



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ
ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | 2 |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ | 4 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε. | 5 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ | 6 |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ | 7 |
| ΟΡΙΣΜΟΣ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | 7 |
| ΔΙΑΓΝΩΣΗ | 7 |
| ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ | 8 |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ | 10 |
| ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΑΣΘΜΑΤΟΣ | 12 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 15 |

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Γεωργακόπουλος Παναγιώτης (Συντονιστής). Πνευμονολόγος. Αντιπρόεδρος ΕΟΠΥΥ

Ζέρβας Ελευθέριος. Πνευμονολόγος. Επιμελητής Α', 7^η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Κουλούρης Νικόλαος. Πνευμονολόγος. Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Δ/ντής Α' Πνευμονολογικής Κλινικής Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Μπακάκος Πέτρος. Πνευμονολόγος. Αναπλ. Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Πνευμονολογικής Κλινικής Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Περλικός Φώτης. Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος. Επιμελητής Β'. Α' Κλινική Εντατικής Θεραπείας ΕΚΠΑ, Γ.Ν. «Ο ΕΥΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Τζανάκης Νικόλαος. Πνευμονολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Δ/ντής της Παν/κης Πνευμονολογικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ

Χειλάς Γεώργιος. Πνευμονολόγος, Επιμελητής Β', 5^η Πνευμονολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Θηραίος Ελευθέριος. Γενικός Ιατρός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Μήτρου Παναγιώτα, MD,PhD. Ειδικός Παθολόγος. Συνεργάτις Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

Ποδηματάς Ιωάννης. Φαρμακοποιός. Ειδικός Σύμβουλος Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Κακούτη Φωτεινή
Λεγάντη Μαρία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται σε διαδικασία υλοποίησης μιας μεγάλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας προς όφελος του Πολίτη. Συγκεκριμένα, σε μία προσπάθεια διασφάλισης της ταχύτερης διάγνωσης, της βέλτιστης θεραπείας, της αποτελεσματικότερης παρακολούθησης των ασθενών αλλά και της πλέον αποδοτικής διαχείρισης των πόρων για την υγεία, έχει προχωρήσει από τον Μάιο του 2017 σε ανασύσταση της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την κατάρτιση και επεξεργασία των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη δημιουργία μητρώων ασθενών.

Η Επιτροπή αυτή είναι υπεύθυνη για την έγκριση και εφαρμογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης στην κλινική πράξη, μέσω της ενσωμάτωσής τους στις ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Παράλληλα προωθείται η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία θα ενσωματωθούν στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και θα διασυνδεθούν με το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, η ανάπτυξη και ενσωμάτωση στη συνταγογράφηση ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού, η ανάπτυξη του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή και η δημιουργία Μητρώων Χρονίων Παθήσεων.

Η σύνταξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων βασίστηκε στις εισηγήσεις των αντίστοιχων Επιστημονικών Ομάδων Εργασίας αποτελούμενων από ιατρούς με αποδεδειγμένη εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία στο εκάστοτε γνωστικό αντικείμενο.

Απώτερος στόχος είναι να αποτελέσουν τα εργαλεία αυτά ηλεκτρονικής υγείας ένα χρήσιμο βοήθημα για την εφαρμογή κανόνων ορθής κλινικής πρακτική με στόχο την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, αλλά και ένα εργαλείο συλλογής μεγάλων δεδομένων (big data) για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με πολιτικές υγείας.

Ευχαριστούμε θερμά όσους εργάστηκαν με συνέπεια, υπευθυνότητα και θυσία του προσωπικού τους χρόνου για την ολοκλήρωση του έργου.

Γιώργος Γιαννόπουλος

Γενικός Γραμματέας Υπουργείου Υγείας

Πρόεδρος της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης,
την ολοκλήρωση των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και
τη δημιουργία μητρώων ασθενών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε

Έπειτα από επίπονη προσπάθεια της Ομάδας των Ιατρών-Πνευμονολόγων υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κ. Ν. Κουλούρη ευοδώθηκε η σύνταξη διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης για νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος.

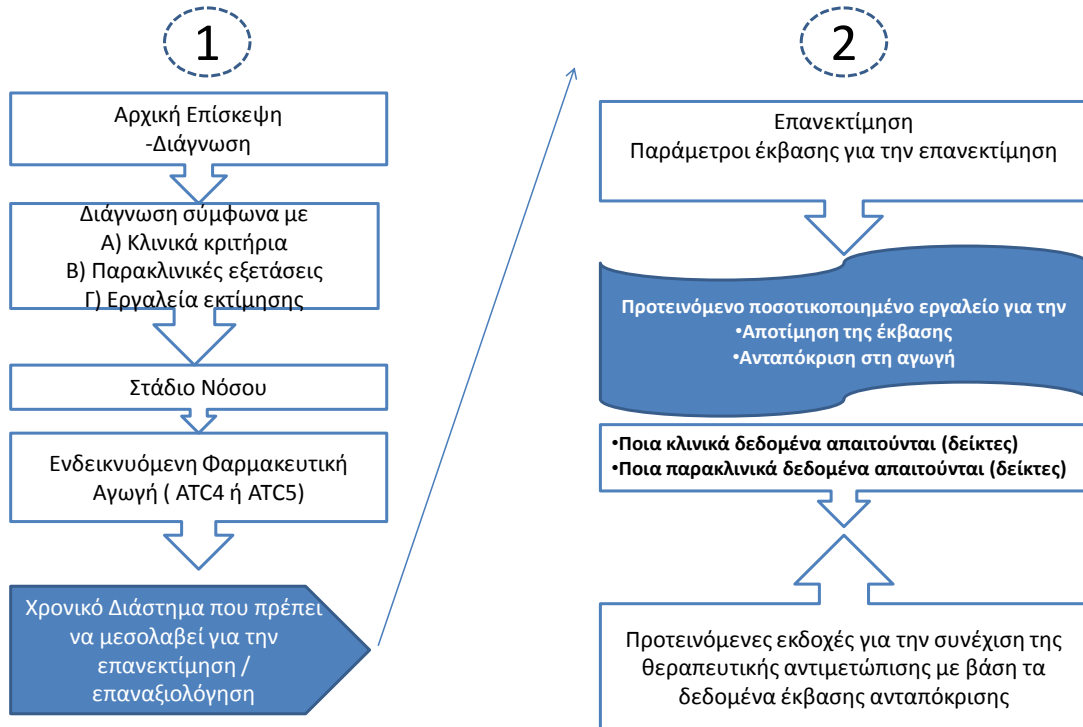
Μετά από αυτή την θαυμάσια δουλειά, θεωρώ ότι η ομάδα, με την στήριξη και της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας θα πρέπει να ασχοληθεί με τα πρωτόκολλα για την Πνευμονική Ίνωση (και εν γένει Διάμεσα) αλλά και με το Σύνδρομο Ύπνου Άπνοιας και τη συνταγογράφηση των αναπνευστικών συσκευών, σύμφωνα και με την απόφαση του ΚΕΣΥ.

Προσωπικά θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους που μετείχαν σε αυτή την προσπάθεια αλλά και την Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και ιδιαίτερα τον Γεν. Γραμ. του υπ. Υγείας Γιώργο Γιαννόπουλο που μου εμπιστεύτηκαν αυτόν τον ρόλο.

Γεωργακόπουλος Παναγιώτης
Πνευμονολόγος, Αντιπρόεδρος ΕΟΠΥΥ
Συντονιστής της Ομάδας Εργασίας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Το άσθμα είναι μια ετερογενής χρόνια φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών. Πρόκειται για χρόνια πάθηση η οποία εμφανίζει υφέσεις και εξάρσεις που μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και ευτυχώς σπανιότερα να αποβούν μοιραίες.

Υπολογίζεται ότι 300 εκατομμύρια παγκοσμίως πάσχουν από άσθμα, αλλά το ποσοστό διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Το βρογχικό άσθμα προσβάλλει όλες τις ηλικίες και παρουσιάζει αυξανόμενη επίπτωση σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες με συνοδό αυξανόμενο κόστος. Σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα της ομάδας βρογχικού άσθματος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας το 8,6% του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα έχει άσθμα.

Η χρόνια φλεγμονή σε συνδυασμό με τη βρογχική υπεραντιδραστικότητα οδηγεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια συριγμού, δύσπνοιας, βάρους στο στήθος και βήχα. Τα παραπάνω συνδυάζονται με μεταβαλλόμενη απόφραξη των αεραγωγών που αναστρέφεται είτε αυτόματα είτε μετά από θεραπευτική παρέμβαση.

Τα κύρια συμπτώματα του άσθματος είναι βήχας, συρίττουσα αναπνοή (οι ασθενείς την ονομάζουν συχνά "γατάκια, σφύριγμα στο στήθος"), το σφίξιμο στο στήθος και η δυσκολία στην αναπνοή. Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι παρουσιάζουν διακύμανση στο χρόνο ως προς την εμφάνιση, την ένταση και τη συχνότητά τους. Μπορεί να συμβαίνουν καθ' όλη τη διάρκεια του έτους ή να έχουν εποχικό χαρακτήρα κυρίως κατά τη διάρκεια της άνοιξης ή/και του φθινοπώρου. Ένα χαρακτηριστικό των συμπτωμάτων του άσθματος είναι η νυχτερινή εμφάνιση με επικέντρωση τις πρώτες πρωινές ώρες. Τα συμπτώματα αυτά πυροδοτούνται από διάφορους εκλυτικούς παράγοντες όπως τα κρυολογήματα (συνήθως ιογενείς λοιμώξεις), η έκθεση σε αλλεργιογόνα, η έκθεση σε κρύο αέρα, η άσκηση και η λήψη φαρμάκων με κυριότερο εκπρόσωπο την ασπιρίνη ή άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

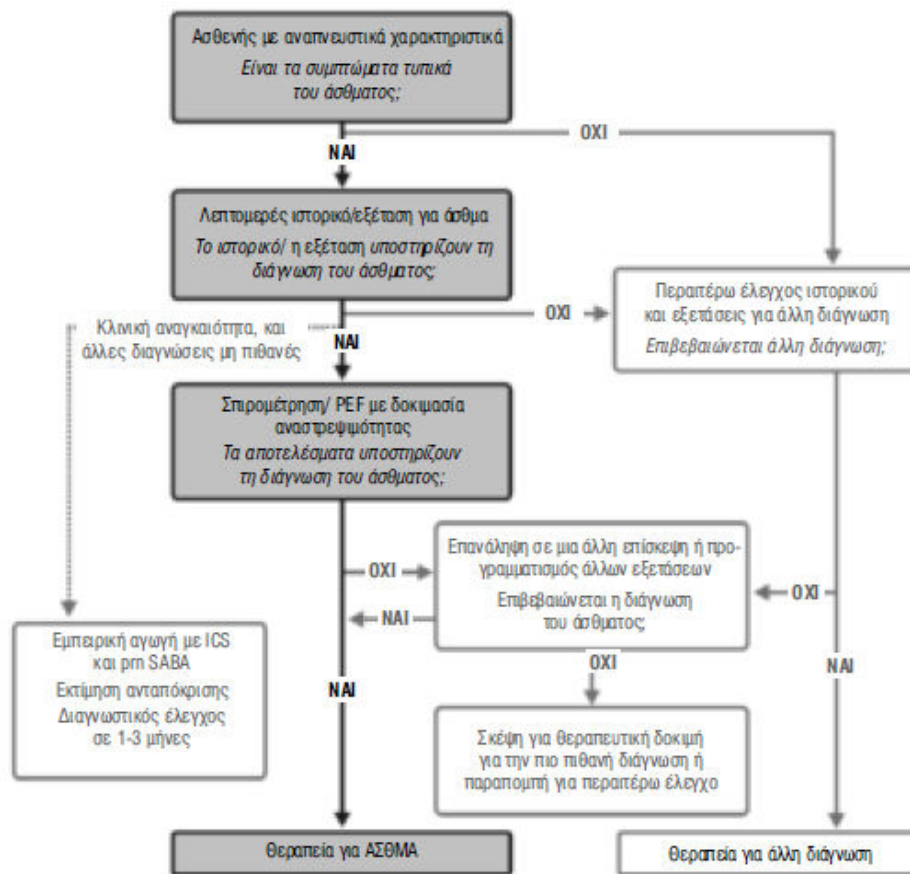
ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του άσθματος βασίζεται στο ιστορικό και τη συμβατή κλινική εικόνα. Ιστορικό ύπαρξης αναπνευστικών συμπτωμάτων όπως ο συριγμός, ο βήχας, η δύσπνοια, το αίσθημα βάρους στο στήθος θέτουν την υπόνοια άσθματος. Η τεκμηρίωση της διάγνωσης γίνεται με την ανεύρεση σημαντικής αναστρεψιμότητας στη σπιρομέτρηση (που ορίζεται ως η βελτίωση του FEV1 κατά 12% και τουλάχιστον 200mL μετά τη λήψη 4 εισπνοών σαλβουταμόλης). Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί η διακύμανση της μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEFR) με τη χρήση ενός φορητού ροομέτρου (>10%).

Σε περιπτώσεις διαγνωστικής δυσκολίας χρησιμοποιούνται δοκιμασίες πρόκλησης που αξιολογούν τη ειδική ευαισθησία που έχουν οι αεραγωγοί των ασθενών με άσθμα που αποκαλείται βρογχική υπεραντιδραστικότητα. Η συνηθέστερη από αυτές είναι η δοκιμασία πρόκλησης με μεταχολίνη. Στην Εικόνα 1 παρουσιάζεται ένας διαγνωστικός αλγόριθμος

άσθματος στην κλινική πράξη, όπως τον προτείνουν οι διεθνείς οδηγίες GINA. Όταν οι ασθενείς με άσθμα εμφανίζουν ιστορικό συμβατό με παρουσία ευαισθησίας σε αλλεργικούς παράγοντες πρέπει να υποβάλλονται σε αλλεργικές δοκιμασίες με σκοπό την ταυτοποίηση αυτών των παραγόντων, ώστε να ληφθούν μέτρα αποφυγής. Οι δοκιμασίες αυτές περιλαμβάνουν τις δερματικές δοκιμασίες νυγμού (skin prick tests) και τη μέτρηση ειδικών IgE (RAST).

Εικόνα 1. Διαγνωστικός αλγόριθμος για το άσθμα στην κλινική πράξη



Είναι προτιμότερο η επιβεβαίωση της διάγνωσης του άσθματος να γίνεται πριν την έναρξη της ρυθμιστικής θεραπείας καθώς αρκετές φορές είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί μετά. Εφόσον η έναρξη του άσθματος γίνει την ενήλικη ζωή πρέπει να ερωτάται ο ασθενής σχετικά με το επάγγελμά του, ειδικότερα μάλιστα εάν τα συμπτώματα βελτιώνονται μετά την απομάκρυνση από την εργασία του. Η διάγνωση του επαγγελματικού άσθματος διέπεται από τις ίδιες αρχές που αναφέρθηκαν παραπάνω, αν και συχνά απαιτείται παραπομπή σε ειδικό. Είναι πολύ σημαντικό να απομακρύνεται το συντομότερο δυνατό ο ασθενής από τον υπεύθυνο παράγοντα μόλις τεκμηριωθεί η διάγνωση.

Το άσθμα και η ΧΑΠ μπορεί να συνυπάρχουν και πρόσφατα έχει περιγραφεί αλληλεπικάλυψη άσθματος-ΧΑΠ (ACO – Asthma COPD Overlap). Εάν από το ιστορικό δεν υπάρχει βεβαιότητα για τη διαφοροδιάγνωση ή συνύπαρξη των δυο νοσημάτων καλό είναι να παραπέμπεται ο ασθενής σε ειδικό, πολύ περισσότερο αφού το σύνδρομο αλληλεπικάλυψης έχει χειρότερη πρόγνωση από το άσθμα ή τη ΧΑΠ μεμονωμένα.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Ο βασικός στόχος της μακροχρόνιας θεραπείας του άσθματος είναι η επίτευξη του ελέγχου. Ο έλεγχος αναφέρεται στο βαθμό επίδρασης της νόσου στον ασθενή και περιλαμβάνει δυο τομείς: τον έλεγχο των συμπτωμάτων και τους παράγοντες κινδύνου για μελλοντική κακή έκβαση.

Ο έλεγχος των συμπτωμάτων αναφέρεται χρονικά στις 4 τελευταίες εβδομάδες και αξιολογεί πρωινά και νυχτερινά συμπτώματα, ανάγκη λήψης ανακουφιστικής θεραπείας και περιορισμό δραστηριοτήτων. Οι παράγοντες κινδύνου αξιολογούν τον κίνδυνο εμφάνισης παρόξυνσης, τον κίνδυνο ανάπτυξης μη αναστρέψιμου περιορισμού της ροής του αέρα και αυτόν της εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από τα φάρμακα (Εικόνα 2).

Εικόνα 2. Εκτίμηση του ελέγχου των συμπτωμάτων και του μελλοντικού κινδύνου

| Α. Επίπεδο ελέγχου των συμπτωμάτων του άσθματος | | | | |
|---|---|---------------|---|-----------------|
| Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ο ασθενής παρουσίασε: | | Καλός έλεγχος | Μερικός έλεγχος | Απουσία ελέγχου |
| Ημερήσια συμπτώματα περισσότερες από 2 φορές/εβδομάδα: | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | | | |
| Νυχτερινή αφύπνιση λόγω άσθματος: | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | Τίποτα | 1-2 | 3-4 |
| Λήψη ανακουφιστικού φαρμάκου περισσότερο από 2 φορές/εβδομάδα: | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | από αυτά | από αυτά | από αυτά |
| Τυχόν περιορισμός δραστηριότητας λόγω του άσθματος: | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> | | | |
| Β. Παράγοντες κινδύνου για πτωχή έκβαση του άσθματος | | | | |
| Εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου κατά τη διάγνωση και σε τακτά χρονικά διαστήματα, κυρίως σε ασθενείς με παροξύνσεις. | | | | |
| Μέτρηση του FEV ₁ στην αρχή της θεραπείας, 3-6 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας ελέγχου ώστε να καταγραφεί η καλύτερη πνευμονική λειτουργία του ασθενή και μετά κατά περιόδους για συνεχή παρακολούθηση του κινδύνου. | | | | |
| Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για παροξύνσεις που επιδέχονται τροποποίηση: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Μη ελεγχόμενα συμπτώματα άσθματος (όπως παραπάνω) Δεν έχουν χορηγηθεί ICS, πτωχή συμμόρφωση στα ICS, λάθος τεχνική εισπνοής Υπερβολική χρήση SABA (> 1x200-δόσεων συσκευή/μήνα) Χαμηλή τιμή FEV₁, ιδιαίτερα αν είναι < 60% της προβλεπόμενης Σοβαρά ψυχολογικά ή κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα Έκθεση: καπνός, έκθεση σε αλλεργιογόνο επί ευαισθητοποίησης Συννοσηρότητα: παχυσαρκία, ρινοκολπίτιδα, επιβεβαιωμένη τροφική αλλεργία Ηωσινοφιλία στα πτύελα ή στο αίμα Εγκυμοσύνη | | | <p>Η παρουσία ενός ή περισσότερων από αυτούς τους παράγοντες αυξάνει τον κίνδυνο των παροξύνσεων ακόμα κι αν τα συμπτώματα ελέγχονται καλά.</p> | |
| <p>Άλλοι σημαντικοί ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για παροξύνσεις είναι:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ιστορικό διασωλήνωσης ή νοσηλείας σε εντατική μονάδα λόγω άσθματος 1 ή περισσότερες σοβαρές παροξύνσεις τους τελευταίους 12 μήνες. | | | | |
| <p>Παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη μόνιμου περιορισμού της ροής του αέρα περιλαμβάνουν την απουσία ICS στη θεραπεία, έκθεση σε καπνό τσιγάρου, τοξικές ουσίες ή επαγγελματική έκθεση, χαμηλή τιμή FEV₁, χρόνια υπερέκκριση βλέννης και ηωσινοφιλία στα πτύελα ή στο αίμα</p> | | | | |
| <p>Παράγοντες κινδύνου για παρενέργειες των φαρμάκων περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> Συστηματικές: συχνή λήψη από του στόματος κορτικοστεροειδών, μακροχρόνια, υψηλή δόση και/ή ισχυρά ICS, επιπλέον λήψη αναστολέων του P450 Τοπικές: υψηλή δόση ή ισχυρά ICS, λάθος τεχνική εισπνοής | | | | |

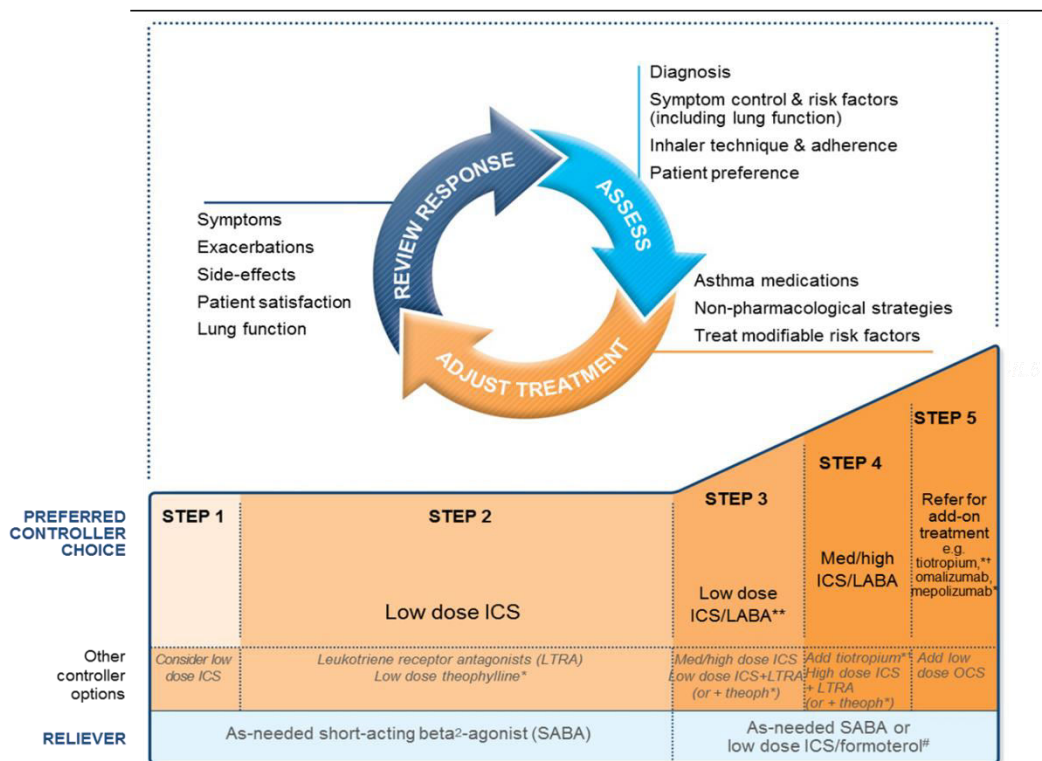
Η βαρύτητα του άσθματος διαφέρει από τον έλεγχο και εκτιμάται αναδρομικά με βάση τη φαρμακευτική θεραπεία που απαιτείται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και των παροξύνσεων. Το άσθμα που ελέγχεται επαρκώς με θεραπεία βήματος 1 ή 2 ορίζεται ως ήπιο ενώ εκείνο που ελέγχεται με θεραπεία βήματος 3 ορίζεται ως μέτριο. Τέλος ως σοβαρό ορίζεται το άσθμα που απαιτεί για τον έλεγχο του θεραπεία βήματος 4 ή 5.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του βρογχικού άσθματος που αποσκοπεί στον έλεγχο των συμπτωμάτων και στην ελάττωση του μελλοντικού κινδύνου περιλαμβάνει γενικά και ειδικά μέτρα. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις λαμβάνουν υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς αλλά και πρακτικά θέματα που περιλαμβάνουν τη συμμόρφωση, τη χρήση των εισπνευστικών συσκευών και το κόστος της θεραπείας. Στα γενικά ανήκουν η αποφυγή των αλλεργιογόνων και της έκθεσης σε ειδικές περιβαντολογικές συνθήκες και ερεθιστικούς παράγοντες. Στα ειδικά περιλαμβάνονται φάρμακα που συνήθως δίνονται με τη μορφή εισπνοών και διακρίνονται σε ρυθμιστικά και ανακουφιστικά. Το κύριο ρυθμιστικό φάρμακο είναι τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή που δίνονται συνήθως σε μικρές δόσεις και δεν προκαλούν παρενέργειες. Επιπρόσθετα χορηγούνται βρογχοδιασταλτικά φάρμακα με μακρά διάρκεια δράσης. Η σύγχρονη θεραπεία του άσθματος ακολουθεί μια βαθμιδωτή προσέγγιση (σε βήματα) με στόχο πάντοτε τον έλεγχο της νόσου (Εικόνα 3).

Εικόνα 3. Βαθμιδωτή προσέγγιση στη θεραπεία του άσθματος

Θεραπευτική προσέγγιση άσθματος



Εικόνα 4. Διαχείριση του άσθματος με βάση τον έλεγχο

Η καθημερινή θεραπεία ελέγχου πρέπει να αρχίζει το συντομότερο μετά την τεκμηρίωση της διάγνωσης του άσθματος. Μετά την έναρξη της θεραπείας οι θεραπευτικές αποφάσεις-τροποποιήσεις βασίζονται σε ένα κύκλο επανεκτίμησης, αναπροσαρμογής της αγωγής και ανταπόκρισης σε αυτή (Εικόνα 4).



Η επανεκτίμηση του ασθματικού ασθενούς πρέπει να γίνεται εντός 1-3 μηνών από την έναρξη της θεραπείας και περιοδικά κάθε 3-12 μήνες στη συνέχεια. Ωστόσο, μετά από μια παρόξυνση η εκτίμηση του ασθενούς πρέπει να γίνεται μετά από 1 εβδομάδα.

Η αναβάθμιση της θεραπείας (step-up) γίνεται εφόσον τα συμπτώματα του ασθενούς δεν ελέγχονται ικανοποιητικά ή μετά από μια παρόξυνση. Είναι όμως πολύ σημαντικό να ελέγχεται προηγούμενα η σωστή τεχνική χρήσης των συσκευών και η συμμόρφωση του ασθενούς. Η αποκλιμάκωση της θεραπείας (step-down) γίνεται εφόσον τα συμπτώματα ελέγχονται ικανοποιητικά για τουλάχιστον 3 μήνες και ο κίνδυνος παροξύνσεων είναι χαμηλός.

Η βάση της ρυθμιστικής θεραπείας του άσθματος είναι τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, που θα πρέπει να λαμβάνονται σε καθημερινή βάση από όλους τους ασθενείς με επίμονο άσθμα. Είναι τα πιο αποτελεσματικά αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Μειώνουν τα συμπτώματα, βελτιώνουν την πνευμονική λειτουργία και ελαττώνουν τον κίνδυνο παροξύνσεων. Μακροχρόνιες μελέτες έχουν δείξει ότι τα φάρμακα αυτά δεν έχουν σημαντικές παρενέργειες στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών. Οι τοπικές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν τη στοματοφαρυγγική καντιτίαση και το βράγχος φωνής ενώ ο κίνδυνος συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών αυξάνει με τη χρήση υψηλών δόσεων. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι χαμηλές, μέτριες και υψηλές δόσεις των εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών όπως προτείνονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες της GINA. Είναι σημαντικό ο γιατρός να γνωρίζει ποια είναι η χαμηλή, μέτρια και υψηλή δόση εισπνεόμενου κορτικοστεροειδούς όταν τιτλοποιεί τη θεραπεία του ασθματικού ασθενούς είτε αυξάνοντας είτε μειώνοντας (step-up, step-down).

Πίνακας 1. Χαμηλές, μέτριες και υψηλές δόσεις εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών (mcg)

| Εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή | Ολική Ημερήσια Δόση (mcg) | | |
|-------------------------------------|---------------------------|------------|-------|
| | Χαμηλή | Μέση | Υψηλή |
| Beclometasone dipropionate (CFC) | 200–500 | >500–1000 | >1000 |
| Beclometasone dipropionate (HFA) | 100–200 | >200–400 | >400 |
| Budesonide (DPI) | 200–400 | >400–800 | >800 |
| Ciclesonide (HFA) | 80–160 | >160–320 | >320 |
| Fluticasone furoate (DPI) | 100 | n.a. | 200 |
| Fluticasone propionate (DPI or HFA) | 100–250 | >250–500 | >500 |
| Mometasone furoate | 110–220 | >220–440 | >440 |
| Triamcinolone acetonide | 400–1000 | >1000–2000 | >2000 |

Άλλα ρυθμιστικά φάρμακα είναι οι β₂-διεγέρτες μακράς δράσης (LABA), η μοντελουκάστη και η θεοφυλλίνη. Η προσθήκη LABA βελτιώνει τα συμπτώματα και την πνευμονική λειτουργία σε ασθενείς που δεν έχουν επιτύχει τον έλεγχο με μέτρια δόση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών. Η μοντελουκάστη είναι τροποποιητής των λευκοτριενίων και ως αντιφλεγμονώδες είναι λιγότερο αποτελεσματικό από τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή. Επίσης ο συνδυασμός της με εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή είναι λιγότερο αποτελεσματικός από τον συνδυασμό των εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών με LABA. Στις πρόσφατες οδηγίες έχει προστεθεί ως επιλογή για το σοβαρό άσθμα στα βήματα 4 και 5 και η χορήγηση ενός αντιχολινεργικού μακράς δράσης του τιotropίου.

Οι ασθενείς με σοβαρό άσθμα (Βήμα 5) μπορεί να λαμβάνουν κορτικοστεροειδή από το στόμα στη χαμηλότερη δυνατή δόση (συνιστάται δόση <7.5mg πρεδνιζολόνης/ημέρα), ενώ για τους ασθενείς με σοβαρό αλλεργικό άσθμα έχει ένδειξη ένα μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της ανοσοσφαιρίνης IgE - omalizumab - ως πρώτη επιλογή όταν το άσθμα δεν ελέγχεται με αγωγή βήματος 4. Τέλος, σε ασθενείς με σοβαρό μη ελεγχόμενο ηωσινοφιλικό άσθμα που χαρακτηρίζεται από συχνές παροξύνσεις μπορεί να χορηγηθεί μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της ιντερλευκίνης-5 (IL-5) - mepolizumab - με σκοπό τη μείωση των παροξύνσεων ή /και των από του στόματος κορτικοειδών.

Επίσης, όλοι οι ασθενείς με άσθμα θα πρέπει να έχουν διαθέσιμο ένα εισπνεόμενο ανακουφιστικό φάρμακο, με συνηθέστερη επιλογή τους β₂-διεγέρτες ταχείας έναρξης δράσης. Η σαλβουταμόλη αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για την ταχεία ανακούφιση των συμπτωμάτων του άσθματος και του βρογχόσπασμου. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ο τρόμος και η ταχυκαρδία ενώ η συχνή χρήση της ανακουφιστικής θεραπείας αποτελεί ένδειξη πτωχού ελέγχου του άσθματος.

ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

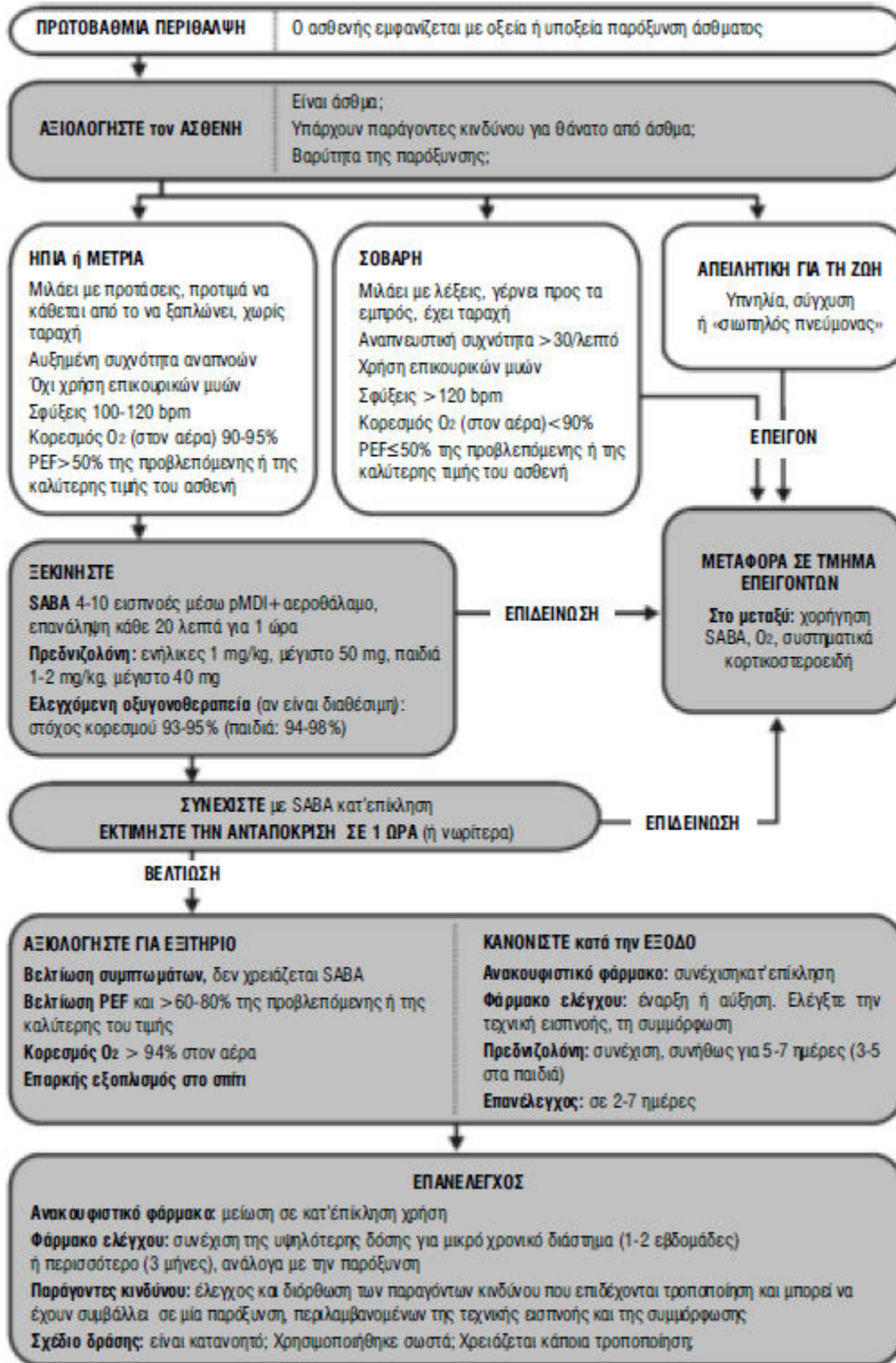
Η οξεία ή υποξεία επιδείνωση των συμπτωμάτων του άσθματος και της αναπνευστικής λειτουργίας σε σχέση με τη συνήθη κατάσταση ορίζεται ως παρόξυνση άσθματος. Η αντιμετώπιση της παρόξυνσης εξαρτάται από τη βαρύτητα της και μπορεί να ξεκινάει από το σπίτι με βάση ένα γραπτό σχέδιο δράσης για το άσθμα και να φτάνει στη θεραπεία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών για τις σοβαρότερες περιπτώσεις.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται ασθενείς υψηλού κινδύνου για θάνατο από άσθμα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή στο χειρισμό τους. Περιλαμβάνονται ασθενείς με ιστορικό σοβαρής παρόξυνσης όπου απαιτήθηκε διασωλήνωση και μηχανική αναπνοή, ασθενείς με νοσηλεία ή επίσκεψη στα ΤΕΠ τον τελευταίο χρόνο, απουσία χρήσης ή κακή συμμόρφωση στα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή, πρόσφατη διακοπή από του στόματος στεροειδών, κατάχρηση ταχείας έναρξης δράσης β2-αγωνιστών, έλλειψη γραπτού σχεδίου δράσης, ιστορικό ψυχιατρικής νόσου ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα καθώς και ασθενείς με τροφική αλλεργία.

Στην εικόνα 5 παρουσιάζεται η αντιμετώπιση παρόξυνσης άσθματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

- Οι παροξύνσεις αποτελούν μια οξεία ή υποξεία επιδείνωση των συμπτωμάτων του άσθματος και της αναπνευστικής λειτουργίας σε σχέση με τη συνήθη κατάσταση του ασθενούς
- Οι ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο θανάτου από άσθμα πρέπει να αναγνωρίζονται και να παρακολουθούνται πιο στενά.
- Η αντιμετώπιση της παρόξυνσης του άσθματος είναι ένα συνεχές φάσμα από την αυτοδιαχείριση συνήθως με βάση ένα προϋπάρχον γραπτό πλάνο οδηγιών μέχρι την αντιμετώπιση των πιο σοβαρών περιπτώσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών στο Νοσοκομείο.

Εικόνα 5. Διαχείριση παρόξυνσης άσθματος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. National Heart Lung and Blood Institute. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NHBLI/WHO workshop. Updated 2017.
2. Wenzel SE. Asthma phenotypes: the evolution from clinical to molecular approaches. *Nat Med* 2012;18:716-25.
3. Reddel HK, Taylor DR, Bateman ED, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180:59-99.
4. Taylor DR, Bateman ED, Boulet LP, et al. A new perspective on concepts of asthma severity and control. *Eur Respir J* 2008;32:545-54.
5. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, et al. International ERS/ATS Guidelines on Definition, Evaluation and Treatment of Severe Asthma. *Eur Respir J* 2014;43:343-73.