

ho typu hojení rány, prodloužení hospitalizace, nárůst nákladů na terapii apod.) (2, 3).

Podobně jako i u jiných kriticky nemocných pacientů je také u pacientů s termickým traumatem každoročně zaznamenáván neuspokojivý trend nárůstu prevalence rezistentních kmenů bakterií. Tento trend akceleroval zejména v poslední dekádě. Důsledkem je mnohdy velmi obtížná volba optimální a efektivní antimikrobiální strategie.

Rychlost zavádění nových antimikrobiálních přípravků do klinické praxe nekorresponduje s trendem nárůstu rezistence jednotlivých potenciálně patogenních mikroorganismů. Jako zcela zásadní se tento problém jeví zejména v oblasti gramnegativního spektra bakterií *Pseudomonas aeruginosa* spolu se zástupci čeledi *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella sp.*, *Citrobacter sp.*, *Enterobacter sp.*, aj.).

Ceftolozan/tazobactam představuje novou kombinaci betalaktamu s inhibitorem betalaktamázy (4). In vitro aktivita tohoto antibiotika zahrnuje jak kmeny enterobakterií včetně kmenů produkujících širokospektré betalaktamázy (in vitro byla prokázána inhibice některých tříd širokospektrých betalaktamáz), tak také citlivé multirezistentní kmeny *Pseudomonas aeruginosa*.

Základní indikací pro terapii tímto cefalosporinem jsou komplikované nitrobršňní infekce (cIAI – complicated intraabdominal infection) a komplikované infekce močového systému (cUTI – complicated urinary tract infection). V obou indikacích byla reportována efektivita kolem 80 % (5).

V kazuistice prezentujeme případ těžce popáleného mladého muže, u kterého bylo podání ceftolozan/tazobaktamu v terapii infekčních komplikací nejen rozumnou, ale zejména efektivní volbou.

Kazuistika

V kazuistice popisujeme případ muže, který utrpěl popáleniny způsobené elektrickým obloukem při přelézání vagónů na nádraží. Přijatý byl na naši kliniku cestou oddělení urgentního příjmu, vzhledem k tomu, že po zásahu elektrickým proudem došlo ke krátkodobé ztrátě vědomí s asociovaným pádem ze 4 metrů. V rámci iniciálního spirálního CT byla zjištěna fraktura levé klíční kosti staršího data a oboustranná kontuze plic.

Vzhledem k rozsahu a lokalizaci popálení bylo provedeno vstupní ošetření v celkové ane-

Obr. 1. Zhojené defekty v oblasti pravé dolní končetiny



stezii na operačním sále, nikde nebyly detekovány místa kontaktu, dle charakteru poranění se jednalo spíše o ožehnutí elektrickým obloukem než o samotný průchod elektrického proudu. Celkový rozsah popálené plochy byl 36 % TBSA (total body surface area) s jedinou zaznamenanou cirkularitou, která byla lokalizována v oblasti pravého bérce. Jinak byly popáleniny lokalizovány dominantně v dorsálních oblastech trupu a končetin. Hloubka téměř všech popálených ploch byla hodnocena jako gr. IIb–III, tedy všechny plochy byly již od počátku bez jednoznačného potenciálu ke spontánní reepitelizaci v rámci uzávěru vzniklých defektů. Pouze popáleniny v oblasti obličeje byly gr. IIa–b.

Po vstupním ošetření na operačním sále byl pacient ponechán na umělé plicní venti-

laci a bylo pokračováno v tekutinové resuscitaci kombinací přirozených koloidů a zejména balancovaných krystaloidů. V rámci lokální terapie byly postupně plochy kombinovaně nekrektomovány za pomoci klasické fasciální nekrektomie a použití 40% kyseliny benzoové v rámci chemické nekrektomie a následné defekty byly kryty dermoepidermálními štepy. Jako donorská místa byla volena zejména oblast stehien. Celkem bylo ztransplantováno 28 % TBSA. Ztransplantované a zhojené defekty v oblasti dolních končetin jsou znázorněny na obrázku č. 1.

V průběhu hojení byla zjištěna lokální infekce v oblasti zbytkových defektů zad, vzhledem k čerstvě přihojeným dermo-epidermálním štěpům byla nutná systémová antibiotická terapie.