



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**

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε.	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ	6
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΑΠ	9
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	10

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.

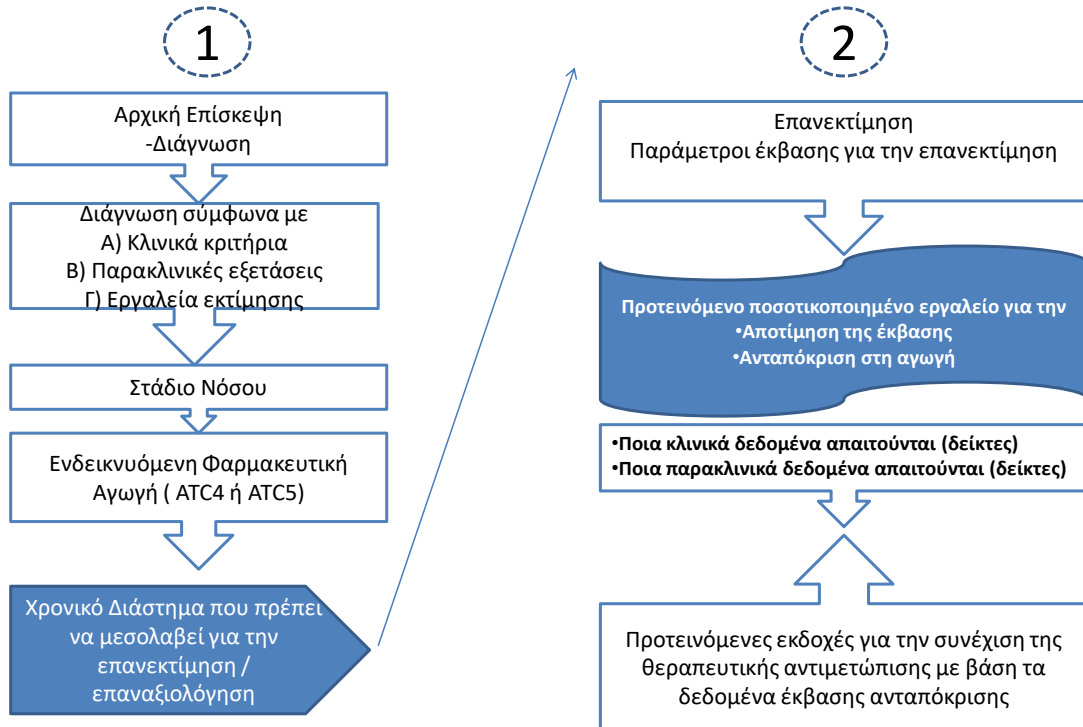
Μετά από αυτή την θαυμάσια δουλειά, θεωρώ ότι η ομάδα, με την στήριξη και της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας θα πρέπει να ασχοληθεί με τα πρωτόκολλα για την Πνευμονική Ίνωση (και εν γένει Διάμεσα) αλλά και με το Σύνδρομο Ύπνου Άπνοιας και τη συνταγογράφηση των αναπνευστικών συσκευών, σύμφωνα και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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι συχνή και σοβαρή νόσος που δύναται να προληφθεί και να θεραπευθεί. Χαρακτηρίζεται από επίμονα αναπνευστικά συμπτώματα και περιορισμό της εκπνευστικής ροής που οφείλεται σε βλάβες των αεραγωγών και των κυψελίδων, συνήθως προκαλούμενες από σημαντική έκθεση σε επικίνδυνα σωματίδια ή αέρια.

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) αποτελεί προκλητικό πρόβλημα δημόσιας υγείας διότι είναι από τις σημαντικότερες αιτίες χρόνιας νοσηρότητας, θνητότητας, και οικονομικής επιβάρυνσης των συστημάτων υγείας. Η ΧΑΠ είναι επί του παρόντος η 4^η αιτία θανάτου (πάνω από τρία εκατομμύρια θάνατοι το 2012) και προβλέπεται ότι από το 2020 και μετά θα είναι η 3^η αιτία θανάτου, παγκοσμίως. Το δε ετήσιο κόστος ανά ασθενή είναι 6147 ευρώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και 5582 ευρώ στην Ελλάδα. Η κυριότερη αιτία πρόκλησης της νόσου είναι το κάπνισμα. Εάν δεν καπνίζαμε η ΧΑΠ θα ήταν σπάνια νόσος. Ο ιατρός θα υποπτευθεί την ύπαρξη της ΧΑΠ από τα συμπτώματα της που περιλαμβάνουν χρόνιο βήχα ή/και απόχρεμψη, δύσπνοια προσπάθειας, και έκθεση σε παράγοντες κινδύνου (π.χ., κάπνισμα).

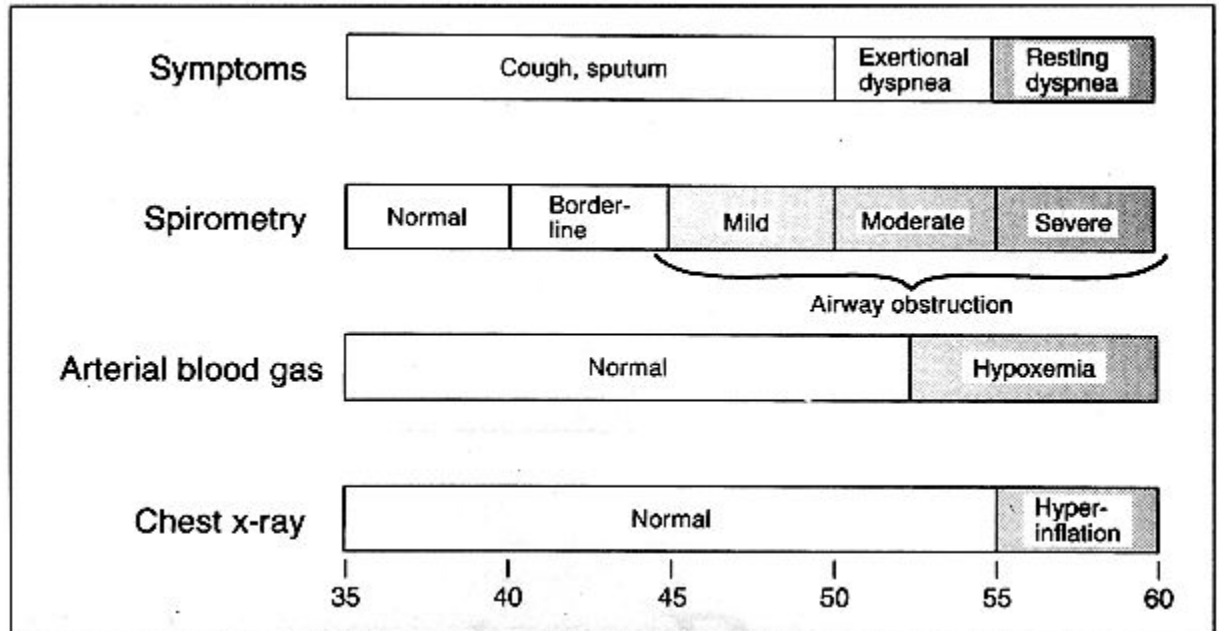
Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το άσθμα, την συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, βρογχιεκτασίες, φυματίωση, αποφρακτική βρογχολίτιδα, διάχυτη πανβρογχιολίτιδα.

Για την διάγνωση της νόσου, η εξέταση σπιρομέτρηση είναι απολύτως απαραίτητη. Ο λόγος $FEV_1/FVC < 70\%$ μετά την δοκιμασία βρογχοδιαστολής επιβεβαιώνει την επίμονη στένωση των αεραγωγών που είναι βασικό χαρακτηριστικό της νόσου. Η τιμή αυτή ισχύει για τις καθαρές μορφές της νόσου, που όμως είναι σχετικά σπάνιες, μια και η ΧΑΠ συνήθως συνοδεύεται από πλειάδα συνοσηροτήτων (π.χ., καρδιακές παθήσεις, νευρομυϊκή δυσλειτουργία, παχυσαρκία, πνευμονική ίνωση, καρκίνος πνεύμονος) που πιθανόν να αλλοιώνουν το αμιγές σύνδρομο στένωσης των αεραγωγών. Στις περιπτώσεις αυτές δεν είναι αρκετή ή σπιρομέτρηση και απαιτείται πληρέστερος λειτουργικός έλεγχος του αναπνευστικού για την διάγνωση.

Οι σπιρομέτρηση δεν συσχετίζεται καλώς με τα συμπτώματα αλλά είναι ο μοναδικός τρόπος παρακολούθησης της νόσου διότι επηρεάζεται πρώιμως, ενώ δεν υπάρχει κανένας άλλος κατάλληλος βιοδείκτης για αυτό τον σκοπό (Σχήμα 1). Προς εκτίμηση της βαρύτητας και εξέλιξης ο απλούστερος, λογικότερος και ευαίσθητος τρόπος είναι η παρακολούθηση των σπιρομετρικών δεικτών (Πίνακας 1), ενώ η πρόσφατη ταξινόμηση σε ομάδες A,B,C,D είναι περίπλοκη, αντιφατική και συνεπώς αμφισβητούμενη. Η επίδραση στην ποιότητα ζωής, και ο κίνδυνος εμφάνισης παροξυσμών της νόσου είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν την εφαρμοζόμενη θεραπεία.

Σχήμα 1. Εξέλιξη των συμπτωμάτων, σπυρομετρικών δεικτών, αερίων αίματος και ακτινογραφίας θώρακος στην ΧΑΠ με την πάροδο του χρόνου.

Εκτός από τα συμπτώματα που προηγούνται, οι δείκτες που επηρεάζονται ενωρίτερα στην πορεία της νόσου είναι οι σπυρομετρικοί.



Πίνακας 1

Ταξινόμηση της ΧΑΠ σύμφωνα με τους σπυρομετρικούς δείκτες (μετά βρογχοδιαστολή) σε ασθενείς με αμυγή νόσο ($FEV_1/FVC < 70\%$)		
GOLD 0	Μόνο συμπτώματα (π.χ βήχας, απόχρεμψη)	Φυσιολογική Σπυρομέτρηση
GOLD 1	Ήπια	$FEV_1 \geq 80\%$ προβλ
GOLD 2	Μέτρια	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ προβλ
GOLD 3	Σοβαρή	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ προβλ
GOLD 4	Πολύ Σοβαρή	$FEV_1 < 30\%$ προβλ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΧΑΠ

Η διακοπή του καπνίσματος είναι κομβικής σημασίας. Φαρμακοθεραπεία και υποκατάστατα νικοτίνης αυξάνουν την δυνατότητα αποχής από το κάπνισμα. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του ηλεκτρονικού τσιγάρου ή άλλων εναλλακτικών μεθόδων διακοπής καπνίσματος είναι ακόμη ακαθόριστη.

Το εμβόλιο κατά της Γρίπης και έναντι του Πνευμονιοκόκκου μειώνει την εμφάνιση λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού.

Προγράμματα Αναπνευστικής Αποκατάστασης βελτιώνουν την βαρύτητα των συμπτωμάτων, την ποιότητα και την συνέχιση της όσο το δυνατόν καθημερινής φυσιολογικής ζωής.

Σε ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια η μακροχρόνια χορήγηση οξυγόνου και/ή η μη επεμβατική μηχανική υποβοήθηση της αναπνοής κατ' οίκον είναι οι μοναδικές παρεμβάσεις που αποδεδειγμένα αυξάνουν την επιβίωση.

Σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς η χειρουργική ή η βρογχοσκοπική μείωση της υπερδιάτασης δυνατόν να αποβεί ωφέλιμη.

Η φαρμακευτική θεραπεία μειώνει τα συμπτώματα, την συχνότητα και βαρύτητα των παροξυσμών και βελτιώνει την γενική κατάσταση του ασθενούς καθώς και την ικανότητα για άσκηση.

Τα εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά έχουν κεντρικό ρόλο και συνήθως χορηγούνται σε τακτική βάση προκειμένου να προληφθούν ή να μειωθούν τα συμπτώματα της νόσου. Τα βρογχοδιασταλτικά διακρίνονται σε: β_2 -διεγέρτες βραχείας και μακράς δράσεως (SABA και LABA), αντιχολινεργικά βραχείας και μακράς δράσεως (SAMA και LAMA), και οι μεθυλξανθίνες.

Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα χορηγούνται σε προσεκτικά επιλεγμένες υποκατηγορίες της ΧΑΠ, ενώ τα συστηματικά χορηγούμενα κορτικοειδή μόνο στους παροξυσμούς της νόσου για λίγες ημέρες.

Η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την α_1 -αντιθρυψίνη φαίνεται να καθυστερεί την εξέλιξη του συγγενούς εμφυσήματος.

Τα βλεννολυτικά και αντιβηχικά έχουν αμφίβολη δράση.

Οι διπλοί συνδυασμοί είναι πιο αποτελεσματικοί των μονών, ενώ οι τριπλοί εμφανίζουν την μέγιστη αποτελεσματικότητα.

Η φαρμακολογία της ΧΑΠ είναι πολύπλοκη και υψηλού κόστους και πρέπει να χορηγείται από τους ειδικούς γιατρούς (Πνευμονολόγους).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) 2001 Original: Executive Summary, Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. Available from: <http://www.goldcopd.org>
- 2) Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004; 23: 932-946
- 3) Miravittles M, Roche N, Cardoso J, Halpin D, Aisanov Z, Kankaanranta H, Kobližek V, Śliwiński P, Bjermer L, Tamm M, Blasi F, Vogelmeier CF. Chronic obstructive pulmonary disease guidelines in Europe: a look into the future. *Respir Res.* 2018 Jan 18;19(1):11.
- 4) Miravittles M, Vogelmeier C, Roche N, Halpin D, Cardoso J, Chuchalin AG, Kankaanranta H, Sandström T, Śliwiński P, Zatloukal J, Blasi F. A review of national guidelines for management of COPD in Europe. *Eur Respir J.* 2016 Feb;47(2):625-37.
- 5) Högman M, Sulku J, Ställberg B, Janson C, Bröms K, Hedenström H, Lisspers K, Malinowski A. 2017 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease reclassifies half of COPD subjects to lower risk group. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018 Jan 3; 13: 165-173.