nasazen Klacid. Následujícího dne byla z mikrobiologie hlášena pozitivita *Streptococcus pyogenes*, následně sehnán a do terapie přidán Ospen. Sedmý den od výsevu byl chlapec pro výraznou progresi flegmóny odeslán k hospitalizaci. Při příjmu byl patrný rozsáhlý flegmonózní erytém na přední ploše hrudníku s přesahem na obě ramena a oblast levé paže (Obr. 1), omezená hybnost levé horní končetiny, v laboratoři přítomná elevace zánětlivých parametrů – CRP 300,5 mg/l, prokalcitonin 3,13 µl/l, leukocytóza 53,2. Pacient byl po zajištění intravenózními antibiotiky (Penicilin G, Linezolid) přeložen na Kliniku infekčních nemocí Fakultní nemocnice Bulovka, kde byl léčen celkem 20 dní. Průběh léčby byl komplikován ohraničením zánětlivého procesu nad levou klíční kostí.

Ve druhém případě se u šestileté, doposud zdravé dívky s planými neštovicemi, objevily třetí den od začátku výsevu teploty s maximem 39 °C, provázené tvorbou nového plošného exantému na zádech imitujícího pásový opar. Pátý den se přes pokles teplot objevila porucha příjmu tekutin a porucha spánku. Následné zdánlivé zlepšení klinického stavu s obnovením příjmu tekutin vedlo k odložení doporučeného vyšetření na dětském oddělení po návštěvě kožní ambulance. Šestý den od začátku výsevu byla dívka ve večerních hodinách přivezena rodiči do nemocnice pro apatii, blouznění a poruchu kontaktu. Vstupně byla přítomná mydriáza nereagující na osvit a lividní skvrny difuzně po těle. Po velmi krátkém čase došlo k bradykardii a následné srdeční zástavě. Přes veškerou resuscitační péči byl konstatován exitus letalis. Ze sekčního materiálu (výtěr z krku, nosu a bul na zádech) byl prokázán masivně *Streptococcus pyogenes*. U mladšího sourozence bez výrazné kliniky se ve výtěru z krku dodatečně prokázal masivně *Streptococcus pyogenes*.

Obr. 1. *Rozáhlá flegmóna hrudníku po impetiginizaci varicelly Streptococcus pyogenes*

Oba případy korespondují taktéž s již dříve vysloveným varováním na stránkách ECDC, že děti s virovými infekcemi, jako jsou plané neštovice nebo chřipka, jsou vystaveny vyššímu riziku rozvoje závažných streptokokových infekcí a že jejich včasné rozpoznání a rychlé zahájení specifické a podpůrné léčby může pacientům zachránit život (6). U obou případů byla následným vyšetřením vzorků v NRL pro streptokokové nákazy potvrzen emm 12 typ *Streptococcus pyogenes*. Obecně je zastoupení tohoto typu v souborech pacientů s iGAS a planými neštovicemi významné (14).

Příčiny zvýšeného výskytu iGAS

Zvýšený výskyt streptokokových onemocnění včetně invazivních forem je jednoznačně dáván do souvislosti s proběhlou pandemií covidu-19 a opatřeními, která byla v té době přijata. Hovoří se o nedostatečném tréninku vrozené imunity v důsledku snížené cirkulace respiračních patogenů u dětí a o takzvaném „imunitním dluhu" (15).

Dostupná evropská data ukazují, že za vzestupem v počtu iGAS nestojí nový či specifický kmen *Streptococcus pyogenes*. Rovněž nebylo zaznamenáno zvýšení rezistence pyogenních streptokoků k penicilinu (9). Lze předpokládat, že v současném trendu iGAS hraje roli též problematická dostupnost penicilinu jako léku první volby. Ten bývá nahrazován širokospektrými nebo bakteriostatickými a v některých případech i z hlediska rezistence neúčinnými antibiotiky (10).

Doporučení k léčbě streptokokových nákaz

Penicilin zůstává i nadále nejúčinnějším antibiotikem k léčbě streptokokových nákaz. Platí to pro všechny formy GAS infekcí. Stejně jako doposud je důležité kriticky posuzovat nutnost nasazení antibiotické terapie v případech pravděpodobně virové etiologie tonzilitidy bez rizikových faktorů. Při suspekci na bakteriální původ infekce doporučujeme s ohledem na aktuální situaci nasazení vhodné