

Διάγνωση του βρογχικού άσθματος

Η διάγνωση του άσθματος βασίζεται στο ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις λειτουργικές δοκιμασίες του αναπνευστικού.

Ερωτήματα που από το ιστορικό μπορεί να κατευθύνουν προς τη διάγνωση του άσθματος είναι τα κάτωθι:

Αν έχει ο ασθενής συρρίπτουσα αναπνοή, αν παρουσιάζει βήχα τις νυχτερινές ή πρώτες πρωινές ώρες, αν παρουσιάζει βήχα ή συριγμό κατά τη σωματική άσκηση ή μετά την έκθεση σε αλλεργιογόνα, αν έχει ο ασθενής «κρυολογήματα» που κατεβαίνουν στο στήθος και κρατούν πάνω από 10 ημέρες και τέλος αν υποχωρούν τα συμπτώματα με αντιασθματικά φάρμακα.

Είναι σαφές ότι τα συμπτώματα του άσθματος δεν είναι παθογνωμονικά και μπορούν να παρατηρηθούν και σε άλλα νοσήματα του αναπνευστικού αλλά και του καρδιαγγειακού συστήματος.

Τα ευρήματα από την κλινική εξέταση μπορεί να κυμαίνονται από απουσία ακροαστικών ευρημάτων (όταν ο ασθματικός είναι σε ύφεση) μέχρι την παρουσία διάχυτων μουσικών ρόγχων με παράταση εκπνοής (που όμως και αυτά μπορεί να ανευρεθούν και σε άλλες νοσολογικές καταστάσεις).

Η εξέταση εκλογής για την διάγνωση του άσθματος είναι η σπιρομέτρηση προ και μετά βρογχοδιαστολή.

Από αυτήν προκύπτουν οι τιμές της βιαίως εκπνεομένης ζωτικής χωρητικότητας (FVC) και του βιαίως εκπνεομένου όγκου αέρα στο 1^ο δευτερόλεπτο (FEV1).

Η αξιολόγηση των μετρήσεων αυτών στο άσθμα γίνεται ως λόγος FEV1/FVC, όπου τιμή < 75% υποδηλώνει αποφρακτική συνδρομή καθώς και ως απόλυτη τιμή της FEV1% προβλεπόμενης. Στη συνέχεια χορηγείται βρογχοδιασταλτικό φάρμακο, συνήθως σαλβουταμόλη 300-400μg και εκτελείται νέα σπιρομέτρηση στην οποία αξιολογείται η αύξηση της FEV1 >12% ή > 200ml σε απόλυτη τιμή. Αυτή η μεταβολή χαρακτηρίζεται και ως σημαντική ανταπόκριση στη βρογχοδιαστολή.

Επί απουσίας ανταπόκρισης στη βρογχοδιαστολή μπορεί να αξιολογηθεί μια άλλη παράμετρος, που είναι εύχρηστη και φθηνή και αυτή είναι η μέτρηση της μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEFR). Αύξηση της βασικής τιμής της PEFR > 15% μετά τη χορήγηση βρογχοδιασταλτικού θεωρείται ενδεικτική άσθματος. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του άσθματος είναι η ημερήσια διακύμανση που μπορεί να αναγνωριστεί από τις μετρήσεις της PEFR και εκφράζεται ως διακύμανση PEFR = Μέγιστη PEFR – Ελάχιστη PEFR/ Μέσος όρος PEFR. Διακύμανση > 20% θεωρείται ενδεικτική άσθματος.

Εναλλακτικά, χορηγούνται 30-40mg πρεδνιζολόνης για 2 εβδομάδες και αξιολογείται η αύξηση της FEV1 > 20% ή 250ml από τη βασική τιμή.

Εφόσον όλες οι παραπάνω λειτουργικές δοκιμασίες δεν είναι διαγνωστικές για την τεκμηρίωση της διάγνωσης του άσθματος τότε γίνεται η αξιολόγηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας.

Πρόκειται για την αυξημένη βρογχοσυσπαστική αντίδραση σε ειδικά και μη ειδικά ερεθίσματα με κυριότερα την ισταμίνη, τη μεταχολίνη και τον ψυχρό ισοκαπνικό αέρα. Παρόλο που η βρογχική υπεραντιδραστικότητα θεωρείται χαρακτηριστική παθοφυσιολογική διαταραχή του άσθματος παρατηρείται και σε άλλα νοσήματα όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η κυστική ίνωση η σαρκοείδωση και η αλλεργική ρινίτιδα. Συνήθως χρησιμοποιείται η δοκιμασία πρόκλησης με τη μεταχολίνη.

Το αποτέλεσμα της εκφράζεται ως η δόση (PD₂₀) ή η συγκέντρωση (PC₂₀) της μεταχολίνης που προκαλεί πτώση της αρχικής FEV₁ κατά 20%. PC₂₀ > 16mg/ml θεωρείται φυσιολογική. Τιμές PC₂₀ 4-16mg/ml υποδεικνύουν οριακή βρογχική υπεραντιδραστικότητα, 1-4mg/ml ήπια και < 1mg/ml σοβαρή βρογχική υπεραντιδραστικότητα.

Απόλυτες αντενδείξεις για τη δοκιμασία πρόκλησης είναι σοβαρή απόφραξη με FEV₁ < 60% της προβλεπόμενης, σοβαρή αρτηριακή υπέρταση με ΣΑΠ > 200mmHg ή και ΔΑΠ > 100mmHg, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ) ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) το τελευταίο τρίμηνο και γνωστό αορτικό ανεύρυσμα.

Σχετικές αντενδείξεις θεωρούνται η εγκυμοσύνη, ο θλασμός και η αδυναμία εκτέλεσης σπιρομέτρησης. Πρέπει τέλος να τονιστεί ότι ένα ποσοστό 5-10% παρά την ύπαρξη άσθματος έχει αρνητική πρόκληση.

Η ακτινογραφία θώρακος δεν έχει θέση στη διαγνωστική προσπέλαση του άσθματος, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον αποκλεισμό παθήσεων του παρεγχύματος και των παρακείμενων οργάνων (μεσοθωράκιο, αγγεία) που μπορεί να μιμούνται συμπτωματολογία ή/και λειτουργικό έλεγχο άσθματος.

Τα αλλεργικά δερματικά τεστ (skin prick tests) και οι ειδικές IgE ανοσοσφαιρίνες ορού (RAST) είναι χρήσιμα για τον εντοπισμό αλλεργιογόνων προς αποφυγή, αλλά όπως και η ολική IgE δεν θεωρούνται σημαντικά εργαλεία για τη διάγνωση του βρογχικού άσθματος.

Ταξινόμηση

Η ταξινόμηση του άσθματος βασίζεται στα πρωινά και νυχτερινά συμπτώματα, τον επηρεασμό των φυσικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, την ανάγκη για λήψη ανακουφιστικού φαρμάκου, τον λειτουργικό έλεγχο του αναπνευστικού (FEV₁, PEF_R) και τη συχνότητα των παροξύνσεων. Το άσθμα ταξινομείται σε 3 στάδια: Ελεγχόμενο, μερικά ελεγχόμενο, μη ελεγχόμενο (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Ταξινόμηση του άσθματος (GINA guidelines 2006)

Χαρακτηριστικά	Ελεγχόμενο (όλα τα παρακάτω)	Μερικώς ελεγχόμενο (οποιοδήποτε από τα παρακάτω)	Μη ελεγχόμενο
Ημερήσια συμπτώματα	Κανένα (ή <2 φορές/εβδομάδα)	> 2 / εβδομάδα	3 ή περισσότερα χαρακτηριστικά του μερικού ελέγχου παρόντα σε μία εβδομάδα
Επηρεασμός δραστηριοτήτων	Κανένας	Οποιοσδήποτε	
Νυχτερινά συμπτώματα	Κανένα	Οποιαδήποτε	
Ανάγκη για ανακουφιστική θεραπεία	Καθόλου (<2 φορές/εβδομάδα)	> 2 / εβδομάδα	
Λειτουργικός έλεγχος (FEV1, PEFr)	Φυσιολογικός	< 80% προβλεπόμενης	
Παροξύνσεις	Καμία	1 ή περισσότερες / έτος	

Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση του άσθματος γίνεται από παθήσεις που παρουσιάζουν παρόμοια συμπτωματολογία ή αποφρακτική συνδρομή στη σπироμέτρηση. Συνήθως πρόκειται για νοσήματα που προκαλούν γενικευμένο ή εντοπισμένο συριγμό. Τα κυριότερα νοσήματα που μπορεί να προκαλέσουν γενικευμένο συριγμό είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, η κυστική ίνωση, οι βρογχεκτασίες, η αποφρακτική βρογχιολίτιδα, η αλλεργική βρογχοπνευμονική ασπεργίλλωση, το σύνδρομο Churg-Strauss και η χρόνια ηωσινοφιλική πνευμονία. Εντοπισμένο συριγμό προκαλούν το Ca λάρυγγα, ξένο σώμα, πάρεση φωνητικών χορδών και η δυσλειτουργία φωνητικών χορδών.

Παρακολούθηση του βρογχικού άσθματος

Το βρογχικό άσθμα παρουσιάζει διακυμάνσεις και απρόβλεπτη πορεία με υφέσεις και εξάρσεις .

Παρόλα αυτά οι περισσότερες περιπτώσεις μπορούν να ελεγχθούν με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και με την ιατρική παρακολούθηση. Οι στόχοι της μακροχρόνιας αντιμετώπισης του άσθματος, όπως αναγνωρίζονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες για το βρογχικό άσθμα, περιλαμβάνουν την ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων και των παροξύνσεων, την βελτίωση μέχρι

φυσιολογικών επιπέδων της αναπνευστικής λειτουργίας, την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών από την φαρμακευτική θεραπεία και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Για την επίτευξη αυτών των στόχων είναι απαραίτητο να υπάρχουν εκπαίδευση του ασθενούς και τακτική παρακολούθηση από ειδικό ιατρό που μπορεί να εκτιμήσει την βαρύτητα της νόσου και να δώσει τις κατάλληλες οδηγίες και την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Η εκπαίδευση των ασθματικών ασθενών είναι πολύπλοκη, καθώς αποτελείται από πολλά και διαφορετικά αντικείμενα και θα πρέπει να παίρνουν μέρος σε αυτή ιατροί, νοσηλεύτες, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ πολλά προσφέρουν τελευταία οι ομάδες αυτοβοήθειας των ίδιων των ασθενών. Η εκπαίδευση του ασθενούς θα πρέπει να αρχίζει από τη στιγμή της διάγνωσης. Κεφαλαιώδους σημασίας είναι η ανάπτυξη σωστής σχέσης και συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Η συνεργασία δεν πρέπει να εξαντλείται στην τυφλή τήρηση ιατρικών εντολών, αλλά θα πρέπει να ενθαρρύνεται η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις για τη θεραπεία αφού βέβαια εξασφαλίζεται η τήρηση κανόνων ενός σωστού θεραπευτικού πλάνου. Θα πρέπει επίσης οι ασθματικοί ασθενείς να ενημερώνονται για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορούν να τους προκαλέσουν τα φάρμακα που λαμβάνουν καθώς και πως θα τις μειώσουν ή θα τις εξαλείψουν. Επίσης να εξηγηθεί στον ασθενή ότι είναι απαραίτητο να λαμβάνει προφυλακτική θεραπεία ακόμη και όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα. Τέλος πρέπει να δίνονται οδηγίες για τα πρώτα βήματα της αντιμετώπισης μιας ασθματικής παρόξυνσης στο σπίτι καθώς και τότε επιβάλλεται να επικοινωνήσει ο ασθενής με τον ιατρό ή να επισκεφτεί το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Η παρακολούθηση των ασθματικών ασθενών περιλαμβάνει την παρακολούθηση:

- των συμπτωμάτων
- της αναπνευστικής λειτουργίας
- της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας
- των δεικτών φλεγμονής
- της ποιότητας ζωής

Θεραπεία

Κλινικά το άσθμα χαρακτηρίζεται από μια πλειάδα συμπτωμάτων κυριότερα από τα οποία είναι η δύσπνοια, ο βήχας, ο συριγμός και το σφίξιμο στο στήθος. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την καθημερινότητα του ασθενούς και οδηγούν σε κακή ποιότητα ζωής. Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει οριστική θεραπεία του άσθματος και αυτό που χρειάζεται είναι συνεχής παρακολούθηση και σωστή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των παροξύνσεων της νόσου. Ο στόχος της αντιμετώπισης του άσθματος είναι λοιπόν, σύμφωνα και με τις πρόσφατες οδηγίες GINA, ο **ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**.

Ο έλεγχος του άσθματος επιτυγχάνεται όταν ο ασθενής δεν έχει συμπτώματα, δεν έχει παροξυσμούς και είναι ικανός να έχει μια απολύτως φυσιολογική ζωή, συμπεριλαμβανομένων της άσκησης, της άθλησης και της πλήρους κοινωνικής δραστηριότητας. Στις πιο σοβαρές μορφές του άσθματος αυτό είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί και ο στόχος εκεί είναι να επιτύχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Σε όλες τις περιπτώσεις πάντως, η αντιμετώπιση του άσθματος

πρέπει να στοχεύει στην πρόληψη και την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η κατηγοριοποίηση λοιπόν του άσθματος σε διαλείπον, ήπιο επίμονο, μέτριο επίμονο και σοβαρό επίμονο που υπήρχε έως τώρα σε όλες τις διεθνείς οδηγίες ουσιαστικά καταργείται (παραμένει μόνο για ερευνητικούς σκοπούς) και πια το άσθμα κατατάσσεται ανάλογα με τον έλεγχο αυτού σε: πλήρως ελεγχόμενο, μερικώς ελεγχόμενο και μη ελεγχόμενο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω στην ταξινόμηση του άσθματος. Το άσθμα όμως δεν είναι μια ομοιογενής και σταθερή νόσος αλλά η βαρύτητά του κυμαίνεται από πολύ ήπιο έως πολύ σοβαρό. Επιπλέον, το άσθμα είναι μια μεταβαλλόμενη νόσος και κάθε ασθενής μπορεί να έχει περιόδους απολύτου ελέγχου του άσθματός του καθώς και περιόδους παροξύνσεων. Για το λόγο αυτό, η αντιμετώπιση και η θεραπεία δεν μπορεί να είναι η ίδια για όλους τους ασθενείς, ούτε καν η ίδια για ένα συγκεκριμένο ασθενή στη πορεία του χρόνου. Η αγωγή πρέπει να μεταβάλλεται και να προσαρμόζεται στις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς, την συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του και της νόσου του.

Ο καθορισμός της βαρύτητας της νόσου πρέπει να γίνεται κατά την αρχική επίσκεψη του ασθενούς στο γιατρό, κατά τη διάγνωση δηλαδή της νόσου. Βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς, στα συμπτώματα και τη σπιρομέτρηση. Παρόλα αυτά, επειδή όπως είπαμε το άσθμα είναι μια μεταβαλλόμενη νόσος και οι χαρακτήρες του αλλάζουν με τη θεραπεία, η εκτίμηση του ελέγχου της νόσου και της ανταπόκρισης στην αγωγή πρέπει να επανεκτιμάται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Ο τακτικός αυτός έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει παρακολούθηση της διακύμανσης της μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEFR), εκτίμηση του ελέγχου του άσθματος μέσω προτυποποιημένων ερωτηματολογίων (Juniper, ACT), σπιρομέτρηση και όπου είναι δυνατόν μέτρηση άλλων δεικτών βαρύτητας (π.χ προκλητά πτύελα, NO, exhaled breath condensate). Η φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες πρέπει να προσαρμόζεται, αυξανόμενη κλιμακωτά, ανάλογα με τον έλεγχο της νόσου (**Εικόνα 1**).

Τα φάρμακα του άσθματος χωρίζονται σε αυτά που ανακουφίζουν τα συμπτώματα κάνοντας βρογχοδιαστολή (ανακουφιστικά) και σε αυτά που ελέγχουν την νόσο και προλαμβάνουν τους παροξυσμούς καταπολεμώντας τη φλεγμονή (ρυθμιστικά).

Ανακουφιστικά φάρμακα είναι κατά κύριο λόγο οι β_2 διεγέρτες ταχείας δράσης και δευτερευόντως τα αντιχολινεργικά, οι μεθυλοξανθίνες καθώς και τα από του στόματος στεροειδή όταν χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των παροξύνσεων

Ρυθμιστικά φάρμακα είναι κατά κύριο λόγο τα στεροειδή (εισπνεόμενα και από του στόματος) και οι β_2 διεγέρτες μακράς δράσης και δευτερευόντως οι αναστολείς των λευκοτριενίων και οι μεθυλοξανθίνες.

Τα εισπνεόμενα στεροειδή ήταν η επανάσταση στη θεραπεία του άσθματος και είναι τα φάρμακα που άλλαξαν την πορεία της νόσου και βοήθησαν στη βελτίωση της ζωής των ασθματικών ασθενών.

Είναι η βάση της φαρμακοθεραπείας του άσθματος και η χρήση τους επιβάλλεται σε όλες τις κατηγορίες επίμονου άσθματος, σε δοσολογία αυξανόμενη ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου.

Οι β_2 διεγέρτες μακράς δράσης ήταν η επόμενη μεγάλη εξέλιξη στη θεραπεία

του άσθματος και είναι πια η βασική θεραπεία (πάντα σε συνδυασμό με εισπνεόμενα στεροειδή) του μέτριου και σοβαρού επίμονου άσθματος.

Οι αναστολείς των λευκοτριενίων αποτελούν μια σχετικά τελευταία εξέλιξη στη θεραπεία του άσθματος και έρχονται να προσθέσουν ένα επιπλέον όπλο στη φαρμακευτική μας φαρέτρα, έχοντας θέση στο ήπιο άσθμα και συμπληρωματικό ρόλο στις κατηγορίες του μέτριου και σοβαρού άσθματος, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει ρινίτιδα.

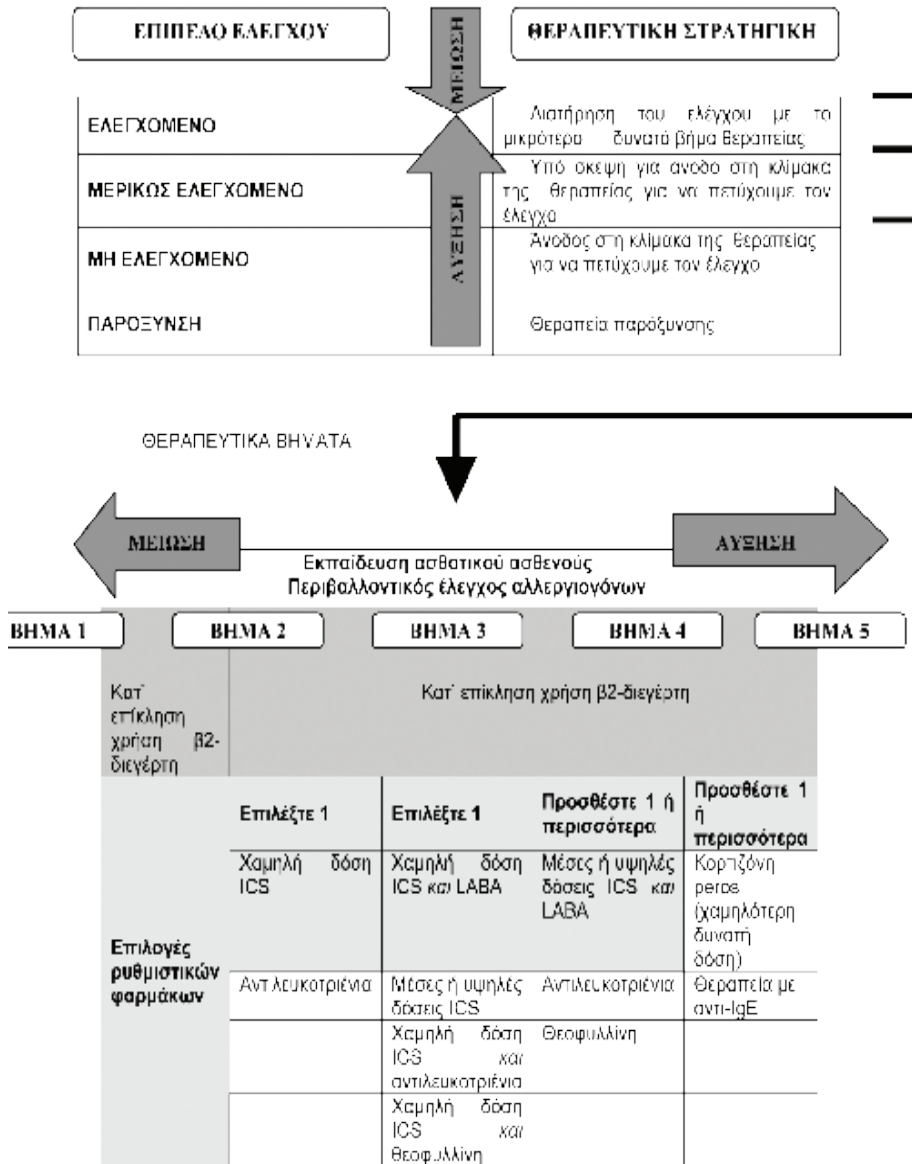
Εκπαίδευση ασθενούς

Στο άσθμα, όπως σε όλες τις χρόνιες παθήσεις, η εκπαίδευση του ασθενούς είναι θεμελιώδους σημασίας. Ο ασθενής πρέπει να καταλάβει ότι πάσχει από μια χρόνια νόσο, να μάθει να ζει με αυτή και να συνειδητοποιήσει ότι αν και δεν υπάρχει πλήρης θεραπεία του άσθματος, στους περισσότερους ασθενείς ο έλεγχος της νόσου μπορεί να επιτευχθεί και να διατηρηθεί, έτσι ώστε να έχουν μια απόλυτα φυσιολογική ζωή. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς που έλαβαν ικανοποιητική εκπαίδευση για το άσθμα τους είχαν καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και καλύτερο έλεγχο της νόσου τους.

Ένα σωστό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους ασθματικούς ασθενείς πρέπει να τους παρέχει τις εξής πληροφορίες: Τι είναι το άσθμα

Ποιος είναι ο ρόλος των ρυθμιστικών φαρμάκων, πότε και πώς να τα παίρνουν, πόσο γρήγορα δρουν.

Εικόνα 1: Στρατηγική αντιμετώπισης του άσθματος με βάση τον έλεγχο της νόσου



ICS: Εισπνεόμενα στεροειδή
 LABA: Μακράς δράσης βρογχοδιασταλτικά

- Ποιος είναι ο ρόλος των ανακουφιστικών φαρμάκων, πότε και πώς να τα παίρνουν, πόσο γρήγορα δρουν
- Τεχνικές λήψης των εισπνεόμενων φαρμάκων (επίδειξη χορήγησης του φαρμάκου, έλεγχος σωστής χρήσης από τον ασθενή)
- Οδηγίες για αποφυγή ερεθιστικών παραγόντων.
- Έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία των παροξυσμών.

Σημεία-κλειδιά για την ικανοποιητική αντιμετώπιση του άσθματος	
	Εκτιμήστε τη βαρύτητα και τον έλεγχο της νόσου
	Εξασφαλίστε τακτική παρακολούθηση
	Εκπαιδεύστε τον ασθενή (αποφυγή παραγόντων κινδύνου, επεξήγηση των στόχων της θεραπείας, του ρόλου καθενός εκ των φαρμάκων, κτλ)
	Γνωρίστε τον/την ασθενή και καθορίστε τις ανάγκες του/της
	Δώστε στον ασθενή γραπτές οδηγίες (για το μακροχρόνιο έλεγχο του άσθματος και την αντιμετώπιση των παροξυσμών)
	Δώστε φαρμακευτική αγωγή που να ταιριάζει στον ασθενή και να είναι όσο το δυνατόν πιο απλή και εύχρηστη και σύμφωνη με τις διεθνείς οδηγίες.

Έχουμε πετύχει τον έλεγχο του άσθματος; Είναι οι ασθενείς μας ικανοποιημένοι;

Αν και οι μελέτες έχουν δείξει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις μπορούμε να επιτύχουμε ικανοποιητικό έλεγχο του άσθματος έτσι ώστε οι ασθενείς μας να έχουν μια απόλυτα φυσιολογική ζωή, στη καθ' ημέρα κλινική πράξη δεν φαίνεται να συμβαίνει αυτό. Σύμφωνα με διεθνείς αλλά και ελληνικές έρευνες, περίπου 50% των ασθματικών ασθενών θεωρούν ότι το άσθμα τους δεν ελέγχεται ικανοποιητικά, ενώ σε μεγάλα επίσης ποσοστά αναφέρουν ότι το άσθμα επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες και την κοινωνική τους ζωή.

Ο έλεγχος λοιπόν του άσθματος δεν φαίνεται να επιτυγχάνεται στην καθημερινή πραγματικότητα. Αυτό δεν φαίνεται να οφείλεται στο ότι η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική, αλλά στο ότι οι ασθενείς:

- Δεν συμμορφώνονται στη θεραπεία
- Δεν λαμβάνουν επαρκή εκπαίδευση για το άσθμα
- Δεν έχουν επαρκή παρακολούθηση και τακτικό έλεγχο της νόσου τους

Έχουμε λοιπόν ακόμα πολύ δρόμο μπροστά μας ώστε να επιτύχουμε καλύτερα αποτελέσματα στον έλεγχο του άσθματος. Για να το κάνουμε αυτό πρέπει:

- Να γνωρίσουμε τον ασθενή και να κατανοήσουμε τις ανάγκες του
- Να δίνουμε φάρμακα σε απλά θεραπευτικά σχήματα και σε όσο το

δυνατόν λιγότερες δόσεις

- Να δίνουμε συνδυασμούς φαρμάκων για καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών

- Να παροτρύνουμε τον ασθενή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου του

Για να βελτιώσουμε λοιπόν τον έλεγχο του άσθματος στη καθ' ημέρα κλινική πράξη, πρέπει να έχουμε στο επίκεντρο της θεραπευτικής μας προσέγγισης τον ασθενή. Η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται, στοχεύοντας στις ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτήσεις κάθε ασθενούς, Οι νέες οδηγίες της GINA κινούνται πια εμφανώς προς αυτή τη κατεύθυνση και η στόχευση στον έλεγχο του άσθματος είναι μια πρόκληση για όλους μας.

Βιβλιογραφία

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention: NHLBI/WHO workshop report. Updated 2006 (<http://www.ginasthma.org>).
2. Cote J, Bowie DM, Robichaud P, et al. Evaluation of two different educational interventions for adult patients consulting with an acute asthma exacerbation. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:1415–1419
3. Pauwels RA, Lofdahl CG, Postma DS, et al. Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. Formoterol and Corticosteroids Establishing Therapy (FACET) International Study Group. *N Engl J Med* 1997; 337:1405–1411
4. Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, et al, for the GOAL Investigators Group. Can guideline-defined asthma control be achieved? *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170:836–844
5. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, et al. Clinical management of asthma in 1999: the asthma Insight and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 2000; 16:802–807
6. Bateman ED, Bousquet J, Braunstein GL. Is overall asthma control being achieved? A hypothesis-generating study. *Eur Respir J* 2001; 17:589–595
7. Gaga M, Papageorgiou N, Zervas E, et al. Control of asthma under specialist care: is it achieved? *Chest*. 2005 Jul;128(1):78-84.
8. Lagerlov P, Veninga CCM, Muskova M, et al, on behalf of the Drug Education Project (DEP) Group. Asthma management in five European countries: doctors' knowledge, attitudes and prescribing behaviour. *Eur Respir J* 2000; 15:25–29