

Nove smernice za trajno zdravljenje KOPB

Stanislav Šuškovič, Mitja Košnik

Univerzitetna klinika
za pljučne bolezni in
alergijo Golnik

Korespondenca/ Correspondence:

redni prof. prim. dr.
Stanislav Šuškovič,
dr.med, specialist
internist in pulmolog,
Univerzitetna klinika
za pljučne bolezni in
alergijo Golnik, Golnik
36, 4204 Golnik

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2013;
82: page 530–532

Ocena težavnosti KOPB in s tem izbi-
ra zdravljenja je do nedavnega slonela na sto-
pnji zmanjšanja postbronhodilatacijskega
forsiranega volumna v prvi sekundi izdiha
(FEV₁).¹

Žal FEV₁ slabo opiše KOPB. Bolniki s
hujšo stopnjo zmanjšanja FEV₁ imajo po-
gostejša poslabšanja KOPB in umirajo po-
gosteje od bolnikov, ki se jim FEV₁ še ni v
tolikšni meri zmanjšal.¹

Žal pa FEV₁ zelo slabo, če sploh, odse-
va klinično sliko bolnika s KOPB. Tako ni
pomembne korelacije med FEV₁ ter kako-
vostjo življenja, stopnjo dispneje ali telesno
zmogljivostjo, kar pa sodi med osnovne cilje
zdravljenja.²⁻⁴

Zato so po pričakovanjih izvedenci, ki
oblikujejo svetovne smernice za obravna-
vo bolnika s KOPB (smernice GOLD¹), ta
spoznanja upoštevali. Ob tem so se tudi za-

vedali, da nekatera zdravila zmanjšujejo po-
gostost poslabšanj KOPB. To je dejavnost,
ki tudi sodi med primarne cilje zdravljenja
KOPB.

Avtorji smernic so v skoraj enaki meri
ohranili staro razdelitev težavnostnih sto-
penj KOPB, ki temeljijo na odstotkih zmanj-
šanja postbronhodilatacijskega FEV₁. Pri
tem so stopnje težavnosti preimenovali kar
spirometrične stopnje GOLD 1–4 (Tabela 1).

Za ustrezen predpis zdravljenja moramo
po novem upoštevati več podatkov kot le
FEV₁.

Ker z zdravili blažimo dispnejo, moramo
oceniti bodisi stopnjo dispneje po lestvici
MRC ali, kar je bolje, izraziti zdravstveno
stanje bolnika s seštevkom točk po vprašal-
niku CAT.

Znano nam mora biti število akutnih po-
slabšanj KOPB, ki jih je bolnik utrpel v za-

Tabela 1: Spirometrične stopnje KOPB. KOPB razdelimo po spirometriji na štiri spirometrične stopnje GOLD. Vrednotimo postbronhodilatacijski forsirani ekspiracijski volumen v prvo sekundi izdiha (FEV₁), FVC = forsirana vitalna zmogljivost.

Spirometrična stopnja GOLD	Skupno vsem: FEV ₁ /FVC < 70 %
GOLD1: BLAGA	FEV ₁ ≥ 80 % norme
GOLD 2: ZMERNNA	50 % ≤ FEV ₁ < 80 % norme
GOLD 3: HUDA	30 % ≤ FEV ₁ < 50 % norme
GOLD 4. ZELO HUDA	FEV ₁ < 30 % norme

Tabela 2: Sestavljena klasifikacija KOPB. (MRC = medical research council stopnja dispneje), CAT = COPD assesment test. H = hospitalno zdravljenje, A = ambulantno zdravljenje.

Sestavljena klasifikacija KOPB GOLD A,B,C,D

Spirometrična stopnja

4	C	D	Poslabšanja/letu ≥ 1H, 2A	
3				
2	A	B		1A
1				0
	MRC 0-1 CAT < 10	MRC > 1 CAT ≥ 10		

dnjem letu dni. Smernice GOLD 2011 uvažajo štiri stopnje KOPB (stopnje A, B, C, D), ki ne temeljijo več le na spirometriji, temveč tudi na oceni simptomov in oceni tveganja za poslabšanje bolezni (Tabela 2).

Kako klasificiramo posameznega bolnika? Najprej ga umestimo po abscisi v levo stran tabele (skromno simptomatski bolnik) ali desno stran (bogato simptomatski bolnik).

Bolnik je sedaj umeščen v GOLD A ali GOLD B.

Bolnik preide v GOLD C ali D v dveh primerih, tj. če je umeščen v spirometrično stopnjo 3 ali 4 (glej Tabela 1) ali/in je utrpel več akutnih poslabšanj KOPB v preteklem letu. Po mnenju ekspertov za ta premik navzgor zadošča že eno poslabšanje letno, zdravljeno v bolnišnici, ali pa vsaj 2 poslabšanja, zdravljeni ambulantno.

Nova razdelitev KOPB na skupine A,B,C in D pomeni opazen napredek pri zdravljenju KOPB, saj omogoča predpisovanje zdravil, ki so pisana na »kožo« posameznim bolnikom s KOPB, kajti nekateri bolniki imajo predsem težave zaradi dnevnih simptomov, drugi pa zaradi pogostih, hudih poslabšanj KOPB.

Nova klasifikacija dopušča zdravljenje KOPB z enostavnim in za bolnika prijaznim

predpisovanjem le enega zdravila – dolgodelujočega antiholinergika. Seveda so še druge možnosti začetnega zdravljenja, še posebej je na voljo veliko zdravil v številnih kombinacijah, če začetno zdravljenje ne zadošča (Tabela 3).

Nova klasifikacija je koristna, saj so bili mnogi bolniki, ocenjeni le po spirometriji, po nepotrebnem deležni zdravljenja z inhalacijskimi glukokortikoidi. Ta zdravila seveda dodatno podražijo zdravljenje in tudi niso brez stranskih učinkov. Po drugi strani pa ravno ta klasifikacija pregledno pokaže, kdaj moramo predpisati inhalacijske glukokortikoide, kar smo občasno tudi pozabili.

Pri nas že predpisujemo zaviralec PDE4 roflumilast, ki je dobro zdravilo za sicer ozko izbrano populacijo bolnikov z bronhitičnim fenotipom KOPB. Indikacijo za roflumilast potrди Konzilij za obstruktivne bolezni bolnice Golnik.

Klasifikacija uvažja z dokazi podprto ter smiselno obravnavo bolnikov s KOPB.

Opozoriti je treba, da so v pripravi ali registraciji mnoga nova zdravila za KOPB iz skupin dolgodelujočih simpatikomimetikov (LABA), dolgodelujočih antiholinergikov (LAMA – na primer glikopironij) in celo zdravila s kombiniranim delovanjem na adrenergični ter holinerški sistem

Tabela 3: Načela stopenjskega zdravljenja stabilne KOPB glede na skupino GOLD A-D.

GOLD skupina	Začetna izbira zdravila Zdravila so navedena po abecednem redu	Alternativna zdravila Zdravila so navedena po abecednem redu	Druga možna zdravila
A	kratko delujoči antiholinergik pp ali kratko delujoči simpatikomimetik pp	kratko delujoči antiholinergik in kratko delujoči simpatikomimetik pp ali dolgodelujoči antiholinergik ali dolgodelujoči simpatikomimetik	teofilin
B	dolgodelujoči antiholinergik ali dolgo delujoči simpatikomimetik	dolgodelujoči antiholinergik in dolgo delujoči simpatikomimetik	teofilin
C	dolgodelujoči antiholinergik ali inhalirani glukokortikoid + dolgo delujoči simpatikomimetik	dolgodelujoči antiholinergik in dolgo delujoči simpatikomimetik ali dolgodelujoči antiholinergik in PDE4 zaviralec ali dolgo delujoči simpatikomimetik in zaviralec PDE4	teofilin
D	dolgodelujoči antiholinergik ali/in inhalirani glukokortikoid + dolgo delujoči simpatikomimetik	dolgodelujoči antiholinergik in IGK ali dolgo delujoči simpatikomimetik in IGK ali kombinacija vseh treh naštetih ali IGK + dolgo delujoči simpatikomimetik + zaviralec PDE4 ali dolgodelujoči antiholinergik + zaviralec PDE4	karbocistein, teofilin

hkati (MABA)⁵. Poleg tega se poudarjajo doslej morda zanemarjene klinične lastnosti KOPB, kot je cirkadiano nihanje simptomov. Seveda tudi razkrivajo, tako kot pri astmi, vse številnejše fenotipe KOPB⁶, kar bo prav gotovo vodilo v nove modifikacije smernic GOLD.

Literatura

1. GOLD - the Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease. Dosegljivo 15.5.2013 na: <http://www.goldcopd.org>
2. Wolkove N, Dajczman E, Colacone A, Kreisman H. The relationship between pulmonary function and dyspnea in obstructive lung disease, Chest. 1989;96. 1247–51.
3. Jones PW. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2001;56:880–7
4. Cooper CB. The connection between chronic obstructive pulmonary disease symptoms and hyperinflation and its impact on exercise and function. Am J Med 2006 ;119(10 Suppl 1):21–31.
5. Ngkelo A, Adcock IM. New treatments for COPD. Current Opinion in Pharmacology 2013, 13:1–8.
6. Carolan BJ, Sutherland ER. Clinical phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease and asthma: recent advances. J Allergy Clin Immunol 2013;131: 627–34.