

Obr. 3. Pacient po 6 dnech léčby



7–10 dní a vzhledem k tomu, že projevy nepronikají dermoepidermální juncí, se odhojuje bez zjív.

Diferenciální diagnóza u nebulózního impetiga zahrnuje virové exantémy, varicellu, herpes zoster, herpes simplex, kožní mykózy. U bulózního impetiga může dojít k záměně s popáleninou, reakcí na poštipání hmyzem, kontaktní dermatitidou, vzácněji s dermatitis herpetiformis Duhring, pemphigem, nebo pemphigoidem (1, 2).

Léčba nekomplikovaných případů je lokální, po odstranění krust keratolytiky, aplikujeme 3× denně po dobu 5–7 dnů antibiotické masti (mupirocin, kyselinu fusidovou, neomycin/bacitracin), nebo magistraliter chloramfenikolovu mast (1). Celkovou léčbu volíme u rozsáhlých či recidivujících forem, u pacientů s imunopresí nebo systémovými známkami infekce. U stafylokokových infekcí nebo infekce bez prokázání agens amoxicilin/kyselina klavulanová (1 g, u dětí dle hmotnosti, à 8–12 hodin po dobu 5–7 dnů). U streptokokových infekcí je lékem volby vždy penicilin (fenoxymetylpenicilin 1,5 MIU, u dětí dle hmotnosti, à 8 hodin po dobu 5–

dnů), při alergii na penicilínová antibiotika je v obou případech doporučen klindamycin (300–600 mg, u dětí dle hmotnosti, co 6–8 hodin po dobu 5–7 dnů) (3).

### MRSA a impetigo

Při kultivační pozitivitě MRSA je jednoznačně doporučena konzultace s lékařem regionálního mikrobiologického střediska, do jehož laboratoře jsme vzorek odesílali ke kultivaci, který doporučí nejvhodnější antibiotickou léčbu dle aktuální epidemiologické situace v dané oblasti. Výskyt nového případu infekce meticilin-rezistentním stafylokokem podléhá povinnému hlášení, které v čase tvorby článku, při laboratorním nálezu spadá do kompetence mikrobiologa (3, 5). Léčba MRSA pozitivního impetiga se nijak neliší od léčby běžného stafylokokového impetiga, bývá dobrá citlivost na většinu běžně používaných antibiotik k lokální aplikaci, při podání celkové antibiotické léčby se jednoznačně řídíme výsledkem kultivace, v případě, že tuto nemáme k dispozici, je empiricky nejvhodnější předepsat klindamycin (2, 4). Preventivní intranazální dekontaminace pro eliminaci no-

sičství zlatého stafylokoku při recidivujícím impetigu platí ve stejné formě i pro kmeny MRSA. Aplikujeme nazální formu mupirocinu 2× denně po dobu 5 dnů (2, 3). Dlouhodobá aplikace při opakovaném pozitivním výtěru však není indikovaná, Australská studie publikovaná v roce 2014 nepotvrdila možnou asociaci mezi nazálním nosičstvím a kožními infekcemi způsobenými zlatým stafylokokem u dětí (6).

### Závěr

Impetigo je častým, ve většině případů nekomplikovaným sezónním onemocněním. Malé léze se obvykle spontánně vyléčí do 10 dnů bez podání antibiotik, k urychlení průběhu nemoci však využíváme antibiotickou lokální či systémovou léčbu, při zjištění pozitivitě MRSA léčíme vždy po konzultaci s mikrobiologem.

Prevencí infekce je adekvátní hygiena pro zabránění autoinokulace nebo přenosu mezi osobami a odstranění případných rezervoárů patogena například v hygienických potřebách, tak jak tomu pravděpodobně bylo i v případě našeho pacienta.

### LITERATURA

1. Polášková S. Impetigo vulgaris. Dermatol. praxi. 2008;2(2):60-62.
2. Nardi NM, Schaefer TJ. Impetigo. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430974/>.
3. Žemličková H, Halačová M, Nyč O, et al. Impetigo. Dopor-

ručené postupy. In: splm.cz [Internet]. 2023 Oct 09. [cited 2024 Feb 18]. Available from: <https://www.splm.cz/doporucene-postupy>.

4. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2014 Aug 15;90(4):229-35. PMID: 25250996.

Další literatura u autorky  
a na [www.dermatologiepropraxi.cz](http://www.dermatologiepropraxi.cz)