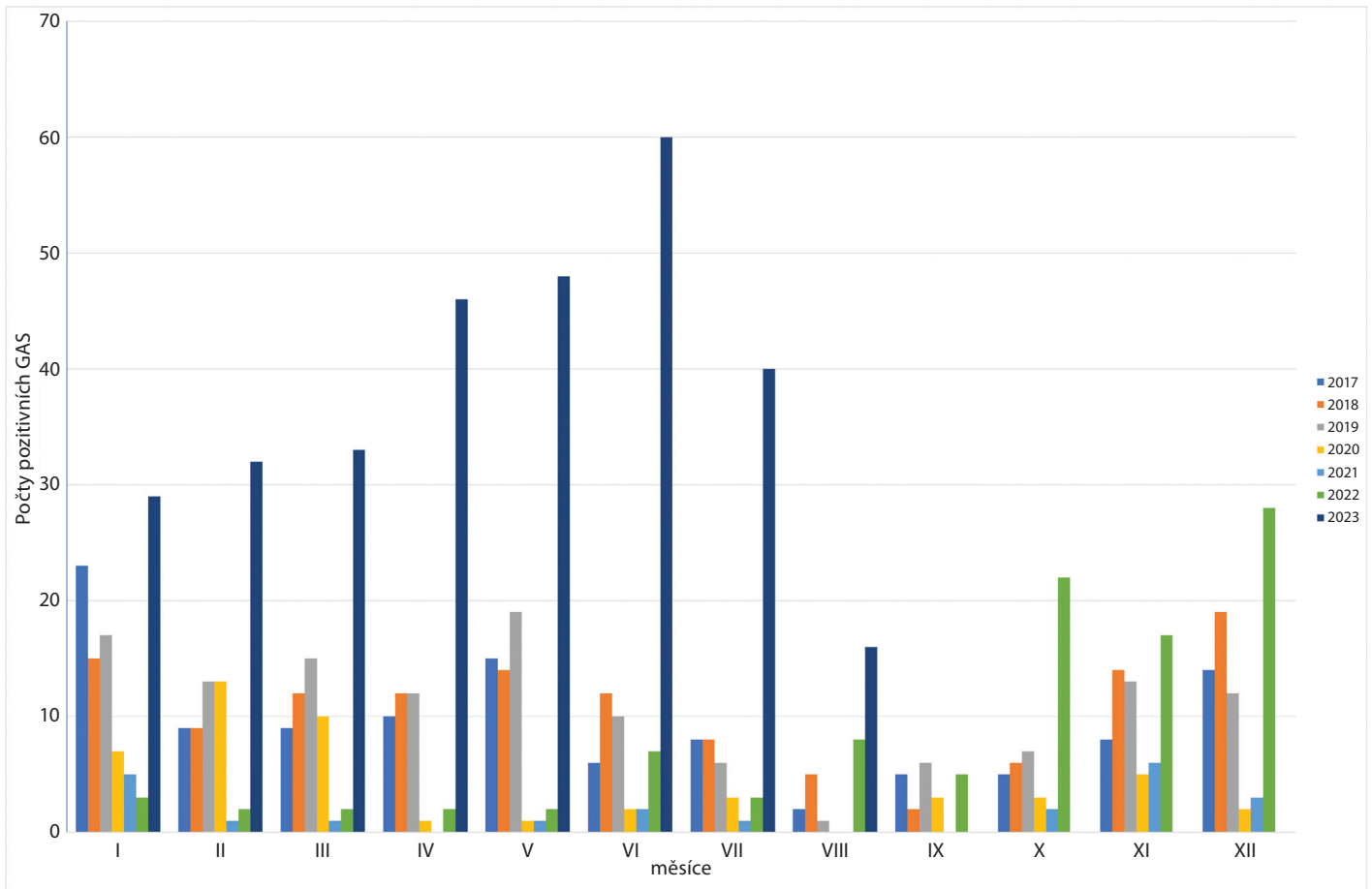


**Graf 1.** Sloupcový graf znázorňující troj až čtyřnásobný vzestup infekcí způsobené *Streptococcus pyogenes* u dětí do 18 let oproti předcovidovým letům (2017–2019) ve Fakultní nemocnici Olomouc



na JIP častěji LRTI (39% vs. 8%), infekci bez ložiska (22% vs. 8%) a intrakraniální infekci (9% vs. 3%); a byli mladší (medián 40 měsíců). Šest pacientů (2%) na jednotce PICU zemřelo. Více pacientů bylo přijato v zimě a na jaře ( $p < 0,001$ ). Míra úmrtnosti na infekce spojené s etiologií *Streptococcus pyogenes* se v literatuře značně liší od 0% do 19% (21).

U 5letého chlapce se spálovou angínou, doporučil PLDD léčbu V-penicilinem po dobu 10 dnů. Průběh onemocnění byl neobvyklý, horečky po antipyreticích ani po ATB léčbě se neupravily a trvaly do konce prvního týdne, další dva dny byl chlapec bez teplot a celkově se zlepšil. Další den došlo ke zhoršení stavu, znovu výstup vysokých teplot do 39°C, stěžoval si na bolest dolních končetin, dráždivě kašlal, v laboratoři došlo k elevaci zánětlivých parametrů a začal „zvláště pokřiveně chodit“. Vyhledával úlevovou polohu. Jeho potíže objasnil prostý snímek plic, který prokázal homogenní zastření pravé poloviny hrudníku výpotkem v pleurální dutině. Před zahájením léčby byl proveden odběr krve na mikrobiolo-

gické vyšetření (hemokultivace) s negativním nálezem. Pro rozvoj respirační tísně byl pacient přeložen na JIRP dětské kliniky. Zahájena byla oxygenoterapie a hrudní sání. ATB léčba byla, rozšířená o i.v. cefalosporiny 3. generace, gentamycin a makrolidy do negativních výsledků PCR testů na atypické pneumonie. Slabě pozitivní byly adenoviry, ze stěru nosohltanu byl PCR metodou prokázán *Streptococcus pneumoniae*. Hemokultivace (při ATB léčbě) stejně jako opakované kultivace pleurálního výpotku byly sterilní. Když délku léčby včetně rekonvalescence a rozsahu plicního postižení porovnáme s pacientkou s pleuropneumonií/empyémem a s pozitivním nálezem *Streptococcus pyogenes* v pleurálním výpotku, průběh onemocnění 5letého chlapce byl výrazně kratší (10 dnů na JIPR) a rekonvalescence probíhala mnohem rychleji. Dětská radioložka použila pro odlišení obou pleurálních výpotků (u dívky **empyém**) u chlapce **fluidothorax**.

Zánět je jednou z hlavních fyziologických reakcí na infekční onemocnění, který může mít

za následek „vedlejší škody“. I když je infekční agens eliminováno, zánětlivá reakce může být opožděná a vést k postinfekční zánětlivé reakci (**Post-infectious inflammatory reaction PIIR**). Nedávno byla zveřejněna souvislost mezi novým dětským zánětlivým onemocněním a SARS-CoV-2, která byla označena jako dětský zánětlivý multisystémový syndrom časově spojený se SARS-CoV-2 (PIMS-TS) nebo multisystémový zánětlivý syndrom (u dětí) (MIS-C) (22). PIIR zahrnuje široké spektrum projevů podle etiologického agens. Nedávno byl popsán například multisystémový zánětlivý syndrom u dětí s infekcí **CO**rona**VI**rus **D**iseases **2019** nebo postinfekční reakce, které byly zaznamenány u infekcí způsobených streptokokem skupiny A (23). Když porovnáme rizikové faktory pro rozvoj PIIR dle Abrahamové P et al. byl medián pro rozvoje všech zařazených PIIR dětských pacientů od začátku onemocnění 8 dnů (5–12), stejně jako u našeho pacienta. Čas mezi rozvojem PIIR a počtem dnů s apyrexii byl v souboru PIIR 3 dny (2–5), u našeho pacienta 2 dny. Maximum teplot u PIIR pacientů