

Tab. 1. Přehled dělení pyodermií dle anatomické lokalizace infekce

Anatomické postižení kůže	Typ pyodermie	Patogen
Pyodermie vázaná na adnexa	Folliculitis	<i>Streptococcus pyogenes</i> ,
	Furunkl	<i>Streptococcus agalactie</i> ,
	Karbunkl	<i>Staphylococcus aureus</i> ,
	Absces	<i>Staphylococcus epidermidis</i>
	Paronychia	
Pyodermie povrchové	Impetigo makulovezikulózní	<i>Streptococcus pyogenes</i>
	Impetigo bulózní	<i>Staphylococcus aureus</i>
	SSSS	<i>Staphylococcus aureus</i> Toxin – ETA, EXB
	TSS	<i>Staphylococcus aureus</i> TSST-1
	Spálová horečka	<i>Streptococcus pyogenes</i> , erytrogenní toxiny
	Streptokokový TSS	<i>Streptococcus pyogenes</i> , toxin erytrogenní, streptolysin O
Pyodermie hluboké	Ekthyma	Hlavně <i>Streptococcus pyogenes</i>
	Erysipel	Hlavně <i>Streptococcus pyogenes</i>
	Celulitis	<i>Staphylococcus aureus</i> i <i>Streptococcus pyogenes</i>
	Pyomyositida	<i>Streptococcus pyogenes</i> , pneumonie
	Nekrotizující fasciitida	<i>Streptococcus pyogenes</i> , anaerobní infekce

SSSS – stafylokokový syndrom opálené kůže, TSS – syndrom toxického šoku, ETA – exfoliativní toxin A, ETB – exfoliativní toxin B, TSST-1 – toxin 1 syndromu toxického šoku

Infekce vázané na adnexa – vlasové folikuly

Tyto infekce s následnými zánětlivými změnami postihující vlasový folikul nejčastěji vyvolávají streptokoky (*Streptococcus pyogenes*) nebo stafylokoky (*Staphylococcus aureus*), může se jednat i o infekce smíšené. U infekce lokalizované pouze do oblasti infundibula hovoříme o **ostiofolikulitidě**, s klinicky patrnými drobnými papulopustulami postihující nejčastěji oblast vousů, či trupu. U tohoto postižení je většinou zpravidla dostačující zevní aplikace dezinfekčních a vysychavých roztoků, případně dezinfekčních lihových roztoků s chloramfenikolem či erytromycinem. **Folikulitida** je termín popisující zánětlivé změny prostupující celý vlasový folikul. Klinicky se folikulitida projevuje jako papulopustula či pustula na zánětlivé spodině, postihující opět typicky oblast obličeje, vousů (nutné odlišit *pseudofolliculitis barbae*), trupu ale i končetin. Při mnohočetných projevech postižení označujeme jako **folliculitis simplex disseminata** (Obr. 1) (4). Při mnohočetném výskytu, výraznější zánětlivé spodině je vedle intenzivní lokální léčby (antibiotické lihové roztoky, dezinfekční roztoky) vhodné zvažovat i celkovou terapii antibiotiky se širším spektrem pokrývající jak streptokokovou tak i stafylokokovou infekci (aminopenicilin, klindamycin). Další formou infekce vázané na vlasové folikuly je **furunculus** (Obr. 2) a **carbunculus**, jedná se o infekci primárně lokalizovanou do dermis, do

oblasti vlasového bulbu. Furunkl představuje postižení jednoho folikulu (drobný absces), kdežto karbunkl jsou splyávající furunkly do většího **abscesu** (5). Klinicky se furunkl projevuje jako papula, drobný nodule v centru s nekrotickým čepem. Karbunkl je pak větší nodule, někdy také s nekrotickým čepem, či prosvitajícím purulentním obsahem. Pohmatově může být tuhý nebo měkký již na podkladě kolikvace. Okolí je erytematózní, zánětlivě prosáklé, může být přítomna i okolní celulitida (flegmóna). Pacienti mohou být subfebrilní s pocitem zimnice, třesavky a výraznou bolestivostí postižené lokality. V léčbě se uplatňuje kombinace lokální a celkové léčby, a především chirurgického přístupu. U menších projevů lze provádět jen punkci s následnou dezinfekcí a aplikací lokálních antibiotik. U větších nodulů provedeme v lokální anestezii incizi s plnou evakuací purulentního obsahu, následně výplach s peroxidem či jodovou dezinfekcí a případně zavádíme rukavicový drén. Celkově jsou indikována antibiotika se širším spektrem (aminopenicilin s inhibitorem β -laktamázy, klindamycin, okrajově i tetracyklinová antibiotika) (5–7). U furunklu v obličeji s výraznější zánětlivou reakcí v okolí jsou indikována také celková antibiotika vždy (8).

Infekce vázané na adnexa – nehtový aparát

Za akutním zánětem nehtů nejčastěji stojí bakteriální infekce, vedle stafylokoků

Obr. 1. Folliculitis simplex, četné pustuly, papulopustuly na trupu



Obr. 2. Karbunkly obličeje, patrný i centrální nekrotický čep



(*S. aureus*, *epidermidis*), streptokoků (*S. pyogenes*, *agalactiae*) mohou být tyto infekce vyvolány i enterokoky. K bakteriální infekci nehtového lůžka přispívají drobná traumata, záděry či i probíhající onychomykóza nebo i diabetes mellitus. Pokud se akutní zánět nehtu vrací velmi často nebo pokud nedochází k adekvátnímu zhojení po antibiotické léčbě ani po několika týdnech, pak mluvíme o chronickém zánětu nehtů. Chronická paronychia nejčastěji postihuje pracovníky v některých typech zaměstnání, jako je umývání, gastronomie, kadeřnictví či pečovatelské služby. Vedle chronické bakteriální infekce je nutné u těchto pacientů myslet i na kvasinkovou či smíšenou bakteriální a kvasinkovou infekci (1, 9).

V klinickém obraze dominuje erytém, edém a výrazná bolestivost nehtového aparátu, často může být i spontánní sekrece purulentního obsahu. V léčbě je vhodné provedení drobné punkce, či drobné incize s evakuací purulentního obsahu (vhodný je odběr na bakteriologické či mykologické vyšetření), následně dezinfekce a aplikací lokálních antibiotik (bacitracin, neomycin, kyselina fusidová, chloramfenikol, gentamycin, či erytromycin). Celková antibiotika je vhodné volit cíleně dle kultivace při neúspěchu lokální terapie (7).