

tonzilofaryngitidy. Avšak 16. února 2023 po poklesu počtu případů invazivních infekcí byla NICE doporučení znovu zavedena do rutinní klinické praxe (41). Proto i u nás by přechodný vzestup invazivních streptokokových infekcí v době po rozvolnění proticovidových opatření neměl být důvodem pro zpochybňování zkrácené antibiotické terapie.

Akutní bronchitida

Definice: Akutní infekce vyvolaná nejčastěji virem postihující průdušnici a průdušky projevující se kašlem, případně celkovými příznaky.

Mezi nejčastější původce patří respirační viry, zejména rhinoviry, virus chřipky a parainfluenza, RSV, metapneumovirus, adenoviry či koronaviry. V méně než 10 % případů se mohou uplatňovat i *M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae* a *B. pertussis*. U pacientů bez významnějších komorbidit (např. CHOPN) není mikrobiologická diagnostika či antibiotická terapie indikována. Kašel obvykle trvá 1 až 3 týdny, ale může perzistovat i po delší dobu. Změna charakteru a barvy sputa není indikací pro iniciaci antibiotické terapie. Léčba je symptomatická, podle lokálních zvyklostí se podávají antipyretika, antitusika či mukolytika, v případě spastických projevů event. bronchodilatancia (19). V klinických studiích bylo prokázáno, že antibiotická terapie nemá vliv na délku trvání symptomů nebo prognózu pacienta (19, 26, 27), a to i u dokumentovaných případů vyvolaných atypickými patogeny.

Zásadní roli hraje vyšetření za účelem vyloučení léčitelných virových infekcí zejména u rizikových pacientů (COVID-19, chřipka) nebo pneumonie pomocí RTG. V rámci diferenciální diagnostiky se stále více uplatňuje také point of care ultrazvuk (POCUS).

Komunitní pneumonie

Definice: Infekce respiračních bronchiolů, plicních alveolů či intersticia vzniklá u osob, které nebyly hospitalizovány v posledních dvou týdnech a diagnóza byla stanovena ambulantně či nejpozději do 2 dnů od přijetí do nemocnice (15, 24).

Pneumonie je klinicky definována jako radiologický nález čerstvých infiltrativních změn v plicním parenchymu a přítomnost nejméně dvou příznaků infekce respiračního traktu (horečka, kašel, dušnost, zvýšená produkce sputa, bolest na hrudi apod.) (15, 19, 24).

V etiologii infekce v dospělém věku se uplatňují především bakterie (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. pneumoniae*, *L. pneumophila*, ale i gramnegativní tyčinky či anaerobní bakterie), avšak podle nových zjištění je značná část případů komunitní pneumonie (až téměř 25 %) vyvolána virem. Z virů se uplatňují zejména chřipka A/B, RSV, hMPV, koronaviry, případně rhinoviry, viry parainfluenza či adenoviry (19, 24, 42). Naopak ukazuje se, že role tzv. atypických bakterií, zejména chlamydií a mykoplazmat, v etiologii komunitní pneumonie byla v minulosti spíše nadhodnocena a mezi hlavní vyvolávající patogeny u dospělých patří *S. pneumoniae*, *H. influenzae* (u pacientů s CHOPN), *S. aureus* (pochřipková pneumonie), *L. pneumophila* a *K. pneumoniae* (43).

V ambulantní praxi je zásadní především stanovit, zda se jedná o případ nekomplikované pneumonie, kterou lze léčit ambulantně, či zda pacient vyžaduje hospitalizaci (19). K tomu lze užít jednoduchý skórovací systém CRB-65, který hodnotí přítomnost následujících faktorů: a) zmatenost, b) tachypnoe (DF 30 a více/min.), c) hypotenze (systolický TK

méně 90 mm Hg nebo diastolický TK méně 60 mm Hg) a d) věk 65 let a více. Pacient, který nesplní žádný z rizikových faktorů, má nízké riziko úmrtí a může být léčen ambulantně. Naopak u pacientů s 3 a 4 body je hospitalizace jednoznačně doporučena. Stav je však vždy nutné posoudit individuálně. Významnou roli může hrát i přítomnost závažného/dekompenzovaného chronického onemocnění. Závažný průběh rovněž může naznačovat přítomnost dalších rizikových symptomů a fyzikálních nálezů, jako je dušnost, cyanóza, saturace hemoglobinu kyslíkem 92 % a nižší, synkopa či hemoptýza (24).

V případě ambulantní léčby je pro pacienty do 65 let věku a bez přidružených komorbidit empiricky doporučena terapie amoxicilinem (500 mg/8 hod./5 dnů), event. při podezření na atypickou etiologii doxycyklin (100 mg/12 hod./5 dnů). U pacientů starších 65 let či s přidruženými komorbiditami (chronické kardiovaskulární onemocnění, onemocnění plic a dýchacích cest, jater, ledvin, diabetes mellitus, asplenie, nádorové onemocnění apod.) je doporučena kombináční terapie amoxicilin/klavulanátem (625 mg/8 hod./5 dnů) s doxycyklinem (100 mg/12 hod./5 dnů). Dávka amoxicilinu může být navýšena podle hmotnosti pacienta a délka terapie prodloužena, pokud pacient není klinicky stabilní 5. den terapie (24).

WHO doporučuje jako lék první volby u nekomplikované pneumonie amoxicilin (1 g po 8 hod. po dobu 5 dnů), event. fenoxymetylpenicilin (800 kIU/6 hod./5 dnů; 1 MIU = 590 mg), případně jako lék druhé volby amoxicilin/klavulanát (1 000 mg/8 hod./5 dnů) či doxycyklin (100 mg/12 hod./5 dnů). V případě pacientů s CRB-65 skóre 2 a více doporučuje zvážit koadministraci beta-laktamu s klaritromycinem (500 mg/12 hod./5 dnů). Délka terapie dle WHO je rovněž stanovena na 5 dnů s možností prodloužení u pacientů, kteří nedosáhnou klinické stability 5. den terapie.

Britská doporučení NICE uvádí u komunitní pneumonie s mírným průběhem (podle klinického úsudku lékaře či při CRB-65: 0) jako lék první volby amoxicilin (500 mg/8 hod./5 dnů), u pacientů se středně závažným průběhem (dle klinického posouzení stavu či při CRB-65: 1–2) amoxicilin (500 mg/8 hod./5 dnů) spolu s klaritromycinem (500 mg/12 hod./5 dnů) v případě podezření na atypickou etiologii (15, 44).

Infekce močových cest a asymptomatická bakteriurie

Infekce močových cest představují společně s respiračními infekcemi dvě nejčastější příčiny antibiotické preskripce v primární péči. Mezi časté chyby, se kterými se v této oblasti setkáváme, patří mylné označení přidružené asymptomatické bakteriurie (ABU) za zdroj infekce u pacienta (zejména u nemocných vyššího věku či s kognitivním deficitem, kdy je obtížné zjistit přesné symptomy) a screening či dokonce terapie asymptomatické bakteriurie u vybraných skupin pacientů, kde není indikována (19, 45–47). Klinické rozhodování je často ovlivněno chybnou interpretací močového nálezu (moč chemicky a sediment). Přítomnost bakterií či leukocytů v moči má poměrně vysokou negativní prediktivní hodnotu, tj. při negativním nálezu je pravděpodobnost infekce močových cest malá. Avšak test má velmi nízkou pozitivní prediktivní hodnotu, tzn. nález leukocytů a bakterií v moči nepotvrzuje přítomnost infekce močových cest (19, 48).