

došlo k rozšíření kožního nálezu na celý obličej, na uši, krk a zátylek a byl přijat k léčbě za hospitalizace (Obr. 2).

U pacienta nebyly přítomny žádné celkové známky infekce, neměl zvětšené regionální lymfatické uzliny, hodnoty krevního obrazu a zánětlivých parametrů byly zcela v normě. Kultivací byl opětovně potvrzen MRSA, citlivý na všechna běžně používaná lokální antibiotika a pro absenci známek celkové infekce byla zvolena intenzivní lokální léčba dle předchozích doporučení mikrobiologa.

K odstranění krust jsme použili obklady s roztokem polihexanidu, k podpoře hojení

Obr. 1. Lokální nález v den přijetí do lůžkové péče



a dezinfekci zásaditý antibakteriální gel a na ložiska impetiga jsme dvakrát denně aplikovali 4% chloramfenikol v masti. Do očí jsme aplikovali třikrát denně tobramycinové kapky a pacient pokračoval v nanášení nazálního mupirocinu do obou nosních dírek. Na této léčbě došlo k velmi rychlému hojení, po šesti dnech léčby přetrvávaly již pouze hyperpigmentovaná ložiska krku a šíje, jinak byl pacient zcela bez kožních projevů (Obr. 3).

Vzhledem k rychlému zhojení jsme měli podezření na zdroj infekce v domácím prostředí, který velmi pravděpodobně perzistoval a způsoboval opakující se ataky impetiga. Pacient byl při propuštění domů poučen o nutnosti hygienických opatření včetně likvidace holíčích strojků a dalších osobních potřeb, které přicházely po celou dobu infekce do kontaktu s jeho kůží.

Diskuze

Impetigo je bakteriální infekční kožní onemocnění způsobené zlatým stafylokokem, pyogenním streptokokem, nebo velmi vzácně jinými beta-hemolytickými streptokoky (skupina A, C a G). U nebulózního impetiga je v 80 % původcem *S. aureus*, v 10 % *Strep. pyogenes* a v 10 % kombinace obou. U bulózního impetiga je původcem vždy *S. aureus* produkující exfoliatin nebo epidermolytický toxin A nebo B (1, 2).

Je nejčastějším kožním infekčním onemocněním dětského věku, pro svou vy-

sokou infekčnost však může postihovat pacienty všech socioekonomických vrstev bez ohledu na věk a přidružené diagnózy. Predisponujícími faktory vzniku impetiga je přítomnost jiných kožních nemocí, typicky atopický ekzém, případně svrab, u kterých je porušena kožní bariéra, dalšími skupinami, více ohroženými vznikem a těžkým průběhem impetiga, jsou polymorbidní pacienti, pacienti s imunodeficitem a lidé s nízkým hygienickým standardem (1, 2).

Diagnózu impetiga stanovujeme podle typického klinického obrazu, při refrakterním onemocnění, recidivách a závažném průběhu volíme kultivaci. Při průkazu *Strep. pyogenes* je vhodné za 2–4 týdny po prodělaném onemocnění stanovení hladin ASLO protilátek, případně odběr moči k vyloučení možné poststreptokokové glomerulonefritidy (1, 2). Tato komplikace se však rozvine jen asi v 5 % a to zejména u dětských pacientů (2).

Projevy nebulózního impetiga začínají jako drobné vezikuly nebo pustuly, rychle praskají a pokrývají se medově žlutými krustami. Projevy jsou nebolestivé, při nekomplikovaném průběhu bez celkových příznaků, regionální lymfadenopatie bývá až v 90 % případů. U bulózního impetiga vidíme plihé, číré nebo zkalené puchýře, které jsou lokalizovány především v intertrigách, často s progresí i na břicho. Buly jsou izolované nebo ve skupinkách, často se satelitními ložisky. Při nekomplikovaném průběhu trvá onemocnění

Obr. 2. Rozsah postižení před léčbou za hospitalizace v říjnu 2023

