

tendenci lidské mysli vázat se na „psychologicky“ komfortní počty vyplývající z běžné zkušenosti (pět prstů na ruku, sedm dní v týdnu, zaokrouhlování „nahoru“) (7).

V posledních letech se začínají objevovat relativně přesvědčivá odborná data o bezpečnosti zkrácování antibiotické terapie u řady bakteriálních infekcí. Pro tento trend se dokonce vžilo v USA heslo „shorter is better“ (volně přeloženo jako „kratší doba terapie je lepší“), což má evokovat porovnatelný účinek (non-inferioritu) kratších antibiotických režimů a zároveň nižší riziko rozvoje rezistence a nežádoucích účinků (proto „lepší“) (8, 9, 10). Přehled dat u vybraných klinických jednotek je k dispozici v tabulce 1. Na základě těchto dat se zkrácené režimy začínají objevovat i v různých odborných doporučeních (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). V dalším textu jsou uvedeny podrobnosti o pneumonii, infekcích močových cest a infekcích kůže.

Bezpečné zkrácení antibiotické terapie je pouze jednou součástí tzv. antibiotického stewardshipu. Mezi další zásady patří podávání antibiotik ve správných situacích (tedy pouze na bakteriální infekce) a volba správných antibiotik ve správné dávce a správném dávkovacím intervalu. Pro úplnost

je nutné dodat, že v některých situacích je namísto léčit antibiotiky delší dobu. Týká se to zejména imunokompromitovaných pacientů (s imunodeficitem nebo imunosupresí) či léčby specifických infekcí, jako jsou spondylodiscitidy, infekční endokarditidy a mozkové abscesy.

Komunitní pneumonie

V případě komunitní bakteriální pneumonie je dosud k dispozici 14 randomizovaných kontrolovaných klinických studií, kterých se účastnilo přes 8 700 pacientů (dětí i dospělých). Ve všech těchto studiích vychází konzistentně srovnatelná účinnost kratších léčebných režimů (3–5 dní) v porovnání s delšími kůrami (5–14 dní). Ve studiích byli zařazeni ambulantní i hospitalizovaní pacienti s pneumonií vyvolanou různými původci, kteří byli léčeni různými antibiotickými režimy. V některých studiích byl u pacientů léčených kratší dobu prokázán nižší výskyt nežádoucích účinků a nižší výskyt rezistentních bakteriálních kmenů. Podrobnosti jsou uvedeny v tabulce 2, zahrnuty jsou pouze studie, které byly provedeny u dospělých pacientů. Další detaily, včetně popisu pediatrických studií lze nalézt ve zdroji (10).

Tab. 1. Porovnání kratší a delší antibiotické léčby u vybraných klinických jednotek, upraveno podle zdroje (10)

Diagnóza	Kratší léčba (dny)	Delší léčba (dny)	Výsledek	Počet RCT
Komunitní pneumonie	3–5	5–14	Srovnatelný	14
Ventilátorová pneumonie	5–8	10–15	Srovnatelný	3
Komplikované IMC, včetně pyelonefritidy	5–7	10–14	Srovnatelný	11
Infekce kůže a měkkých tkání	5–6	10	Srovnatelný	4
Gramnegativní bakteremie	7	14	Srovnatelný	3
Osteomyelitida a spondylodiscitida	42	84	Srovnatelný	2
Perioperační profylaxe	0–1	1–5	Srovnatelný	55

RCT: randomizovaná kontrolovaná klinická studie, IMC: infekce močových cest

Tab. 2. Randomizované klinické studie hodnotící zkrácené antibiotické režimy u komunitní pneumonie, upraveno podle zdroje (10)

Studie	Popis studie	Výsledek
Dunbar LM, Khashab MM, Kahn JB, et al. Efficacy of 750-mg, 5-day levofloxacin in the treatment of community-acquired pneumonia caused by atypical pathogens. <i>Current medical research and opinion</i> 2004; 20(4): 555-63.	Randomizovaná placebem, kontrolovaná klinická studie. Levofloxacin 750 mg p. o. à 24 hodin 5 dní (n = 66) versus levofloxacin 500 mg p. o. à 24 hodin 10 dní (n = 57).	Stejná účinnost obou režimů. Rychlejší ústup symptomů u režimu s vyšší dávkou a kratší dobou léčby.
el Moussaoui R, de Borgie CA, van den Broek P, et al. Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study. <i>Bmj</i> 2006; 332(7554): 1355.	Randomizovaná placebem kontrolovaná klinická studie. Hospitalizovaní pacienti, s klinickým zlepšením 3. den terapie amoxicilinem (1000 mg i. v. à 6 hodin), randomizace na dvě skupiny: amoxicilin 750 mg p. o. à 8 hodin (n = 63) nebo placebo (n = 56) na 5 dní.	Non-inferiorita 3denní léčby amoxicilinem v porovnání s 8denní léčbou.
Zhao X, Wu JF, Xiu QY, et al. A randomized controlled clinical trial of levofloxacin 750 mg versus 500 mg intravenous infusion in the treatment of community-acquired pneumonia. <i>Diagn Microbiol Infect Dis.</i> 2014; 80(2): 141-7.	Randomizovaná placebem kontrolovaná klinická studie. Hospitalizovaní pacienti, levofloxacin 750 mg i. v. à 24 hodin 5 dní (n = 121) versus levofloxacin 500 mg i. v. à 24 hodin 7–14 dní (n = 120).	Non-inferiorita 5denní léčby levofloxacinem (ve vyšší dávce) v porovnání s delší léčbou (v nižší dávce).
Uranga A, Espana PP, Bilbao A, et al. Duration of Antibiotic Treatment in Community-Acquired Pneumonia: A Multicenter Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Internal Medicine.</i> 2016; 176(9): 1257-65.	Randomizovaná klinická studie. Intervenční skupina (n = 162): ATB terapie ukončena, pokud byl pacient afebrilní a klinicky stabilní. Kontrolní skupina (n = 150): Délka ATB terapie byla stanovena ošetřujícím lékařem. 80 % pacientů v obou skupinách bylo léčeno fluorochinolony.	Non-inferiorita 5denní léčby ve srovnání s kontrolní skupinou (medián doby léčby 10 dní).
Dinh A, Ropers J, Duran C, et al. Discontinuing β -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial. <i>Lancet.</i> 2021;397:1195-1203.	Randomizovaná placebem kontrolovaná klinická studie. Amoxicilin klavulanát (1000 + 125 mg) 3 dny + 5 dní placebo (n = 157) versus amoxicilin klavulanát 8 dní (n = 153).	Non-inferiorita 3denní léčby amoxicilinem klavulanátem ve srovnání s 8denní léčbou.