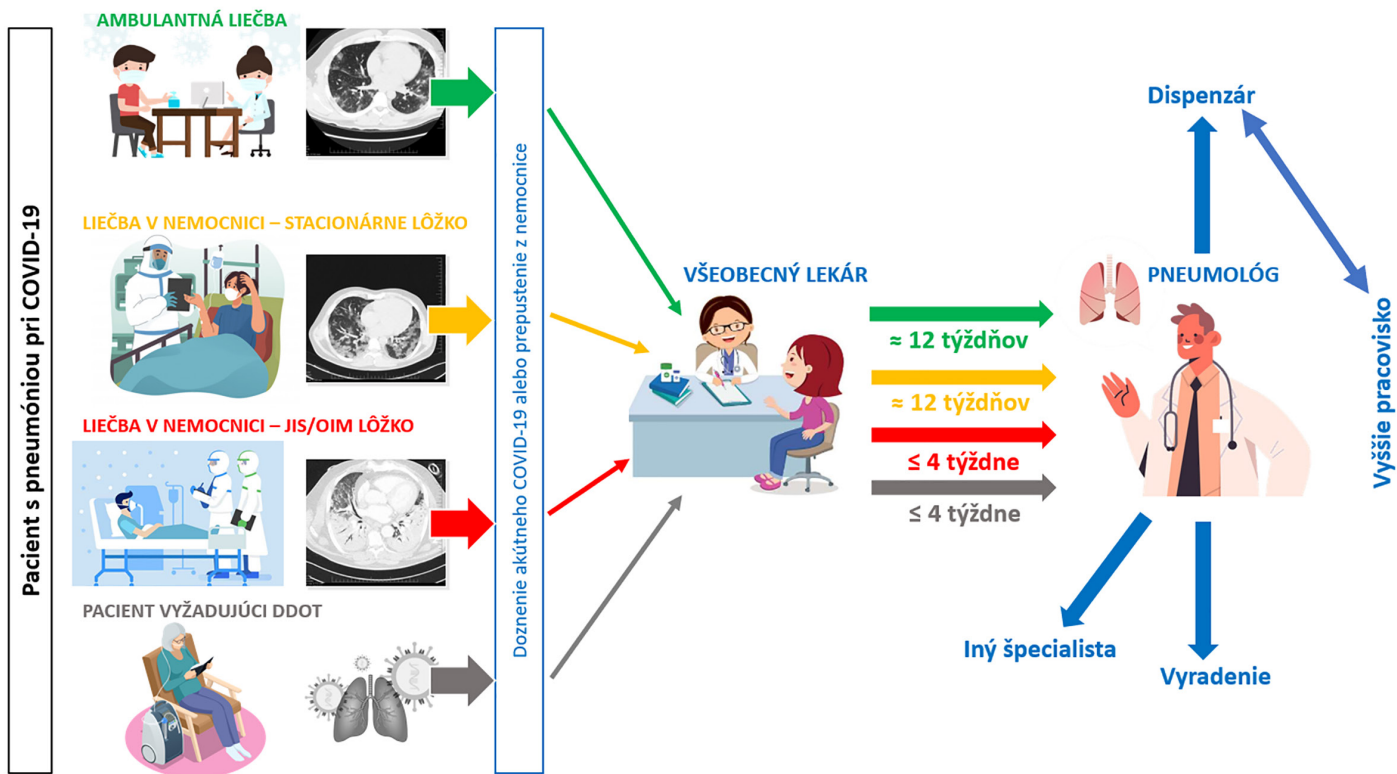


Obr. 2. Organizácia starostlivosti o pacienta po ťažkom priebehu COVID-19 s respiračným postihnutím (23)



DDOT – dlhodobá domáca oxygenoterapia; JIS/OIM – jednotka intenzívnej starostlivosti/oddelenie intenzívnej medicíny

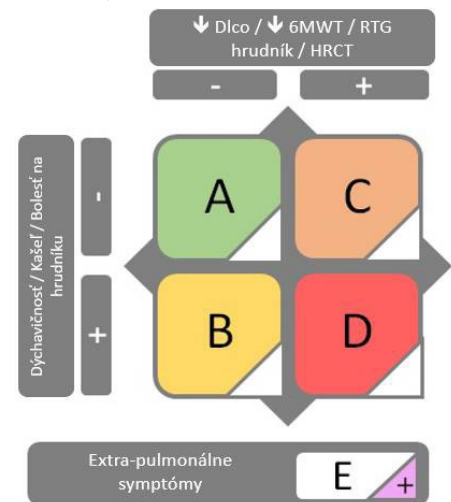
Jedná sa o jednoduchý nástroj, ktorý zdieľa základnú filozofiu napríklad so stratifikačnou / klasifikačnou schémou Chronickej obštrukčnej choroby pľúc podľa iniciatívy GOLD (obrázok 3).

Na tomto mieste však musíme zdôrazniť jeden dôležitý aspekt: najlepšou prevenciou post-COVID-19 pľúcnej fibrózy respektíve iných foriem dlhodobého postihnutia pľúc po ochorení COVID-19 je v prvom rade prevencia nákazy, jej ťažkého priebehu (najúčinnnejšie očkovaním) a včasná účinná liečba v závislosti od štádia ochorenia, v súlade s najnovším stavom poznatkov overených medicínou založenou na dôkazoch (25, 26, 27). Aj to je dôvod, pre ktorý SPFS na svojej webovej stránke a v printovej forme pravidelne aktualizuje návrhy klinického manažmentu s dôrazom na farmakoterapiu (28).

V súčasnosti neexistuje jednoznačný konsenzus ohľadne liečby pacienta s intersticiálnym pľúcny postihnutím alebo post-COVID-19 pľúcnou fibrózou. Systémové kortikoidy môžeme považovať za ľahko dostupné liečivá s univerzálnym protizápalovým a imunomodulačným účinkom a dobre známym bezpečnostným profilom, ktoré preukázali užitočnosť pri viacerých intersticiálnych pľúcnych och-

reniach per se (napríklad pri kryptogénnej organizujúcej sa pneumónii, hypersenzitívnej pneumonitíde v akútnom štádiu, niektorých formách tzv. celulárnych nešpecifických intersticiálnych pneumónií a pod.). Ukázalo sa, že kortikoidy môžu spomaliť progresiu pľúcnej fibrózy prostredníctvom zvýšenia hladiny kalveolínu-1 za súčasnej redukcie hladín TNF α , TGF β a PDGF (platelet-derived growth factor) (29). Existujú rôzne prístupy v oblasti kortikoterapie v kontexte fibrotického postihnutia pri COVID-19. Časť odborníkov zaujíma vyčkávací postoj bez aktívnej liečby, iní pristupujú k podávaniu kortikoidov u pacientov s perzistujúcou hypoxémiou po dobu týždňov až mesiacov (30), alebo sa prikláňajú ku včasnej liečbe vysokými dávkami kortikoidov (13). Pretrvávajúce respiračné zlyhanie viac ako 3 týždne od prepuknutia COVID-19 môže ustúpiť aj po pulznej intravenózne kortikoterapii (31). Ako je zjavné, klinická prax priniesla rôzne prístupy. Bez ohľadu na stratégiu však musíme pripustiť, že klinické dáta podporujúce liečbu kortikoidmi u pacientov s intersticiálnymi pľúcny zmenami v dôsledku ochorenia COVID-19 existujú, hoci pochádzajú z množstva rôzne dizajnovaných klinických štúdií. Pozornosť si z ostatného obdobia zaslúžia najmä dve publikované práce.

Obr. 3. Kombinovaná patologicko-funkčná klasifikácia u pacientov s post-COVID-19 syndrómom s respiračným postihnutím (39)



Myall so spolupracovníkmi sledovala účinnosť a bezpečnosť liečby systémovými kortikoidmi po ukončení hospitalizácie u symptomatických pacientov s verifikovanou pneumonitídou pri infekcii SARS-CoV-2. Pacienti užívali prednizón v maximálnej iniciálnej dávke 0,5 mg/kg telesnej hmotnosti (priemer na začiatku 26,6 mg/deň) s rýchlou detrakčnou schémou počas 3–4 týždňov v závislosti od lokálneho protokolu využívaného pri organizujúcich sa pneumóniách. Popri signifikantnom klinickom a rá-