

a pro farmaceuty jsou využitelné rovněž s omezením (10). Americké kolegium plicních lékařů (CHEST) aktualizovalo své doporučení pro léčbu kašle v roce 2018. V něm je představen precizní algoritmus léčby kašle s důrazem na varovné symptomy, tzv. red flags, který je velmi dobře využitelný i pro farmaceuty v lékárně. Nevýhodou je absence aktuálního přehledu léčiv (5). Velmi cenným zdrojem postupů pro farmaceuty je pravidelně aktualizovaná monografie *Community Pharmacy* (12). Aktualizované vydání bude k dispozici v dubnu 2025.

Praktická aplikace algoritmu pro samoléčbu při řešení akutního kašle v lékárně

1. Získání informací o potížích (3, 5, 6, 12)

- Délka obtíží – rozlišení akutního (do 3 týdnů), subakutního (3–8 týdnů) a chronického kašle (nad 8 týdnů).
- Doprovodné symptomy:
 - rýma, zvýšená teplota, bolest v krku, únava – příznaky URTI,
 - bolestivost vedlejších nosních dutin – rhinosinusitida.
- Typ kašle:
 - suchý neproduktivní kašel – typický pro URTI nebo začátek akutní bronchitidy,
 - záchvatovitý kašel – často ranný projev AB,
 - produktivní kašel – s mírnou produkcí u akutní bronchitidy, se silnou produkcí u pacientů s chronickým zánětem plic.
- Varovné symptomy (red flags):
 - barva sputa a charakter sputa: žlutozelené – přítomnost infekce; hemoptýza – zápal plic, selhání levé komory, plicní embolie, karcinom plic; silná produkce hustého sputa – chronická bronchitida, exacerbace CHOPN,
 - vysoká horečka – zápal plic,
 - projevy kožní atopie, alergické příznaky – ověřit AB,
 - opakované záchvaty suchého kašle bez dalších příznaků – aspirace cizího tělesa,
 - dušnost v klidu,
 - chrápot,
 - kuřáci – nad 35–45 cigaret denně,
 - atypický zvuk kašle – např. štěkavý, dávivý, s pískoty, doprovodný stridor,
 - subakutní kašel neznámé příčiny a chronický kašel.

2. Získání informací o pacientovi (3, 5, 9, 12)

- Věk pacienta:
 - dítě – kojeneček, batole – vyšší riziko aspirace,
 - senior – přidružené komorbidity.
- Kuřáci – zvýšené riziko chronické bronchitidy, CHOPN a karcinomu plic.
- Pacienti s chronickým onemocněním plic, např. AB, CHOPN, cystická fibróza.
- Historie rekurence obtíží – zápal plic, u kuřáků bronchitida, u dětí cyklické projevy epizod akutního kašle a ekzému.
- Další rizikové skupiny pacientů: např. imunokompromitovaní pacienti (např. autoimunitní onemocnění, užívání imunosupresivní terapie), polymorbidní pacienti, těhotné a kojící ženy.

3. Rozhodnutí o samoléčbě kašle

Samoléčbu lze zahájit v případě, že kašel je vyhodnocen jako doprovodný symptom URTI nebo nekomplikované akutní bronchitidy u jinak zdravých pacientů. Dále u postinfekčního kašle s již definovaným původcem, pro něhož je protrahované trvání kašle typické a samoléčba subakutního kašle provázející nekomplikovanou rhinosinusitidu. Samoléčba by neměla být zahájena v případě projevu kteréhokoliv varovného symptomu, protože by mohlo dojít k zanedbání a oddálení urgentní péče, šíření závažného infekčního onemocnění nebo maskování příznaků rozvíjejícího se chronického onemocnění.

4. Zvážení terapeutických alternativ

Pro samoléčbu kašle lze navrhnout v první linii nefarmakologická opatření, jako jsou klidový režim a inhalace přípravků zvlhčujících sliznice podpořených fytofarmaky. Pro symptomatickou farmakologickou léčbu kašle jsou z hlediska zkrácení trvání a zmírnění obtíží v úvodních dnech k dispozici stále pouze rozporuplná tvrzení založená na nedostatečných důkazech. Z tohoto důvodu lze nechat farmakologickou léčbu kašle až do druhé linie alternativ, avšak pacient může mít se symptomatickou léčbou pozitivní subjektivní zkušenost, a pokud je vidět jeho zřetelný zájem, měla by mu být nabídnuta (7, 13, 14). Obecně platí, že produktivní kašel by měl být léčen pomocí mukoaktivních látek. Ovšem jak již bylo zmíněno výše, produkce hlenu doprovázející nekomplikovanou akutní bronchitidu je natolik nízká, že pokud pacient vyžaduje spíše léčiva přednostně tlumící kašel, tj. antitusika, neměli bychom mu výrazně bránit. Na zvážení je pouze situace, kdy pacient vykašlává žlutozelený hlen svědčící o infekčním původu. V takovém případě je na místě upřednostnit podání mukoaktivní látky s prokázaným protizánětlivým účinkem jako prevenci rozvoje komplikovanějšího průběhu. Při podezření na rhinosinusitidu je třeba doporučit jako základ léčby přípravky uvolňující vedlejší nosní dutiny (např. erdosteín, pseudoefedrin, LP Sinupret či Soledum).

5. Výběr konkrétního léčivého přípravku

Po zvážení vhodné terapeutické alternativy je dalším krokem výběr vhodného konkrétního přípravku, kterým má být preferenčně volně prodejný léčivý přípravek (LP), zdravotnický prostředek (ZP) nebo přírodně doplněk stravy (DS). Z řad léčivých přípravků je nejprve nutné zvolit konkrétní léčivo ze skupiny mukoaktivních látek, antitusik nebo fytofarmak s ohledem na mechanismus účinku, možné nežádoucí účinky, kontraindikace či lékové interakce, které vylučují jeho podání u konkrétního pacienta. Až poté lze přejít k volbě lékové formy (LF), do které je vhodné aktivně zapojit i pacienta a zvolit mu přípravek takzvaně na míru. Např. při obtížném polykání volit tekuté nebo rozpustné formy, při riziku opomenutí upřednostnit LF s postupným uvolňováním a podáváním jednou denně apod.

6. Individualizovaná dispenzace

Během dispenzace je třeba pacientovi srozumitelně předat zásadní informace o dávkování (především doporučená, resp. maximální jednotlivá a denní dávka a rozestupy mezi dávkami), způsobu podávání a uchovávání zvoleného přípravku. Zejména u tekutých forem, jako