdzanie wyników leczenia	217
13.4.	Leczenie w zależności od stopnia ciężkości lub stopnia kontroli astmy	221
13.5.	Podstawowe grupy leków stosowane w leczeniu astmy	226
13.6.	Strategia leczenia astmy	227
13.7.	Algorytmy leczenia astmy	228
13.8.	Glikokortykosteroidy	236
	13.8.1. Mechanizm działania glikokortykosteroidów u chorych na astmę	237
	13.8.2. Wybór preparatu glikokortykosteroidowego	246
	13.8.3. Wziewne glikokortykosteroidy	247
	13.8.4. Glikokortykosteroidy systemowe	251
	13.8.5. Uwagi końcowe	253
13.9.	β_2 -agoniści	254
	13.9.1. Mechanizm działania β_2 -agonistów	254
	13.9.2. Preparaty β_2 -agonistów	261
	13.9.3. Niektóre wskaźniki farmakokinetyczne i farmakodynamiczne β_2 -agonistów	262
	13.9.4. Kontrowersje na temat SABA	264
	13.9.5. Kontrowersje na temat LABA	264
	13.9.6. Uwagi końcowe	267
13.10.	Teofilina	267
	13.10.1. Zależności między teofiliną i glikokortykosteroidami	271
	13.10.2. Uwagi końcowe	272
13.11.	Leki przeciwleukotrienowe	273
	13.11.1. Zagadnienia szczegółowe	278
	13.11.2. Uwagi końcowe	281
13.12.	Przeciwciała anti-IgE	282
13.13.	Leki przeciwcholinergiczne	287
13.14.	Immunoterapia swoista	288
	13.14.1. Uwagi końcowe	291
13.15.	Leki przeciwhistaminowe	292
	13.15.1. Uwagi końcowe	295
13.16.	Inne sposoby leczenia	296
13.17.	Aerozoloterapia	299
	13.17.1. Inhalatory ciśnieniowe – pMDI	301
	13.17.2. Inhalatory proszkowe – DPI	302
	13.17.3. Nebulizacja	305
	13.17.4. Uwagi końcowe	308

14.	<u>Astma i sport – <i>Wacław Droszcz</i></u>	319
14.1.	Wpływ wysiłku fizycznego na układ oddechowy	319
14.2.	Problem terminologii	320
14.3.	Częstość występowania astmy wysiłkowej lub wysiłkowego skurczu oskrzeli	321
14.4.	Zmiany drożności oskrzeli podczas wysiłku	321
14.5.	Astma i skurcz oskrzeli związany z wysiłkiem a sport wyczynowy	323
14.6.	Leki przeciwastrymatyczne dopuszczone przez MKOL	328
14.7.	Czy astmatycy „garną się” do sportu, czy też sport indukuje astmę lub wysiłkowy skurcz oskrzeli?	329

15.	<u>Szkolenie chorych na astmę – <i>Wacław Droszcz</i></u>	333
15.1.	Zrzeszanie się chorych	333
15.2.	Edukacja	334
15.2.1.	Metody edukacji	335
15.2.2.	Skuteczność edukacji	336
15.3.	Formy szkolenia	339
15.3.1.	„Szkola” dla chorych	339
15.3.2.	Dni chorych na astmę	340
15.3.3.	Sympozja z udziałem lekarzy, pielęgniarek i chorych ...	341
15.3.4.	Samoleczenie chorych na astmę	343

16.	<u>Skróty występujące w monografii</u>	349
-----	--	-----

	<u>Skorowidz</u>	353
--	------------------	-----