

LVRS by měla být zvážena u pacientů s emfyzémem horních laloků (97, 98).

Plazmatické hladiny alfa-1 antitrypsinu by měly být vyšetřeny u všech pacientů s CHOPN; substituce enzymu je indikována u pacientů s jeho velmi těžkým deficitem (30).

PŘEKRYV ASTMA S CHOPN (ACO)

Inhalační kortikosteroidy (IKS) v kombinaci s LABA

Souhrn poznatků a doporučení: IKS/LABA jsou základem léčby ACO, zejména u pacientů s periferní eozinofilii ≥ 300 buněk/ μl a frekventními exacerbacemi (80, 81). Měla by být užívána dávka IKS minimální k dosažení kontroly nemoci. Triple terapie IKS/LABA/LAMA je indikována, pokud IKS/LABA nebo LABA/LAMA nedostačuje k dosažení kontroly ACO.

PŘEKRYV CHOPN S BRONCHIEKTÁZIEMI (BCO)

Mukoaktivní látky obsahující tiolovou skupinu

Souhrn poznatků a doporučení: U pacientů s BCO má erdosteín kromě mukolytického účinku také mírný antibakteriální efekt a zvyšuje koncentraci antibiotik v bronchiálním sekretu (99).

Inhibitory fosfodiesterázy 4

Souhrn poznatků a doporučení: Roflumilast inhibuje neutrofilní zánět a snižuje výskyt exacerbací u bronchitického fenotypu. Tyto buňky jsou prominentní i u BCO, proto je možné roflumilast používat i u pacientů s BCO, častými exacerbacemi a výraznou mukoprodukcí (5).

Antibiotika

Souhrn poznatků a doporučení: Léky první volby u pacientů s BCO a s výskytem AE či kolonizací *Pseudomonas aeruginosa* jsou inhalační kolistin nebo gentamicin, druhou volbou je chronická terapie azitromycinem (5, 100).

Další léčebné možnosti

Souhrn poznatků a doporučení: Drenážní techniky pomáhají snadnému odstranění sekretů z dýchacích cest a redukuje zánět v dýchacích cestách a zmírňují symptomy, měly by být proto rutinní součástí léčby. Další možností jsou imunostimulační léky (např. Broncho-Vaxom) (101).

PLICNÍ KACHEXIE

Souhrn poznatků a doporučení: Pacienti s plicní kachexií by měli dostat komplexní nutriční podporu, plicní rehabilitaci a psychosociální podporu. Kachexie se obvykle rozvíjí v pokročilých stádiích CHOPN,

proto u značné části pacientů bývá potřeba i léčby současného respiračního selhání, bronchiektázií či bakteriálních AE. Léčba inhibitory fosfodiesterázy 4 je kontraindikována.

LÉČBA RESPIRAČNÍHO SELHÁNÍ A PALIATIVNÍ LÉČBA

Dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT)

Souhrn poznatků a doporučení: DDOT u pacientů zmírňuje symptomy, kognitivní funkce, zlepšuje toleranci zátěže a kvalitu života. Efekt DDOT na mortalitu byl prokázán pouze u pacientů s velmi těžkou hypoxemií (102, 103). Kritéria pro DDOT v ČR jsou: klidový $P_aO_2 < 7,3$ kPa nebo klidový $P_aO_2 7,3-8,0$ kPa a jedno z těchto kritérií: plicní hypertenze nebo polyglobulie nebo desaturace $< 90\%$ během alespoň 30 % doby spánku nebo zátěží indukovaná desaturace. Nutná je 6měsíční abstinence od kouření. Používáme kyslíkový koncentrátor nebo přenosný kapalný kyslík, užívá se minimálně 16 hodin denně.

Domácí neinvazivní ventilace (dNIV)

Souhrn poznatků a doporučení: dNIV indikujeme u stabilních pacientů s CHOPN a s chronickým hyperkapnickým respiračním selháním (5); v případě současné hypoxemie je indikována i souběžná DDOT. Nejlepších výsledků dosahuje NIV s vysokou intenzitou (104, 105). Léčba vede ke zlepšení plicních funkcí, hodnot krevních plynů a kvality života (104, 106).

Paliativní léčba

Souhrn poznatků a doporučení: Paliativní terapie je indikována v případech terminálního stadia CHOPN. Zahrnuje širokou paletu terapeutických modalit, z farmakologických postupů je to maximální bronchodilatační léčba, opiáty, sedativa a/nebo anxiolytika, analgetika, z nefarmakologických modalit má význam respirační fyzioterapie, DDOT, dNIV, léčba deprese a anxiety. Lze využít i hospicové péče. Hlavními cíli léčby jsou přiměřená kvalita života a minimalizace utrpení (107).

LÉČBA KOMORBIDIT

Souhrn poznatků a doporučení: Po nejčastějších komorbiditách (viz kap. 7.7) je nutno aktivně pátrat a léčit je v souladu s patřičnými specializovanými doporučeními. Neléčené komorbidity zhoršují průběh CHOPN. Kardiovaskulární nemoci (KVD), zejména ischemická choroba srdeční, chronické srdeční selhání, plicní hypertenze a arteriální hypertenze jsou velmi časté a jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí pacientů s CHOPN (14, 108). Přítomnost refluxní choroby gastroduodena (GERD) je asociována s AE CHOPN (109). Syndrom obstrukční spánkové apnoe (OSA) u pacientů s CHOPN prohlubuje tkáňovou hypoxii a systémový zánět a akceleruje rozvoj KVD. Tito pacienti tak mají horší prognózu (110). Karcinom plic je s CHOPN často asociován a je jednou z nejčastějších příčin úmrtí pacientů (14).

LITERATURA

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2021 Report. [Naposledy navštíveno: 7.4.2021]. Dostupné z: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf
2. Miravittles M, Vogelmeier C, Roche N et al. A review of national guidelines for management of COPD in Europe. Eur Respir J. 2016; 47(2): 625–637.
3. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M et al. Spanish Guidelines for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GesEPOC) 2017. Pharmacological Treatment of Stable Phase. Arch Bronconeumol. 2017; 53(6): 324–335.
4. Koblížek V, Chlumský J, Zindr V et al. Czech Pneumological and Phthysiological Society. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: official diagnosis and treatment guidelines of the Czech Pneumological and Phthysiological Society; a novel phenotypic approach to COPD with patient-oriented care. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2013; 157(2): 189–201.
5. Zatloukal J, Brat K, Neumannová K et al. Chronic obstructive pulmonary disease – diagnosis and management of stable disease; a personalized approach to care, using the treatable traits concept based on clinical phenotypes. Position paper of the Czech Pneumological and Phthysiological Society. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2020; 164(4): 325–356.