

Tab. 8. Hygienicko–epidemiologický režim CF nemocných

obecné zásady i mimo prostředí nemocnice	bezpečná vzdálenost mezi CF pacienti 2 metry
	vyvarovat se místům s vysokou koncentrací osob v době respiračních infekcí (MHD, škola)
	užívat ochranné pomůcky (roušky, respirátory)
	dezinfekce rukou antibakteriálními mýdly
	dezinfekce odpadů a WC 1x denně (Savo, Chloramin, Domestos)
	splachování toalety při sklopení krytu sedátka
	riziko stojatých vod (často měnit houbičky na nádobí, vyvarovat se práce s hlínou, květinami, riziko u domácích mazlíčků, zákaz koupání ve stojatých vodách)
	riziko prašného prostředí (stavební a bourací práce, sekání trávy, hrabání listí, manipulace s nahnilými nebo plesnivými potravinami)
	nesdílet s jinými osobami jídlo a pití, používat vlastní příbor ...
ambulace CF centra, hospitalizace v CF centru	nesdílet místnost s nemocným členem rodiny
	důsledná separace pacientů dle typu kolonizace dýchacích cest, izolace pacientů s epidemickými kmeny (<i>Burkholderia cenocepacia</i> ST-32, MRSA, mykobakterium abscessus)
	důsledná separace pacientů od sebe navzájem, v případě hospitalizace pouze 1 pacient s CF na 1 oddělení, izolační pokoj, bariérový režim, vlastní sociální zařízení
	dezinfekce povrchů v ambulanci mezi jednotlivými pacienty, větrání místnosti dostatečně dlouhou dobu
	dezinfekce zdravotnických pomůcek a rukou zdrav. personálu, ochranné pomůcky (respirátory, roušky, jednorázový plášť, rukavice)

Tab. 9. Příznaky plicní exacerbace CF

subjektivní potíže pacienta	zhoršení kašle, zvýšení frekvence, noční kašel změna množství vykašlavaného sputa změna barvy vykašlavaného sputa snížená výkonnost pacienta zhoršení dušnosti únava, nechutenství nemusí být zvýšená teplota
objektivní vyšetření pacienta	nový poslechový nálezn na plicích pokles tělesné hmotnosti nemusí být pokles saturace kyslíku pod 93 %
laboratorní a ostatní vyšetření	nejmí být elevace CRP ani leukocytů různé velký pokles FEV1 nemusí být rtg nálezn nové infiltrace

Tab. 10. Antibiotická léčba plicní exacerbace CF

ambulantní ATB léčba	Staphylococcus aureus amoxicilin-klavulanát a/nebo doxycyklin a/nebo cefuroxim-axetil a/nebo klindamycin
	MRSA linezolid a/nebo co-trimoxazol a/nebo doxycyklin a/nebo ofloxacin
	Pseudomonas aeruginosa ciprofloxacin + tobramycin ciprofloxacin + colomycin
	Burkholderia cepacia ciprofloxacin + doxycyklin cefuroxim-axetil + co-trimoxazol amoxicilin-klavulanát + co-trimoxazol
ATB léčba za hospitalizace	meropenem + amikacin/gentamicin ceftazidim + amikacin/gentamicin piperacilin/tazobactam + amikacin/gentamicin linezolid + meropenem

cin + p. o. azitromycin, následuje pokračovací fáze (1 rok) p. o. azitromycin + linezolid + inhal. amikacin. U ostatních gramnegativních patogenů je eradikační terapie zahájena tehdy, pokud je spojena s projevy akutní exacerbace CF. V případě stabilizovaného stavu pacienta eradikační terapii neindikujeme (11).

Chronickou supresivní léčbu indikujeme pouze u pacientů s kolonizací dýchacích cest patogenem *Pseudomonas aeruginosa*. Jedná se o dlouhodobou, prakticky doživotní léčbu, kterou ukončujeme pouze v případě výskytu klinicky významných známek intolerance této léčby. Indikujeme nebulizační podání tobramycinu cyklicky (cykly 28 dnů inhalace / 28 dnů pauza) nebo kolistinu denně, popřípadě můžeme tyto léčivé přípravky kombinovat (ve 28denní pauze mezi inhalováním tobramycinu pacient inhaluje kolistin). V dospělém věku prakticky upouštíme od pravidelné profylaktické intravenózní antibiotické terapie, kterou nahrazuje i. v. antibiotická léčba nestabilních pacientů v době plicní exacerbace.

Léčba plicní exacerbace vyžaduje cílené podání antibiotik dle posledního mikrobiologického vyšetření sputa před zahájením této ATB léčby. Je vhodné provést i PCR diagnostiku ze sputa. Antibiotiky léčíme každou plicní exacerbaci. Standardní doba léčby antibiotiky je 10 dnů, dle klinického stavu může být prodloužena na 3 týdny nebo až do vymizení klinických příznaků či markerů zánětu. Volíme zásadně **dávkování na horní hranici dávkovacího rozmezí**, ideálně volíme kombinovanou ATB terapii (Tab. 10, 11). V případě poklesu saturace kyslíku pod 93 %, tachykardie či dušnosti je indikována intravenózní kombinovaná ATB léčba pacienta za hospitalizace (Tab. 10). Po dobu hospitalizace monitorujeme nejenom klinickou odpověď pacienta na léčbu (kontrola laboratorních parametrů zánětu alespoň 1x týdně, kontrola plicních funkcí a pravidelné mikrobiologické vyšetření sputa), ale sledujeme i **sérové hladiny antibiotik** a dle těchto hodnot pak upravujeme dávku a dávkovací interval podávaných antibiotik. V případě selhání ATB terapie je nutné vyloučit poddávkování antibiotiky, vzhledem k vysoké clearance mnohdy musíme volit i kontinuální podávání ATB. V případě neúspěchu pak indikujeme změnu ATB terapie. V době plicní exacerbace, ať již léčené ambulantně