

Dále je možné podávat i beta-2-mimetika krátkodobě účinkující, s anglickou zkratkou SABA (Short Acting Beta-2- Agonist), jakými jsou Salbutamol (Ventolin, Ecosal, Buventol), nebo dlouhodobě účinkující beta- 2-mimetika LABA (Long Acting Beta-2-Agonists). Jedná se o práškové formy léků – Formoterol, Foradil, Formovent, Formano (tobolky) nebo Atimos v aerosolové podobě. Pokud nestačí ani jedno z těchto bronchodilancií, je možné je kombinovat tak, že se k beta-2-mimetiku přidá menší množství anticholinergika, jako je to v přípravcích Berodual (jde o kombinaci Fenoterolu a Ipratropia ve formě inhalátoru). Guidelines GOLDu již několik let preferují u CHOPN ve stadiu 1/A monoterapii lékem buď ze skupiny LAMA nebo LABA, čímž SAMA i SABA pro svůj krátkodobý efekt ustupují do pozadí. Od stadia 2/B podáváme kombinaci obou, neboť mají nejenom synergický efekt, ale i delší účinnost. Na trhu jsou kombinace LAMA a LABA v přípravcích Anoro, Bevespi, Duaklir Genuair, Brimica Genuair, Spiolto Respimat, Ultibro Breezhaler. Nejúčinnější, ale také nejdražší, je léčba CHOPN ve stadiu 3/C a 4/D trojkombinací LAMA, LABA a inhalačního kortikoidu (Trimbow, Enerzair Breezhaler, Trelegy Ellipta a další). Trojkombinace je indikovaná jen u fenotypů frekventních exacerbátorů a u ACOS. Dnes se v léčbě CHOPN ustupuje od podávání inhalačních kortikoidů ve stadiu 2/B, neboť provedené studie prokázaly, že podávání kombinace LAMA a LABA je účinnější než kombinace LABA a inhalační kortikoid. Navíc inhalační kortikoid zvyšuje při dlouholetém podávání riziko pneumonií (4). Dnes u exacerbace CHOPN preferujeme užívání roztoku preparátu SAMA nebo SABA, podávání v nebulizátoru, tedy pomocí inhalátoru, a to buď ultrazvukového nebo kompresorového. Řada pacientů s diagnózou CHOPN nebo astmatu má možnost domácí inhalační léčby, je otázka, zda ji správně aplikují. I to by měl kontrolovat praktický lékař. Dle údajů prof. V. Vondry si minimálně 30 % pacientů v ČR nesprávně aplikuje svůj inhalační lék, i když ho používá delší dobu (3). Jiní autoři uvádějí až 50% chybovost při jejich aplikaci (17). Proto je nutná neustálá kontrola a edukace aplikace těchto léků. Jako další léky přicházejí v úvahu retardované formy theofylinů, např. Euphyllin CR N, Afonilum SR, v dávce od 400 do 900 mg za 24 hodin. Při léčbě je vhodné zkontrolovat hladinu theofylinu v séru, aby nedošlo k jejímu

překročení nad 15 mikromolů na litr séra, protože pak se objevují nežádoucí účinky léčby (třes, nespavost, nauzea nebo křeče). U kuřáků se theofylin odbourává podstatně rychleji než u nekuřáků, proto kuřáci potřebují často vyšší dávky léku. Dnes ho mladí pneumologové považují za obsolentní, což jistě platí pro jeho intravenózní podání. Starší argumentují tím, že když je lék na trhu více než sto let, tak asi má smysl ho podávat. Je vhodné ho podat tam, kde pacienti nezvládají inhalační techniku nebo mají nízkou compliance k inhalační léčbě. U exacerbace CHOPN, která se projevuje zhoršením hnisavého charakteru sputa, jeho zvýšeným objemem, zhoršením dušnosti, horečkou a pocitem sevřeného hrudníku, je nutné podat cíleně antibiotika (ATB). Před jejich podáním je výhodné udělat vyšetření C-reaktivního proteinu (CRP), který je dnes standardní výbavou ambulance téměř každého praktika. Pokud jsou hodnoty vyšší než 40, je podání ATB indikováno. V léčbě exacerbací možno podat aminopeniciliny (Amoxicilin), aminopeniciliny/inhibitory betalaktamázy (Amoksiklav, Augmentin, Betaclav, Duomox), tetracykliny (doxycyklin) nebo makrolidy (Clari-Azitromycin). U těžších forem exacerbace CHOPN je vhodná kombinace aminopenicilinů s cefalosporiny II. nebo III. generace. Tam, kde byly již v minulosti s efektem podány perorální kortikosteroidy nebo je nemocný užívá, nebo když byla podávána kombinovaná bronchodilatační léčba bez efektu, je nutné přidat i perorální kortikosteroidy. Léčba by měla trvat po dobu 7–14 dnů s dávkou, která odpovídá 40 mg prednisonu. Uvedená léčba je vhodná i pro lehké pneumonie léčené ambulantně. U těžších forem pneumonie využíváme kombinaci ATB terapii nebo monoterapii respiračním fluorochinolonom (Ciplox 250 mg a 500 mg tbl.). Kortikoidy podáváme v akutní fázi infekce jen u velmi těžkých pneumonií, v těžkém septickém stavu (13).

Základní léčba astmatu je u všech jeho perzistujících forem stejná, a tou je dnes léčba inhalačními kortikoidy. V Anglii se dle prof. P. Barnse, špičkového světového odborníka pro astma bronchiale, může bronchiální astma až z 95 % léčit v ambulancích praktických lékařů právě inhalačními kortikoidy v kombinaci s tzv. dlouhodobě účinkujícími

betamimetiky (LABA): Airflussan, Combair, Duaspir, Flutiform, Relvar Ellipta, Seretide a Symbicort. I když není ani po 6 týdnech zaznamenán úspěch po léčbě těmito vysoce efektivními léky, ke specialistovi se jde léčit pouze 5 % pacientů. Bohužel zatím jde o léky, které jsou našim praktikům nepřístupné, jsou indikovány jenom specialisty (pneumolog a alergolog). Jejich dlouhodobé podávání výrazně snížilo v Anglii i v ČR počet pobytů astmatiků v nemocnici. Přestože počty astmatiků ve světě a v České republice stoupají, odhaduje se, že v ČR je nediodagnostikováno a následně neléčeno minimálně 250 000 astmatiků. Jejich pobyt v nemocnici neustále díky kvalitní a správně vedené léčbě rok od roku klesá. Praktik má mít u kašlajícího pacienta na mysli možné počínající a dosud nepoznané bronchiální astma. Po provedení bronchodilatačního testu se zlepšením hodnoty FEV1 nad 200 ml může praktik nasadit inhalační kortikoidy. Podávají se pak po dobu minimálně 3 až 6 měsíců, aby se tímto způsobem udělal terapeutický test možné reverzibility obstrukce (nebo dokonce i k vyloučení možného astmatu) u této nemoci. Praktik by měl vždy také upozornit pacienta i na to, že všechny inhalační cestou podané léky se mají podat až po odkašlání hlenů z dýchacích cest, aby se zlepšila jejich účinnost. V časopisu Lancet ze srpna 2021 bylo zveřejněno, že včas nasazené inhalační kortikoidy Budesonid (Pulmicort, Miflonid, Giona Easyhaler) dokážou zmírnit průběh covidové nemoci (15).

Závěr

Nejlepší léčbou kašle ale stále zůstává prevence: Nekouřit, vyvarovat se, pokud je to možné, znečištěnému ovzduší, a pokud možno také eliminovat respirační infekce (vakcinace). Podceňování chronického kašle pacientem i praktickým lékařem je bohužel poměrně častý jev, který mívá často za následek, že i ta nejlepší léčebná metoda může v pozdních stádiích onemocnění být bez efektu, anebo je málo účinná a chronický kašel pak přetrvává roky. Proto má včasná diagnostika příčiny chronického kašle své plné opodstatnění. Právě z rukou praktického lékaře může být ordinována ta nejlepší léčebná intervence, včetně boje proti kouření, která nemocné pokud možno kašle zbaví.