

Tab. 4. Randomizované klinické studie hodnotící zkrácené antibiotické režimy u infekcí kůže a měkkých tkání, upraveno podle zdroje (10)

Studie	Popis studie	Výsledek
Hepburn MJ, Dooley DP, Skidmore PJ, et al. Comparison of short-course (5 days) and standard (10 days) treatment for uncomplicated cellulitis. Arch Intern Med 2004; 164(15): 1669-74.	Randomizovaná placebem kontrolovaná klinická studie. Pacient s flegmónou (celulitidou). Levofloxacin 500 mg denně 5 dní plus placebo 5 dní (n = 44), versus levofloxacin 10 dní (n = 43).	Srovnatelný klinický účinek.
Prokocimer P, De Anda C, Fang E, et al. Tedizolid phosphate vs linezolid for treatment of acute bacterial skin and skin structure infections: the ESTABLISH-1 randomized trial. JAMA:2013; 309(6): 559-69.	Randomizovaná placebem kontrolovaná klinická studie. Pacienti s flegmónou, erysipemem, kožním abscesem nebo infekcí rány. Tedizolid 200 mg denně 6 dní (n = 332) versus linezolid 600 mg 2x denně 10 dní (n = 335).	Noninferiorita kratšího režimu ve srovnání s delším režimem.
Moran GJ, Fang E, Corey GR, et al. Tedizolid for 6 days versus linezolid for 10 days for acute bacterial skin and skin-structure infections (ESTABLISH-2): a randomised, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. Lancet Infect Dis 2014; 14(8): 696-705.	Podobně jako předchozí studie.	Noninferiorita kratšího režimu ve srovnání s delším režimem.
Cranendonk DR, Opmeer BC, van Agtmael MA, et al. Antibiotic treatment for 6 days versus 12 days in patients with severe cellulitis: a multicentre randomised, double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial. Clin Microbiol Infect 2019; 26(5):606-612.	Randomizovaná placebem kontrolovaná klinická studie. Pacient s flegmónou. Flukloxacilin 1 g i. v. à 6 hodin 6 dní (s možností převedení na p. o. dle lékaře) plus 6 dní placebo (n = 73) versus flukloxacilin i. v. 6 dní (s možností převedení na p. o. dle lékaře) plus flukloxacilin 500 mg p. o. à 6 hodin 6 dní (n = 76).	Noninferiorita nemohla být potvrzena ani vyvrácena. U pacientů s kratším režimem častější pozdní relaps infekce (do 90 dnů od vyléčení).

odběr moči na kultivaci, v případě těžšího průběhu i hemokultur) a pátrat po komplikacích (obstrukce močových cest, sexuálně přenosná infekce, prostatitida, neinfekční příčina atd.).

Praktické doporučení 2:

U pacientů s akutní pyelonefritidou nebo komplikovanou infekcí močových cest je možné ukončit antibiotickou terapii po 7 dnech, pokud je pacient klinicky stabilní, afebrilní, bez komplikací a s významným poklesem zánětlivých parametrů (leukocyty, CRP, prokalcitonin).

měl být proveden odběr klinického materiálu na kultivaci, což však v případě erysipelu většinou není možné) a pátrat po komplikacích (absces, hluboké infekce měkkých tkání, neinfekční příčina atd.).

Praktické doporučení 3:

U pacientů s infekcemi kůže a měkkých tkání je možné ukončit antibiotickou terapii po 7 dnech, pokud je pacient klinicky stabilní, afebrilní, s alespoň částečnou regresí lokálního kožního nálezu, bez komplikací a s významným poklesem zánětlivých parametrů (leukocyty, CRP, prokalcitonin).

Infekce kůže a měkkých tkání

Infekce kůže a měkkých tkání je nesourodou klinickou jednotkou, která obsahuje mimo jiné erysipel, flegmónu, kožní absces a infekce chirurgických ran. Dostupné studie naznačují non-inferioritu kratších léčebných režimů při použití fluorochinolonů nebo oxazolidinonů. To však nejsou antibiotika volby na infekce kůže a měkkých tkání v podmínkách ČR (doporučena jsou beta-laktamová antibiotika). Jediná studie porovnávací kratší a delší léčbu flukloxacilinem vyšla s nejasným závěrem. V tabulce 4 jsou shrnuty dostupné randomizované studie porovnávací kratší a delší antibiotické režimy u infekcí kůže a měkkých tkání.

U vybraných skupin pacientů s infekcemi kůže a měkkých tkání (viz Praktické doporučení 3) může být kratší doba léčby minimálně stejně účinná jako tradiční protrahovaná léčba, ale dat je zatím relativně málo. U pacientů s nedostatečnou odpovědí na léčbu je vhodné ověřit citlivost etiologického agens (před zahájením antibiotické léčby by

Závěr

Antibiotickou terapii běžných bakteriálních infekcí lze u vybraných skupin pacientů bezpečně zkrátit. Délka antibiotické terapie byla tradičně doporučována v násobcích pěti nebo sedmi (např. 10 dní, 14 dní). Ukazuje se, že s násobením to není nutné přehánět a že si v řadě případů „vystačíme“ pouze s jedním násobkem (tedy 5–7 dní). Je však nutný individuální přístup. U pacienta, který zůstává febrilní, je klinicky nestabilní a jehož zánětlivé parametry stoupají nebo neklesají, je namístě intenzivní pátrání po příčině tohoto stavu (rezistentní bakteriální kmen, nesanovaný infekční fokus, neinfekční příčina potíží atd.). Racionální přístup k antibiotické terapii doplňuje správný empirický výběr antibiotika (dle lokálních doporučených postupů), správné dávkování a úprava léčby na základě mikrobiologického nálezu – většinou je možné terapii de-eskalovat, tedy použít antibiotikum s užším spektrem účinku.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

- Gude SS, Gopal SV, Ramesh HM, et al. Unraveling the Nature of Antibiotics: Is It a Cure or a New Hurdle to the Patient Treatment? Cureus. 2022 Apr; 14(4): e23955.
- Lipsitch M, Samore MH. Antimicrobial use and antimicrobial resistance: a population perspective. Emerg Infect Dis. 2002;8(4):347-54.

- ECDC. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) – Annual Epidemiological Report for 2022. 2023-10-17 [cit. 2024-06-17]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-consumption-europe-2022>.