

**Tab. 3.** Nejčastěji používaná léčba astmatických záchvatů

| Terapeutická skupina             | Léčivo               | Dávka a způsob podání                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>β2-adrenergní agonista</b>    | Salbutamol           | pMDI + chamber: 200–800 µg (2–8 vdechů po 100 µg/puls) co 10–15 min během 1. hodiny<br>Intermitentní nebulizace: 2,5–5 mg co 20 min během 1. hodiny<br>Kontinuální nebulizace: 10–15 mg/hod. |
| <b>Anticholinergika</b>          | Ipratropium bromid   | pMDI + chamber: 80–160 µg (4–8 vdechů po 20 µg/puls) každých 10–15 min.<br>Nebulizace intermitentně: 0,5 mg co 20 min                                                                        |
| <b>Systémové glukokortikoidy</b> | Prednison            | V první fázi: 20–40 mg p. o. co 12 hod.<br>Dále: 50 mg p. o. co 24 h (5–7 dní)                                                                                                               |
|                                  | Hydrokortizon        | 100–200 mg i. v. co 6 hod.                                                                                                                                                                   |
| <b>Inhalační glukokortikoidy</b> | Flutikason-propionát | pMDI + chamber: 500 µg (2 inhalace po 250 µg/puls) co 10–15 min                                                                                                                              |
|                                  | Budesonid            | pMDI + chamber: 800 µg (4 vdechy po 200 µg s pulzem)<br>NEB: 0,5 mg co 20 min během 1. hodiny                                                                                                |
| <b>Ostatní</b>                   | Síran hořečnatý      | 2 g i. v. se podávají během 20 min (pouze jednou)                                                                                                                                            |

i. v. – intravenózně; NEB – nebulizovaně; pMDI – tlakový inhalátor; p. o. – perorálně.

## Udržovací léčba astmatu

Udržovací léčba astmatu spočívá v preventivním podávání inhalačních kortikosteroidů, jejichž cílem je zmírnit zánět v průduškách a kontrolovat tak onemocnění. Závažnost astmatu je určena udržovací léčbou nutnou k dosažení kontroly. Tato závažnost není konstantní a může se čas od času měnit a měla by být pravidelně přehodnocována. Pokud pacient není léčen, stanoví se na začátku léčby a přehodnotí se po dosažení kontroly.

K posouzení kontroly lze použít validované škály, jako je Test kontroly astmatu (ACT).

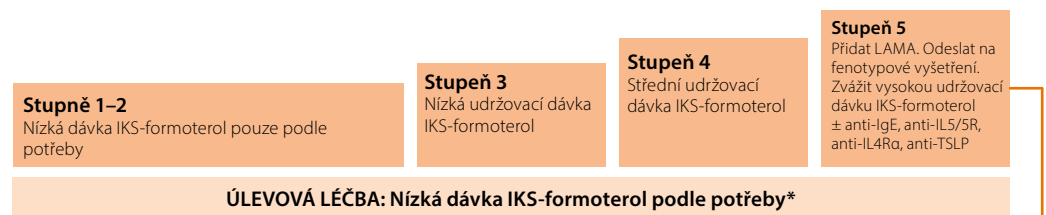
Současný mezinárodní konsenzus léčby doporučený GINA, potažmo ČIPA, se opírá o léčebné schéma v pěti stupních (Obr. 1). V současnosti nejúčinnějšími protizánětlivými léky v léčbě astmatu jsou inhalační kortikosteroidy (IKS). IKS sice nejsou schopny astma vyléčit, ale po jejich vysazení dochází dříve či později ke ztrátě klinické kontroly. Proto jsou v aktuálních doporučeních GINA

preferovány fixní kombinace IKS s formoterolem již od 1. stupně léčby. V 1. a 2. stupni je doporučeno užívat nízkou dávku IKS ve fixní kombinaci s formoterolem dle potřeby při potížích. Uvedená strategie z dlouhodobého hlediska snižuje celkovou nálož kortikosteroidů, lepší kontrolu nad astmatem a snižuje riziko exacerbací. Alternativou k fixní kombinaci IKS+formoterol ve stupni 1 a 2 je užití IKS vždy, když pacient užije SABA. Od 3. stupně je doporučeno užívat udržovací dávku fixní kombinace nízké dávky IKS s formoterolem a ve 4. stupni fixní kombinaci střední dávky IKS a formoterolem. Pacienti v 5. stupni by měli být referováni a léčeni na specializovaném pracovišti národních center pro těžké astma (NCTA) a měla by u nich být zvážena biologická léčba. Při odesílání astmatika do centra je třeba poskytnout lékařům dokumentaci základních vyšetření dle 3krokového schématu (1. funkce plic, 2. eozinofilie a 3. alergie) a vyplnit krátký dotazník (informace a kontakty viz. [www.tezke-astma.cz](http://www.tezke-astma.cz)). Výsledné „paušální“ schéma udržovací léčby astmatu je pro většinu astmatiků jednoduché: nízká/ střední dávka IKS + ev. LABA + ev. další léky (antileukotrien, nízká dávka teofylinů, ev. LAMA).

U pacientů s respirační alergií a lehkým nebo středně těžkým stupněm astmatu je možno využít alergenové imunoterapie a zabránit tak přechodu do těžší formy astmatu.

**Obr. 1.** Léčebné schéma astmatu dospělých a adolescentů dle doporučení GINA 2024

**SCHEMA 1: PREFEROVANÁ UDRŽOVACÍ a ÚLEVOVÁ LÉČBA**  
Užívání IKS-formoterol coby úlevové léčby snižuje riziko exacerbací ve srovnání s úlevovou léčbou SABA a jedná se o jednodušší režim.



Viz průvodce GINA pro těžké astma

**SCHEMA 2: ALTERNATIVNÍ UDRŽOVACÍ a ÚLEVOVÁ LÉČBA**  
Před zvážení režimu s úlevovým lékem SABA, ověřte, nakolik je pravděpodobné, že pacient bude denní udržovací léčbu dodržovat.

