

3 lentelė. Spirometrinė negydytos astmos sunkumo klasifikacija*

Astmos sunkumas	Plaučių funkcija
Intermituojanti	FEV ₁ ar PEF ≥ 80 proc. normos; FEV ₁ ar PEF kintamumas < 20 proc.
Lengva	FEV ₁ ar PEF ≥ 80 proc. normos; FEV ₁ ar PEF kintamumas 20–30 proc.
Vidutiniškai sunki	FEV ₁ ar PEF 60–80 proc. normos; FEV ₁ ar PEF kintamumas > 30 proc.
Sunki	FEV ₁ ar PEF < 60 proc. normos, FEV ₁ ar PEF kintamumas > 30 proc.

* Astma priskiriama sunkesnei kategorijai esant nors vienam sunkumo kriterijui; PEF – didžiausias iškvėpimo srovės greitis.

Literatūra

Lietuvos vaikų ir suaugusiųjų astmos diagnostikos ir gydymo sutarimas, Kaunas (2007).

LR SAM įsakymas (2011 m. liepos 18 d. Nr. V-694. Vilnius). Dėl lėtinės obstrukcinės plaučių ligos ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo (2011).

Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. Standardisation of spirometry. Eur Respir J. 26(2), 319–338 (2005).

Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, et al. Interpretative strategies for lung function tests. Eur Respir J. 26, 948–968 (2005).

Vandevoorde J, Verbanck S, Schuermans D, Kartounian J, Vincken W. FEV₁/FEV₆ and FEV₆ as an alternative for FEV₁/FVC and FVC in the spirometric detection of airway obstruction and restriction. Chest. 127, 1560–1564 (2005).

NH trūkumai:

- reikia atsižvelgti į krešėjimo rodiklius (aktyvuoto dalinio tromboplastino laiko – ADTL);
- dėl trombocitopenijos rizikos reikia stebėti trombocitų skaičiaus pokyčius.

Nefrakcionuotas intraveninis heparinas yra pirmo pasirinkimo vaistas, jei:

- konstatuota persistuojanti hipotenzija;
- didesnė kraujavimo rizika;
- svarstoma dėl trombolizės tikslingumo (prieš trombolizę antikoagulantai neskirtini, jų skiriama iš karto, kai į veną sulašinamas trombolitikas);
- jei kreatinino klirensas < 30 ml/min.;
- abejojama dėl resorbcijos iš poodžio.

Reikėtų nepamiršti, kad ADTL ne visada koreliuoja su heparino koncentracija kraujyje. Jei ligoniams, gydomiems didelėmis NH dozėmis, nepavyksta pasiekti terapinio ADTL intervalo, tikslinga tirti anti Xa faktoriaus aktyvumą kraujyje.

Tiek MMMH, tiek NH į poodį neskirtini, jei abejojama dėl vaisto resorbcijos (pvz., esant nutukimui, anasarkai).

Nuo pirmos gydymo dienos kartu su MMMH ar NH rekomenduojama pradėti skirti vitamino K antagonistus (varfariną). Pasiekus terapinį TNS (tarptautinis normalizuotas santykis) intervalą 2–3, MMMH ar NH vartojimą tęsti mažiausiai 24 val. Optimaliausias pradinis gydymas MMMH ar NH – ne trumpesnis kaip 5 dienos.

SMULKIAMOLEKULIS AR NEFRAKCIONUOTAS HEPARINAS?

Esant didelei klinikinei plaučių arterijos trombinės embolijos (PATE) tikimybei, gydymą antikoagulantais rekomenduojama pradėti kuo greičiau, dar prieš atliekant tyrimus, patvirtinančius ar paneigiančius PATE. Tai svarbu siekiant išvengti recidyvuojančios embolijos, kadangi gydymo antikoagulantais efektyvumas priklauso nuo to, ar pavyks pasiekti pakankamą antikoaguliacijos lygį per pirmąsias 24 valandas nuo simptomų atsiradimo pradžios. Pirmo pasirinkimo vaistai yra mažos molekulinės masės heparinai (MMMH) (skiriami į poodį), nefrakcionuotas heparinas (NH) (į veną arba į poodį) arba fondaparinas (į poodį). Kurį vaistą ir skyrimo būdą parinkti konkrečiam ligoniui?

MMMH yra pirmo pasirinkimo vaistai daugumai ligonių. Dozuojami individualiai veikimo vienetais kilogramui kūno svorio (VV/kg).

Privalumai:

- patogūs vartoti (leidžiami į poodį 1–2 kartus per parą);
- nereikia stebėti krešėjimo rodiklių pokyčių;
- maža trombocitopenijos rizika.

MMMH atsargiai skirti:

- nutukusiems (KMI > 40) ar mažo svorio ligoniams (moterims < 45 kg, vyrams < 57 kg);
- esant inkstų funkcijos nepakankamumui: kai kreatinino klirensas < 30 ml/min. – MMMH kontraindikuotini, o kreatinino klirensui esant 30–80 ml/min. – skirtini atsargiai.
- tokiems ligoniams rekomenduojama ištirti anti Xa faktoriaus koncentraciją kraujyje.

Nefrakcionuotas heparinas gali būti skiriamas keliais būdais: į veną, į poodį stebint krešėjimo rodiklius arba fiksuotos dozės (dozavimas nurodytas 1 lentelėje).

1 lentelė. NH dozavimas ūminei PATE gydyti

Skyrimo būdas	Pradinė dozė	Tolesnis dozavimas	ADTL kontrolė
Į veną	80 VV/kg arba 5000 VV bolus	18 VV/val. arba 1000–1300 VV/val. infuzija	Kas 4–6 val.
Į poodį	250 VV/kg arba 17500 VV	250 VV/kg 2 kartus per parą	Praėjus 6 val. po antros dozės

Skiriant NH į poodį, kaip ir skiriant į veną, kiekviena tolesnė dozė turi būti koreguojama pagal ADTL. Tikslinis ADTL yra 1,5–2,5 karto didesnis už pradinį.

Literatūra

British Thoracic Society guidelines for the management of suspected acute pulmonary embolism. Thorax 58: 470–484 (2003).

Hirsh J, Bauer KA, et al. Parenteral anticoagulants: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 133, 1415–1595 (2008).

Torbicki A, Perrier A, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Heart Journal. (29) 2276–2315 (2008).

Valentine KA, Hull RD, et al. Anticoagulation in acute pulmonary embolism (2011).