

především krátkodobě a dlouhodobě působící betamimetika (SABA: salbutamol, fenoterol, terbutalin, resp. LABA: salmeterol, formoterol, indakaterol, olodaterol, vilanterol) a analogicky krátkodobě a dlouhodobě působící anticholinergika (SAMA: ipratropium, resp. LAMA: tiotropium, glykopyrronium, aklidinium, umeklidinium). Základem chronické léčby jsou samozřejmě dlouhodobě působící léčiva (LABA, LAMA), krátkodobě působící (SABA, SAMA) se používají jako tzv. úlevová medikace nebo u pacientů s minimem symptomů. LABA jsou obecně dobře snášena a mají minimum nežádoucích účinků (můžou se bezpečně podávat u kardiaků užívajících betablokátory), to stejné platí pro LAMA (nejčastějším nežádoucím účinkem je suchost a kovová nebo hořká chuť v ústech). Dlouhodobě působící bronchodilatacia jsou v současné době dostupná i ve fixních dvoj- a trojkombinacích, což kopíruje trend ostatních oblastí medicíny (trojkombinační léčba v jednom přípravku je dnes běžná např. v léčbě vysokého krevního tlaku, Parkinsonovy nemoci, cystické fibrózy nebo AIDS).

V doporučeních GOLD platných pro rok 2023 se již setkáváme s preferencí duální udržovací léčby LABA/LAMA i u méně pokročilých forem onemocnění (4).

Samostatnou kapitolou je správná indikace inhalačních kortikosteroidů (IKS) u nemocných s CHOPN. Zjednodušeně řečeno hlavním vodítkem u konkrétního pacienta je hladina eozinofilů a počet exacerbací. Při hladině 100 eozinofilů/ μ l a méně jejich indikace postrádá smysl, v rozmezí 100–300 jsou indikovány v případech 1 středně těžké exacerbace za rok, při hladině 300/ μ l především u komorbidního astmatu a častých exacerbací přes adekvátně vedenou duální bronchodilatační léčbu. Kontraindikací IKS je častý výskyt pneumonií a mykobakteriální infekce v anamnéze (4).

Všechny tyto léky jsou současně s efektem používány v léčbě dalšího klasického chronického onemocnění dýchacích cest spojeného s obstrukcí, tedy bronchiálního astmatu.

Zásadním problémem inhalační léčby v praxi je optimální volba inhalačního systému pro konkrétního pacienta. Základní je dělení na

tzv. sprejové (pMDI – pressurized Metered Dose Inhaler) a práškové (DPI – Dry Powder Inhaler) inhalátory. Sprejové nevyžadují pro správnou aplikaci velké dechové úsilí pacienta, je nicméně nutná koordinace „ruka-nádech“, práškové formy naopak vyžadují pro správnou depozici léčiva dostatečný nádech. V ČR je dostupná řada různě složitých inhalačních systémů, klíčovým faktorem úspěšné léčby je řádná edukace a pravidelná kontrola správného používání při průběžných kontrolách v ambulanci. Při volbě konkrétního inhalačního systému musíme přihlídnout k celkovému stavu nemocného, kognitivním i manuálním schopnostem, případně zajistit dohled pečující osoby nad správnou aplikací (7). U sprejových forem můžeme s efektem využít tzv. inhalační nástavec (spacer).

Tradiční, stále dostupné léky ze skupiny methylxanthiny (theofylin, aminofylin) jsou v současných guidelines již upozaděny pro svůj malý bronchodilatační účinek, úzké terapeutické okno a řadu nežádoucích účinků (stimulace CNS, třes, palpitace, arytmie atd.). Stejně tak je v léčbě exacerbace tohoto onemocnění preferováno inhalační podání krátkodobě působících bronchodilancií nad nitrožilně podávaným aminofylinem, byť je v praxi tato léčba často podávána současně. Methylxanthiny jsou dle názoru autora stále poměrně oblíbené u praktických lékařů v léčbě respiračních infekcí a nespecifické léčbě dušnosti.

Plicní rehabilitace představuje důležitou, byť málo využívanou léčebnou modalitu. Limitací v dnešní době není nedostatečná kapacita respiračních fyzioterapeutů, ale nízký zájem ze strany pacientů, často staršího věku, s řadou přidružených onemocnění, kteří za tímto účelem odmítají dojíždět do zdravotnického zařízení. Řadu jednoduchých cviků je přitom možno provádět v domácím prostředí, veškeré informace jsou dostupné na internetu nebo v edukačních materiálech v plicních ambulancích. Udržení pohybové aktivity a přiměřené svalové hmoty má přitom nezanedbatelný vliv na přežití nemocných (8).

Do kategorie paušální léčby patří rovněž doporučení pravidelného očkování proti pneumokokům a chřipce, které je obvykle realizováno v ambulancích praktických lékařů.

Fenotypová léčba

Specifikem českých guidelines je dělení CHOPN do 6 různých fenotypů podle specifických klinických projevů onemocnění, což reflektuje jeho heterogenní povahu (9). Zjednodušeně se dá říci, že CHOPN je u každého pacienta „jiná“ a toto se odráží i v samotné léčbě. Definujeme tedy fenotyp frekventní exacerbace, bronchitický, emfyzému, překryvu s astmatem, plicní kachexie a bronchiektázií. U fenotypů spojených s hypersekrecí hlenu (bronchitický, frekventní exacerbace a bronchiektázií) je s efektem používán erdosteín, který vykazuje řadu účinků nad rámec čistě mukolytického efektu (mukomodulační, antibakteriální, antiflogistický, antioxidační) a vede k snížení počtu lehkých exacerbací, délky exacerbací nezávisle na jejich tíži a zlepšuje subjektivní stav nemocného. Podrobnější definice jednotlivých fenotypů překračuje rámec tohoto textu. Ve stručnosti sem patří např. chirurgická a endobronchiální léčba emfyzému (volumredukční operační zákroky, bronchoskopická implantace chlopní do dýchacích cest), substituční léčba u pacientů s deficitem alfa-1-antitrypsinu, použití roflumilastu (inhibitor fosfodiesterázy 4) u pacientů s bronchitickým fenotypem a častými exacerbacemi, nutriční podpora a rehabilitace u pacientů s kachexií.

Léčba respirační insuficience

Rozvoj hypoxemie s nebo bez hyperkapnie je výrazem pokročilosti onemocnění a má zásadní vliv na kvalitu života nemocného. U těchto nemocných, při splnění určitých kritérií (pO_2 v arteriální krvi $< 7,3$ kPa, resp. pO_2 7,3–8,0 kPa), realizujeme tzv. kyslíkový test a indikujeme dlouhodobou domácí oxygenoterapii (DDOT) (10). Vyžaduje-li pacient průtok kyslíku do 5 l/min, indikujeme tzv. stacionární kyslík, tedy koncentrátor vyrábějící kyslík z atmosférického vzduchu, vyžaduje-li průtok vyšší, referujeme pacienta na vyšší pracoviště k preskripci tzv. mobilního kyslíku. Léčba je hrazena pojišťovnou u nekuřáků nebo pacientů, kteří zanechali kouření před 6 a více měsíci. Nutno upozornit na skutečnost, že se nejedná o diskriminaci kuřáků v přístupu ke zdravotní péči, ale čistě bezpečnostní opatření, jelikož koncentrovaný kyslík představuje výbušnou směs a jakákoliv manipulace s otevřeným ohněm v jeho blízkosti s sebou nese riziko exploze (11).