

Zbytkové defekty v oblasti zad v průběhu terapie ceftolozan/tazobaktamem jsou znázorněny na obrázku č. 2. Průběh celé hospitalizace byl u pacienta doprovázen intenzivní rehabilitací a psychologickou podporou.

### Mikrobiologická surveillance a antimikrobiální terapie za hospitalizace

Vzhledem k rozsahu popálené plochy a jejímu silnému znečištění, přítomnosti kontuzní plíce a nutnosti umělé plicní ventilace byl u pacienta nasazen v rámci preemptivní terapie amoxicilin/klavulanát (1,2 g à 8 hod. i.v.).

Během prvního týdne hospitalizace byla u pacienta zaznamenána multifokální infekční komplikace. V oblasti popálené plochy byly vykultivovány *Bacillus sp.*, *Escherichia coli* a zejména *Klebsiella pneumoniae*, která již v tomto období byla producentem širokospektré betalaktamázy ESBL (Extended Spectrum Beta Lactamase). Identický patogen, který byl rovněž producentem ESBL byl izolován také v oblasti dolních dýchacích cest a krevního řečiště. Dle antibiogramu bylo nutno změnit antibiotickou terapii na meropenem (2 g à 8 hod. i.v.) a vzhledem k narůstajícímu počtu koaguláza negativních stafylokoků z oblasti nekrektomovaných ploch byla terapie doplněna také o vankomycin (1 g à 12 hod. i.v.).

První izolace multirezistentních kmenů *Pseudomonas aeruginosa* (MDR – multidrug resistance) byla v průběhu 3. týdne hospitalizace v oblasti nekrektomovaných a ztransplantovaných ploch zad a dolních končetin. Tato izolace byla následně doplněna také o ESBL-pozitivní kmeny *Enterobacter cloacae* zachycené rovněž z oblasti popálených ploch.

Vzhledem k těmto kultivacím byla dle výsledků antibiogramu (rezistence *Pseudomonas aeruginosa* k meropenemu), po konzultaci s antibiotickým střediskem antibiotická terapie změněna na kombinaci tigecyklinu (100 mg úvodní dávka, dále 50 mg à 12 hod. i.v.) s amikacinem (1 g à 24 hod. i.v.). I přes tuto kombinaci dochází k progresi primární multifokální infekce způsobené MDR *Pseudomonas aeruginosa* do dalších kompartmentů, a to do krevního řečiště a oblasti dolních dýchacích cest s rozvojem nozokomiální pneumonie.

Na tuto situaci bylo reagováno výměnou antibiotika tigecyklinu na ceftolozan/tazobaktam. Primárně byl tento nový cefalosporin podáván v kombinaci s jiným antibiotikem (amikacin a ci-

**Obr. 2.** Plochy se zbytkovými defekty v oblasti zad v průběhu terapie ceftolozan/tazobaktamem



**Obr. 3.** Kompletně zhojené defekty v oblasti zad u pacienta před dimisí

