Akutní záněty horních cest dýchacích u dětí

MUDr. Pavel Horník
Dětské ORL centrum, Brno

Akutní onemocnění horních cest dýchacích (HCD) je v zimních měsících nejčastějším důvodem návštěvy dětského lékaře. Článek podává přehled nejčastějších diagnóz a algoritmus jejich léčby.

Klíčová slova: akutní záněty horních cest dýchacích, akutní angína, akutní zánět vedlejších nosních dutin, akutní zánět středouší, děti.

Acute upper airway inflammations in children

Acute upper airway disease is the most common reason for seeing a paediatrician during the winter months. The paper provides an overview of the most frequent diagnoses and their treatment algorithm.

Key words: common cold, acute tonsillopharyngitis, acute rhinosinusitis, acute otitis media, children.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(5): 340–342

Akutní rhinitis a rhinopharyngitis (common cold)	
Definice	Akutní rhinitis a rhinopharyngitis je akutní zánět nosu a nosohltanu virového původu.
Výskyt	Zimní období, 2–3× ročně, u malých dětí 6–10× ročně.
Etiologie	Více než 200 typů virů, nejčastější rhinovirus.
Příznaky	Zvýšená teplota, schvácenost, únava, bolesti kloubů, mírné až středně těžké bolesti hlavy, výtok z nosu, ucpaný nos, kýchání, suchý nebo vlhký kašel, škrábání až bolesti (pálení) v krku, svědění nebo výtok z očí, zalehnutí nebo bolesti ucha.
Kdy je nutná návštěva lékaře	Horečka 39,5 °C a výše, doprovázená zimnicí a pocením, zvýšená teplota nad 38 °C déle než 3 dny, zvracení nebo bolesti břicha, výrazná bolest hlavy, ztížené dýchání, neustávající křik, nadměrná spavost, neustávající kašel, bolesti ucha nereagující na symptomatickou léčbu.
Rizikové faktory	Věk, roční období, alergický terén, pobyt v kolektivu, sourozenci, nezralost imunitního systému.
Diagnóza	Anamnéza, klinické vyšetření (aspekce dutiny ústní a krku, přední rinoskopie, otoskopie, palpační vyšetření krčních uzlin). Event. CRP.
Léčba	Symptomatická bez antibiotik (ATB), klidový režim, dostatečná hydratace, analgetika, antipyretika, nesteroidní antirevmatika (! možnost zhoršení astma bronchiale/podráždění sliznice žaludku), zákaz aspirinu (! Reyův syndrom – těžké poškození jater a CNS), nazální dekongestiva (! co nejkratší dobu, nejlépe max. 5 dní, nedoporučována do 2 let věku s výjimkou u dětí, kdy pro neprůchodný nos mohou být potíže při kojení), proplachy mořskou vodou ve spreji (izotonický roztok, při výrazné nosní kongesci hypertonický roztok), pokud ještě dítě samo nevysmrkává, opatrné odsávání při rhinorhei doporučujeme, antitussika (v některých zemích nedoporučovány pod 4, resp. 2 roky věku pro riziko předávkování s možnými vážnými důsledky), mukolytika.
Komplikace	Akutní otitis media, akutní rhinosinusitis, akutní laryngitis/laryngotracheitis, akutní streptokoková tonsillitis nebo tonsillopharyngitis, akutní bronchitis, spastické poslechové fenomény u dětí s astma bronchiale.
Alternativní léčba	Echinacea (vhodná k podávání od dvou let věku) v začátku onemocnění může zmírňovat symptomy nachlazení a zkracovat jeho trvání, preventivní podávání může snižovat frekvenci infektů. Kaloba (vhodná k podávání od roku věku) v začátku infektu s převahou buď bolestí v krku, nebo při infektu s převahou vlhkého kašle s tendencí k sestupné bronchitidě může zlepšit příznaky onemocnění a snížit riziko nutnosti aplikace antibiotik.

Tonsillitis acuta, tonsillopharyngitis acuta	
Definice	Akutní tonsillitis nebo tonsillopharyngitis je akutní onemocnění patrových tonzil nebo patrových tonzil a faryngu.
Výskyt	Celoročně, častěji na konci zimy a začátkem jara.

ilustrační foto

Etiologie	Virová – kolem 60 % – rhinovirus, adenovirus (častější u dětí pod 3 roky věku), herpes virus typ 1 a 2, EB virus (častější nad 3 roky věku), cytomegalovirus, influenza a parainfluenza virus, bakteriální (nejčastěji *Streptococcus pyogenes* sk. A (ne pod 3 roky věku) – kolem 30 %, ostatní – *Mycoplasma pneumoniae*, chlamydie.
Příznaky	Horečka, únava, schvácenost, bolesti v krku (mohou vystřelovat do uší), špatné polykání, odmítání jídla, gastrointestinální potíže, zápach z úst, uzavřená huhňavost.
Diagnóza	Je nutno rozlišit virovou a bakteriální (streptokokovou) tonsillitis.
Anamnéza	Klinické vyšetření: 4 doporučená diagnostická kritéria: zvýšená teplota, tonzilární exsudát, absence virových příznaků (rýma, kašel, konjunktivitida), zvětšené bolestivé submandibulární uzliny. Při přítomnosti jednoho kritéria – symptomatická léčba bez ATB, u dvou testy, u 3 nebo 4 pozitivních kritérií testy nebo empirická léčba pro pravděpodobnou streptokokovou tonsillitis. Americká pediatrická akademie (AAP) doporučuje Strep test (rychlý test na detekci antigenu *S. pyogenes*) – senzitivita 93,9 %, specifita 68,7 %, zároveň běžná kultivace – 95 % pozitivita. Event. CRP.
Léčba	U virového zánětu symptomatická léčba, u streptokokového zánětu je lékem první volby PNC (sirup, tablety), PNC i. m. nebo kombinace. Léčba v dostatečné dávce celkem 10 dní. Podle závažnosti průběhu, klinického stavu, brzké recidivy nebo trvání potíží možno doplnit Pendeponem i. m. Lékem druhé volby jsou makrolidy – při alergii na PNC nebo u recidivující streptokokové tonzilitidy (klindamycin, clarithromycin, azithromycin). Opět je naprosto nutná dostatečná dávka, celkem 10 dní (azithromycin 6 dní). Po zhojení vždy kontrola moči a výtěr krku na kultivaci – není nutný u jednoduchého průběhu.
Komplikace	Suppurativní (peritonzilární absces – oboustranná tonzilektomie „za horka"), nesuppurativní (akutní glomerulonefritida, revmatická horečka – pendeponizace).
Alternativní léčba	U virové tonzilitidy Angin-Heel tablety, u streptokokové tonzilitidy neexistuje.

Rhinosinusitis acuta	
Definice	Rhinosinusitis acuta je akutní zánět nosu a vedlejších nosních dutin.
Výskyt	V zimních měsících, u dětí lehčí formy doprovázejí téměř každou rhinitidu.
Etiologie	Virová, déle než týden trvající zánět může přejít v bakteriální formu způsobenou *Streptococcus pneumoniae*, netypovatelný *Haemophilus influensae, Moraxella catarrhalis,* event. *Streptococcus pyogenes*.
Příznaky	Příznaky akutního virového zánětu HCD – zvýšená teplota, únava, výtok z nosu zpočátku serózní, později různého charakteru, ztížené dýchání nosem v důsledku nosní kongesce, bolesti hlavy v čele zesilující při předklonu, kašel, zalehnutí nebo bolesti uší, zhoršení čichu. Prvních 7–10 dní nelze obě onemocnění dobře rozlišit. Základním kritériem je délka trvání příznaků. Typický akutní virový zánět HCD se vyléčí do 10 dnů, může přetrvávat noční kašel jako reziduální symptom infekce HCD nebo jako predominance astma bronchiale. Akutní lehká forma rhinosinusitidy – příznaky infektu HCD přetrvávají déle než 10 dní – výtok z nosu různého charakteru, kašel (suchý i vlhký) přes den, zhoršuje se v noci, zvýšená teplota, zápach z úst, přechodný nebolestivý otok víček zejména po ránu. Chybí bolesti v oblasti tváře. Akutní těžší forma rhinosinusitidy – projevy se objevují 10 dní po začátku onemocnění, ale i dříve – horečka kolem 39 °C, hlenohnisavá sekrece z nosu spojená s bolestmi v oblasti tváří a s otokem víček (zejména po ránu, objevuje se na horních i dolních víčkách). Méně častý příznak je tlaková bolest za nebo nad očima (nad 5 let věku), bolest horních zubů.

Diagnóza	Anamnéza, klinické vyšetření (při přední rhinoskopii nosní kongesce, překrvená sliznice, hlenohnisavý sekret v nosních průduších). U starších dětí může být při endoskopickém vyšetření jasně patrný výtok hlenohnisu do středního nosního průduchu. Laboratoř – CRP (nad 60 mg/l jde pravděpodobně o pneumokokovou infekci). Ne: rtg, ultrazvuk, prosvícení vedl. nosních dutin – nízká výpovědní hodnota. Kultivace sekretu z nosu nekoreluje se sekretem ve vedlejších nosních dutinách.
Léčba	Stejná jako u virového infektu HCD – symptomatická, u bakteriálního zánětu ATB – amoxicilin v dávce 50–90 mg/kg a den, dále amoxicilin-klavulanát, cefuroxime axetil, cefprosilum monohydricum. Makrolidová antibiotika při alergii na betalaktámová ATB. Dekongestiva, antihistaminika, proplachy nosu mořskou vodou ve spreji, v akutní fázi neinhalovat!, v doléčovací fázi při výrazné nosní kongesci intranazální kortikoidy.
Komplikace	Závažné – orbitocellulitis, intrakraniální komplikace (meningitis, epidurální a subdurální absces, trombophlebitis sinus cavernosus, cerreberální absces).
Alternativní léčba	Jen u lehké virové rhinosinusitidy – Sinupret sirup nebo tablety, u bakteriální neexistuje.

Otitis media acuta	
Definice	Akutní otitis media je akutní zánět Eustachovy trubice, středoušní dutiny a mastoideálních sklípků.
Výskyt	Zimní období, převaha kojeneckého a předškolního věku.
Etiologie	Virová, bakteriální – *Streptococcus pneumoniae*, netypovatelný *Haemophilus influensae, Moraxella catarrhalis*.
Rizikové faktory	Roční období, věk, pobyt v kolektivním zařízení, záněty středouší u rodičů, pozice u kojenců při kojení nebo pití (vleže vyšší riziko vzniku infekce ve středouší).
Příznaky	Bolesti, tlak, zalehnutí ucha, zvýšená teplota kolem 38 °C a výše, neklid, pláč, nadměrná spavost, výtok z ucha.
Diagnóza	Anamnéza, klinické vyšetření (otoskopie zvětšovací optikou, event. ve sporných případech tympanometrie), laboratoř CRP (nad 60 mg/l jde pravděpodobně o pneumokokovou infekci). Kultivace sekretu ze středouší nebo zvukovodu: u běžného akutního zánětu není indikována.
Léčba	Čekat a sledovat (wait and see approach): u dětí starších než 6 měsíců, které jsou jinak zdravé bez celkových příznaků, nebo mají jen mírné celkové potíže. Otoskopicky překrvený bubínek s normální nebo tupou prominencí processus brevis mallei.
Symptomatická léčba	Analgetika (ibuprofen, paracetamol) – podle bolesti a teploty, lokálně analgetické ušní kapky, na noc zvýšená poloha, vlažné nebo chladnější obklady za boltec. Při výtoku z ucha doporučujeme čistit zvukovod borovou vodou. Nebyla prokázána toxicita borové vody při použití ve zvukovodu. Při znečištění zvukovodu může výtok macerovat kůži a vzniká externí otitis, velmi bolestivá.
Antibiotika ihned	1. děti pod 6 měsíců věku, i když se jedná jen o katarální otitis media s mírnými celkovými příznaky, 2. děti od 6 měsíců do 2 let věku, pokud mají zvýšenou teplotu 38 °C a výše nejméně 24 hodin nebo mají silnou bolest ucha či výtok z ucha a celkový stav se zhoršuje, otoskopicky překrvený dekonturovaný bubínek s/bez vyklenutí do zvukovodu, 3. děti nad 24 měsíců věku s horečkou a/nebo intenzivní otalgií, kdy potíže přetrvávají déle než 48–72 hodin nebo se zhoršují, 4. děti s rozštěpem patra, s genetickými syndromy a děti s imunodefektem. Lékem první volby je amoxicilin v dávce 50–90 mg/kg a den, dále amoxicilin-klavulanát, cefuroxime axetil, cefprosilum monohydricum. Makrolidová antibiotika při alergii na betalaktámová ATB. Vždy kombinujeme se symptomatickou léčbou – viz výše.
Paracentéza: Indikace	1. výrazná bolest ucha při otoskopickém nálezu překrveného a vyklenutého bubínku, 2. suppurativní komplikace, 3. perzistující otitis navzdory ATB léčbě, 4. kritický stav dítěte, novorozenec, dítě s imunodefektem. Vždy je nutné sledování do normalizace otoskopického a tympanometrického nálezu. Jenom tímto způsobem můžeme včas zachytit rozvíjející se chronickou sekretorickou otitis media s možnými trvalými následky (zhoršení sluchu, adheze, cholesteatom), která jinak probíhá klinicky bez příznaků kromě možného zhoršení sluchu.
Komplikace	Akutní – ztráta sluchu, mastoiditis, paréza n. VII., meningitis, absces mozku, tromboflebitis sinus sigmoidei.
Alternativní léčba	Neexistuje.

Závěr

Díky zlepšujícím se možnostem ambulantní diagnostiky (CRP, strep test) a v ORL ambulanci pak díky možnostem přístrojového vybavení (endoskopická optika, otoskop, mikroskop) je možno daleko lépe než dříve rozlišit jednotlivá onemocnění a jejich fáze a nasadit adekvátní léčbu a tím zracionalizovat množství podávání ATB.

MUDr. Pavel Horník
Dětské ORL centrum
Pekařská 440/84, 602 00 Brno
pavel.hornik@volny.cz