

Tab. 3. Skóre mortality (upraveno dle doporučení Národního zdravotního systému (NHS))

Parametr	Charakteristika	Skóre
Věk	< 50 let	0
	50–59 let	2
	60–69 let	4
	70–79 let	6
	≥ 80 let	8
Pohlaví	Žena	0
	Muž	1
Počet přidružených onemocnění: chronické srdeční onemocnění; chronické respirační onemocnění (kromě astmatu); chronické onemocnění ledvin (glomerulární filtrace ≤30); mírné až závažné onemocnění jater; demence; chronické neurologické onemocnění; onemocnění pojivové tkáně; diabetes mellitus (kontrolovaný dietou, tabletami nebo inzulinem); HIV/AIDS; malignita; obezita.	0	0
	1	1
	≥ 2	2
Dechová frekvence	< 20/min	0
	20–29/min	1
	≥ 30/min	2
Saturace O ₂ na vzduchu	≥ 92 %	0
	≤ 91 %	2
Glasgow coma scale	15	0
	≤ 14	2
Urea (mmol/l)	≤ 6,9	0
	7–14	1
	≥ 14,1	3
C-reaktivní protein (mg/l)	≤ 49	0
	50–99	1
	≥ 100	2
Celkové skóre pacienta	-----	

Podpurná a medikamentózní léčba

Pacient by měl mít zajištěnou adekvátní hydrataci a výživu. Velká část pacientů je při přijetí dehydratována, a proto *intravenózní dodání tekutin* je důležité. U pacientů se pravidelně kontroluje stav hydratace, hodnoty elektrolytů a renální funkce. Zde je vhodné upozornit na skutečnost, že oproti jaru 2020, kdy byla doporučena restrikce tekutin, se nyní doporučuje infúzní terapie k udržení řádné hydratace pacienta (14).

Podle National Institute for Health and Care Excellence (NICE) by nasazení *antibiotik* mělo vycházet z mikrobiologických výsledků (hemokultura, vyšetření sputa či tracheálního aspirátu), výsledku krevního obrazu, antigenních testů z moče na legionellu a pneumokok a zobrazovacích metod (rtg, CT, ultrazvuk). Vysoká hodnota C-reaktivního proteinu nemusí indikovat bakteriální infekci. Publikovaná data a klinické zkušenosti dokládají, že řada pacientů s covid-19 infekcí má zvýšené hodnoty C-reaktivního proteinu. Ukazuje se, že u covid-19 pozitivních jedinců většina pneumonií je virových. Bakteriální superinfekce se vyskytuje u méně než u 10 % pacientů. Na druhou stranu, pacienti na jednotkách intenzivní péče mají větší pravděpodobnost rozvoje bakteriální infekce ve srovnání s pacienty na standardních odděleních. Pokud jsme si jisti, že klinický obraz je charakteristický pro covid-19 infekci, pak se doporučuje nenasazovat antibiotika. Empirické nasazení antibiotik je indikováno, pokud je podezření na bakteriální infekci. Zvýšený počet neutrofilů či lobární konsolidace na rtg může ukazovat na bakteriální infekci. Pokud je podezření na bakteriální infekci, doporučuje se nasadit antibiotika ještě před mikrobiologickými výsledky. Výběr antibiotika by měl vyplývat z místních zvyklostí a antibiotické rezistence a ideálně by měl být diskutován s mikrobiologem, event. klinickým farmakologem.

Tab. 4. Hodnocení skóre ve vztahu k riziku úmrtí (upraveno dle doporučení Národního zdravotního systému (NHS))

Skóre	Riziko úmrtí (%)
0–2	0,5
3	1,2
4	2,4
5–6	4,5
7–8	7,7
9	10,0
10	39,3
11–12	44,5
13–14	52,1
15–16	61,5
17–18	72,3
≥ 19	80,1

V řadě NHS nemocnicích se nasazuje Co-amoxiclav i. v./p. o. a většinou se ukončuje léčba po 5 dnech. V případech podezření na atypickou pneumonii se přidává klaritromycin.

Výsledky rozsáhlé britské studie RECOVERY ukázaly, že *dexamethason* snížil 28denní mortalitu u těch hospitalizovaných pacientů, kteří vyžadovali invazivní mechanickou ventilaci či jakoukoliv formu oxygenoterapie (15). Toto nebylo prokázáno u jedinců bez respirační podpory. Dexamethason v dávce 6 mg 1krát denně i. v./p. o. po dobu 10 dní (či do doby propuštění z nemocnice) se nasazuje ihned, jakmile pacient vyžaduje jakoukoliv formu oxygenoterapie. Delší podání (až 28 dní) Hydrocortisonu (50 mg inj., 3krát denně) se doporučuje zvážit u pacientů v septickém šoku. Při léčbě kortikosteroidy by se měla jednou denně monitorovat glykemie. U diabetiků by se měla kontrolovat glykemie 4krát denně.