

V recentní studii z King's College bylo delirium dokonce zjištěno jako jediný symptom u pětiny pacientů starších 65 let se sníženou odolností (27). Častý výskyt deliria u seniorů s covidem-19 není překvapivý, jelikož delirium je nespecifická reakce centrálního nervového systému, která často doprovází alteraci tělesného stavu u vulnerabilních pacientů. Nicméně v případě covidu-19 je mimo nespecifického vlivu onemocnění zvažována také možnost přímého působení infekce na mozek (28). Přestože zatím existuje málo dat o dlouhodobých psychiatrických dopadech po prodělaném covidu-19, ze zkušeností po předchozích epidemiích způsobených koronaviry (SARS a MERS) je patrné, že s infekcí SARS-CoV-2 je spojeno zvýšené riziko rozvoje depresivní a úzkostné symptomatologie a rovněž posttraumatické stresové poruchy (PTSD) (29). Důkazy o vztahu infekce SARS-CoV-2 s těmito typy symptomů jsou v této chvíli zejména nepřímé: vyšší riziko bylo zjištěno u zdravotnických pracovníků pečujících o pacienty s covidem-19 (30, 31) a také v elektronické dokumentaci pacientů, kteří toto onemocnění prodělali (32). Možnosti, jak může infekce virem SARS-CoV-2 souviset s neuropsychiatrickými a psychiatrickými komplikacemi, je více. Zahrnují přímý vliv infekce na mozkovou tkáň, vliv na cévní endotel, ovlivnění permeability hematoencefalické bariéry, alteraci hladin neuroaktivních cytokinů, vliv celkového závažného onemocnění (například v důsledku hypoxie), vliv terapie (například kortikoidy), ale také vlivy psychosociální (například stres v důsledku prodělaní onemocnění, obavy o zdraví, stigmatizace pacientů, stresující podněty v okolí včetně závažnosti průběhu pandemie v dané oblasti a protiepidemických opatření) (29). První studie naznačují, že metabolické změny mozkové tkáně zjištěné pomocí MR spektroskopie u pacientů po covidu-19 se částečně podobají změnám u pacientů s posthypoxickou leukoencefalopatií jiné etiologie (33).

Pro dětské pacienty je typický lehký či zcela asymptomatický průběh covidu-19. Bohužel ale ani děti nejsou ušetřeny následných komplikací. Za zmínku stojí alespoň syndrom připomínající Kawasakiho vaskulitidu PIMS-TS (pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with covid-19). Jedná se o multisystémovou zánětlivou odpověď časově navazující na infekci SARS-CoV-2 projevující se horečkami, vyrážkou (Obr. 4), postižením sliznic, spojivek (Obr. 5), průjmy, bolestmi břicha a zejména postižením srdce (34).

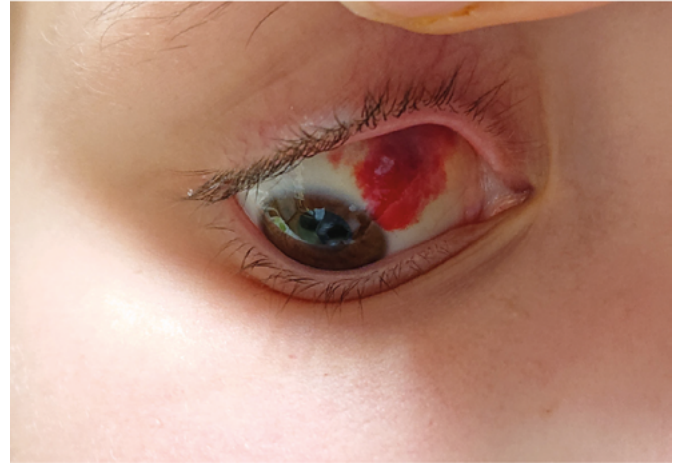
Péče o pacienty s post-covid syndromem

Je nepochybné, že pro většinu pacientů po infekci SARS-CoV-2 bude místem jejich prvního kontaktu se zdravotním systémem praktický lékař. Z toho také vycházejí zahraniční doporučení (35) pro následné sledování. Na prvním místě je cílená anamnéza stran průběhu akutní infekce, zásadní je dotazování na přetrvávající potíže. Dále je nutné věnovat pozornost symptomům naznačujícím tromboembolické komplikace pozorované i s odstupem od akutní infekce, a to nejen u pacientů s trombofiliemi. Od začátku vyšetřovacího procesu by měla být snaha vyloučit alternativní diagnózy vysvětlující udávané obtíže: anémii, tyreopatii, selhání ledvin, srdeční selhání, koronární postižení, plicní infekt a další. Případné chronické nemoci, jako je srdeční selhání, bronchiální astma, obstrukční plicní nemoc či diabetes, by měly být optimálně kompenzovány. Je žádoucí provést alespoň základní laboratorní vyšetření, a to včetně diferenciálního krevního obrazu, renálních funkcí, jaterních

Obr. 4. Exantém na rukou připomínající Kawasakiho vaskulitidu v rámci PIMS-TS (pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with covid-19)



Obr. 5. Změny na spojivce při PIMS-TS (pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with covid-19)



testů, C-reaktivního proteinu (CRP), ferritinu, iontogramu, ideálně včetně kalcia a fosfátu, v případě hrudního dyskomfortu i srdeční troponiny. Pozitivní nález markerů zánětu by měl být imperativem pro odebrání kultivací vzhledem k možnosti bakteriální superinfekce. Při dostupnosti natočímé klidové EKG a oxymetrii nejen v klidu, ale i po zátěži (stačí schody či 10 dřepů), ideální je pak 6minutový test chůze. U pacientů s dušností má smysl i přes malou specifitu vyšetřit d-dimery pro jejich vysokou negativní prediktivní hodnotu stran tromboembolie; při suspekci na kardiální příčinu dušnosti stanovíme B-natriuretický peptid (BNP) či NT-proBNP. Diagnostickou hodnotu má i RTG srdce a plic, další zobrazovací metody bude indikovat specialista. Odeslání na plicní ambulanci by dle našich zkušeností nemělo být limitováno jen na pacienty po verifikovaném zápalu plic, neboť řada pacientů své akutní onemocnění zvládla doma a vůbec zobrazovací metodu nepodstoupila. Indikace specializovaných vyšetření pochopitelně vychází ze zjištěných symptomů a nálezů: echokardiografie, holterovské vyšetření EKG, pohovor s psychologem, konzultace gastroenterologa, ORL specialisty či neurologa atd.

ČPFS doporučuje vyšetření respirační symptomatologie dle stratifikace ABCD včetně vhodné frekvence sledování (20), přičemž skupinu A (bez patologického nálezu a bez symptomatologie) ponechává v gesci praktického lékaře. Opačné spektrum pacientů ve skupině D