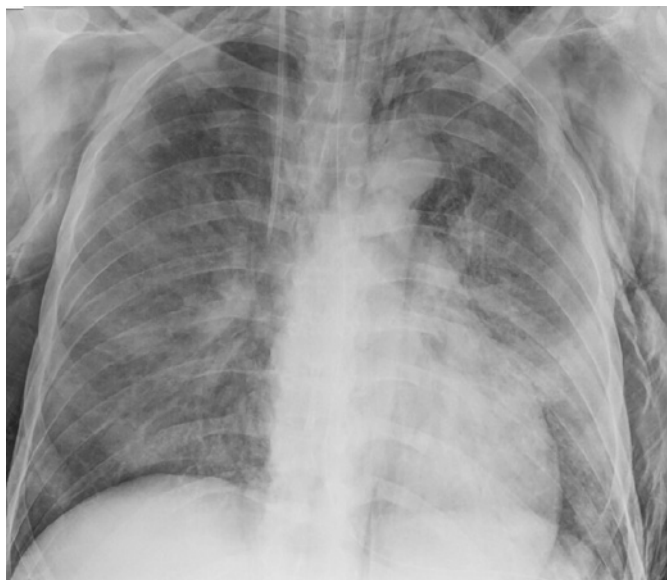


preparátu během několika minut odezněl. Nález tedy uzavřen jako pravděpodobně nově vzniklé středně těžké perzistující neozinoofilní bronchiální astma s výraznou zátěžovou složkou. Pacient od tohoto období zůstává na trvalé medikaci IKS/LABA ve středně vysoké dávce. Tyto potíže nebyly u pacienta dokumentovány před onemocněním covid-19. Z toho důvodu mu byla přiznána nemoc z povolání včetně odškodnění.

Kazuistika 2

Muž, 30 let, bez předchozích onemocnění, 11. 11. 2020 přišel na Oddělení urgentního příjmu pro 6 dní trvající potíže – kašel a progredující dušnost, bolesti za hrudní kostí, teploty i třesavky, nereagující na antipyretika, poruchy chuti a čichu. Byl přijat na oddělení s bilaterální virovou pneumonií – SARS-CoV-2 pozitivní; bez evidence plicní embolie, podána dávka remdesiviru dle platného schématu. Druhý den byl přeložen na Kliniku anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, kde pro progresi respiračního selhání byl od 16. 12. 2020 připojen na umělou plicní ventilaci (UPV), stav byl komplikován pravostranným pneumothoraxem (PNO), viz obrázek 1, dne 19. 12. 2020 byl pro progresi respiračního selhání (kritická hyperkapnie, hypoxie) a limitech konvenční UPV (barotrauma – PNO/podkožní emfyzém) napojen na mimotělní oběh (vv-ECMO). Setrvale byly problémy s adekvátností drenáže, trvala progredující oběhová nestabilita při tenzně se chovajícím PNO (opakované pokusy o úpravu drenáže pod rtg). Po hrudní drenáži, která byla značně komplikovaná v nepřehledném terénu těžkého podkožního emfyzému se objevilo krvácení do levé dutiny hrudní z levé subklaviální tepny, byla prováděna hemosubstituce. Chirurgicky byla situace neřešitelná, proto bylo dne 23. 12. 2020 provedeno endovaskulární ošetření cévy intervenčním radiologem (zavedení stentgraftu pod skioskopickou kontrolou). 24. 12. 2020 byla provedena torakotomická revize levého hemithoraxu, evakuace koagul, 26. 12. 2020 byla diagnostikována clostridiová enterocolitis (pozit.

Obr. 1. Skiagram hrudníku 16. 12. 2020 – oboustranné plicní infiltráty při pneumonii způsobené covidem-19, komplikováno pravostranným pneumothoraxem a rozsáhlým podkožním emfyzémem



antigen/toxin.) – klinicky měl pacient průjmy, trvala střešní paralýza. 28.–29. 12. 2020 byl zahájen weaning z ECMO při lepšící se výměně plynů v nativní plíci, při zatížení plíce konvenční UPV bez recidivy PNO/emfyzému, ukončení ECMO. Od 2. 1. 2021 se objevila ataka nozokomiální pneumonie v terénu těžkého covidového postižení, pacienta bylo nutno zpět hluboce sedovat/relaxovat a řízeně ventilovat s agresivní podporou. 7. 1. 2021 byla provedena operační tracheostomie. Od 8. 1. do 26. 1. 2021 hospitalizován na oddělení intenzivní péče chirurgických oborů, kde byla od 16. 1. 2021 snižována ventilační podpora, byl zahájen příjem per os. 18. 1. 2021 provedeno psychiatrické konzilium pro neklid a zmatenost, následně neurologické konzilium, které stav uzavřelo jako myopatii kriticky nemocných v kombinaci s proběhlou drobnou CMP v BG vpravo. Pacient byl přeložen na Kliniku plicních nemocí a TBC k doléčení – hospitalizace trvala od 28. 1.–22. 2. 2021 a následně byl hospitalizován na Oddělení rehabilitace, odkud byla propuštěn domů 5. 3. 2021. Den před propuštěním se objevily dva epileptické záchvaty a byla nasazena terapie.

26. 3. 2021 byl vyšetřen v postcovidové poradně Kliniky plicních nemocí a TBC, kde byl proveden kontrolní rtg S+P (viz Obrázek 2), kde je popsán stav po embolizaci větví a. subclavia l. sin., stentgraft v a. subclavia sin. – ve stacionární poloze, oboustranně pruhovitá zastínění v plicním parenchymu oboustranně – pozánětlivé změny ve výrazné parciální regresi. Byla provedena spirometrie včetně bodypletysmografie a vyšetření difuze, kde byla pouze lehce snížená VC bez obstrukce či restrikce, RV, TLC i odpory dýchacích cest v normě. Po korekci na hladinu hemoglobinu jsme našli středně těžké snížení transferfaktoru, lehké snížení transferkoeficientu. 28. 4. 2020 bylo provedeno echokardiografické vyšetření, kde byla fyziologická ejekční frakce levé komory, bez lokální poruchy kinetiky, nevýznamné regurgitace na mitrální a trikuspidální chlopni. Pacient absolvoval léčebný pobyt v lázních Luhačovice.

Postupně došlo ke spontánní úpravě ventilačních parametrů i plné normalizaci zobrazovacího vyšetření.

Obr. 2. Skiagram hrudníku 26. 3. 2021 – výrazná regrese zánětlivých změn oboustranně, přítomny pouze nevýrazné pozánětlivé změny, dále stav po embolizaci větví a. subclavia l. sin., stentgraft v a. subclavia sin.

