

Zdeňka Kuchynková a kolektiv

Dětská otolaryngologie

nejčastější situace v ambulantní praxi



Zdeňka Kuchynková a kolektiv

Dětská otolaryngologie

nejčastější situace v ambulantní praxi

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

Zdeňka Kuchynková a kolektiv

DĚTSKÁ OTOLARYNGOLOGIE

nejčastější situace v ambulantní praxi

Vedoucí autorského kolektivu:

doc. MUDr. Zdeňka Kuchynková, CSc.

Autorský kolektiv:

MUDr. Eliška Běbrová, MUDr. Olga Bendová, MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.,
MUDr. Zuzana Brychtová, MUDr. Jaroslav Kraus, MBA, MUDr. Daniela Kučerová,
doc. MUDr. Zdeňka Kuchynková, CSc., MUDr. Milena Marková,
MUDr. Jaromír Paukert, MUDr. Dagmar Pohlová, MUDr. Katalin Štěrbová

Recenze:

MUDr. Jiří Skřivan, CSc.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2015

Fotografie na obálce Nolwenn Kuchynka

Autorkou obrázků je doc. MUDr. Zdeňka Kuchynková, CSc.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6033. publikaci

Odpovědný redaktor Mgr. Luděk Neužil

Sazba a zlom Helena Mešková

Počet stran 144

1. vydání, Praha 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Autoři děkují prof. MUDr. Pavlu Komínkovi, Ph.D., MBA, a doc. MUDr. Aleši Hahnovi, CSc., za cenné připomínky a poznámky ke knize, MUDr. Aleně Konvičkové za spolupráci na úpravě textu a zaměstnancům nakladatelství Grada za redakční zpracování a technickou realizaci.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-5953-1 (ePub)

ISBN 978-80-247-5952-4 (pdf)

ISBN 978-80-247-4177-2 (print)

Obsah

Seznam autorů	9
Seznam zkratk	11
Úvod	13
1 Charakteristiky ambulantní ORL péče (Zdeňka Kuchynková)	15
1.1 Primární péče	15
1.2 Doporučené postupy	16
1.3 Strach dětí z vyšetření	18
Literatura	19
2 Péče zaměřená na pacienta (Zdeňka Kuchynková)	21
2.1 Definice	21
2.2 Klinické metody.	21
2.3 Komunikace	22
2.4 Výsledky léčby.	24
2.5 Přínos péče zaměřené na pacienta	24
Literatura	25
3 Akutní tonzilofaryngitida	27
<i>(Zdeňka Kuchynková, Eliška Běbrová, Daniela Kučerová)</i>	
3.1 Virové tonzilofaryngitidy	27
3.2 Syndrom infekční mononukleózy	30
3.3 Bakteriální tonzilofaryngitidy.	32
Literatura	43
4 Vyšetření sluchu (Zdeňka Kuchynková, Olga Bendová)	45
4.1 Poruchy sluchu	45
4.2 Testy pro zjištění poruchy sluchu	46
4.3 Screening	50
Literatura	54
5 Akutní zánět středouší	55
<i>(Zdeňka Kuchynková, Eliška Běbrová, Milena Marková, Daniela Kučerová)</i>	
5.1 Názvosloví, definice	55
5.2 Etiopatogeneze	56
5.3 Klinické projevy.	57
5.4 Diagnóza.	58
5.5 Terapie	60
Literatura	66

6	Sekretorická otitida (<i>Zdeňka Kuchynková, Milena Marková, Daniela Kučerová</i>)	69
6.1	Názvosloví, definice	69
6.2	Etiopatogeneze	70
6.3	Klinické projevy.	70
6.4	Diagnóza	71
6.5	Aktivní sledování	73
6.6	Terapie	73
	6.6.1 Konzervativní léčba	74
	6.6.2 Chirurgická léčba.	74
	Literatura	77
7	Akutní infekční rinosinusitida	79
	(<i>Zdeňka Kuchynková, Milena Marková, Daniela Kučerová</i>)	
7.1	Názvosloví	79
7.2	Definice a klasifikace.	80
7.3	Etiopatogeneze	80
7.4	Klinické projevy.	82
7.5	Smrkání	84
7.6	Diagnóza	85
7.7	Terapie	86
7.8	Komplikace	89
	Literatura	90
8	Adenoidní vegetace (<i>Zdeňka Kuchynková, Milena Marková, Zuzana Brychtová</i>)	91
8.1	Názvosloví, definice	91
8.2	Tonsilla pharyngea – fyziologie	91
8.3	Adenoidní vegetace – patologie	92
8.4	Zhodnocení příznaků	92
8.5	Vyšetření adenoidních vegetací	94
8.6	Diferenciální diagnóza	95
8.7	Závěr vyšetření dítěte s adenoidními vegetacemi	99
8.8	Indikace k adenotomii	101
	Literatura	103
9	Alergologie (<i>Zdeňka Kuchynková, Zuzana Pohlová, Jaromír Paukert</i>)	105
9.1	Alergická rýma	106
9.2	Potravinové alergie	110
9.3	Alergie na betalaktamová antibiotika (<i>Jaromír Paukert</i>)	111
	Literatura	116

10 Poruchy dýchání ve spánku	117
<i>(Zdeňka Kuchynková, Katalin Štěřbová, Jaroslav Kraus)</i>	
10.1 Definice pojmů	117
10.2 Patogeneze	119
10.3 Klinické projevy.	119
10.4 Diagnóza.	120
10.5 Terapie	125
Literatura	127
11 Laryngofaryngeální reflux <i>(Zdeňka Kuchynková, Zuzana Brychtová)</i>	129
11.1 Názvosloví, definice	129
11.2 Patogeneze	130
11.3 Klinické projevy.	130
11.4 Diagnóza.	132
11.5 Terapie	134
Literatura	136
Rejstřík	137
O vedoucí autorského kolektivu	139
Souhrn	141
Summary	143

Seznam autorů

Vedoucí autorského kolektivu:

doc. MUDr. Zdeňka Kuchynková, CSc.

Medical ORL s.r.o., soukromá ORL ambulance, Praha 9

Autorský kolektiv:

MUDr. Eliška Běbrová

Ústav lékařské mikrobiologie UK 2. LF a FN Motol

MUDr. Olga Bendová

Medical Healthcom s.r.o., Hlasové a sluchové centrum Praha

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

I. infekční klinika 2. LF UK, Nemocnice Na Bulovce

MUDr. Zuzana Brychtová

Soukromá ordinace pro děti a dorost, Praha 9

MUDr. Jaroslav Kraus, MBA

ORL oddělení Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov,

Spánková laboratoř Benešov

MUDr. Daniela Kučerová

Medical ORL s.r.o., soukromá ORL ambulance, Praha 9

doc. MUDr. Zdeňka Kuchynková, CSc.

Medical ORL s.r.o., soukromá ORL ambulance, Praha 9

MUDr. Milena Marková

Klinika ušní, nosní a krční UK 2. LF a FN Motol

MUDr. Jaromír Paukert

Dětské oddělení, Oblastní nemocnice Kolín

MUDr. Dagmar Pohlová

Ambulance alergologie a klinické imunologie, Centrum zdravotní péče, Jirny

MUDr. Katalin Štěrbová

Centrum pro poruchy spánku u dětí, Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol

Seznam zkratek

AAOHNS	Americká akademie ORL a chirurgie hlavy a krku (The American Academy of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery)
ABR	vyšetření sluchových kmenových potenciálů (auditory brainstem responses)
AHI	index apnoe/hypopnoe
ASLO	antistreptolysin O
CMV	cytomegalovirus
CRP	C reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie (computed tomography)
EBM	medicína založená na důkazech (evidence-based medicine)
EBV	virus Epstein-Barr
EEG	elektroencefalogram
EOG	elektrookulogram
EPOS	Evropský dokument o rinosinuitidě a nosních polypech (European position paper on rhinosinuitis and nasal polyps)
FE	vydechaná frakce (fractional exhaled)
FW	sedimentace erytrocytů (označení podle iniciál jmen lékařů Fahrause a Westergrena)
IgE	imunoglobulin E
IgM	imunoglobulin M
MR	magnetická rezonance (magnetic resonance)
NICE	Národní institut pro zdraví a péči (National Institute for Health and Care Excellence)
OAE	otoakustické emise
ORL	otolaryngologie, otolaryngologický
OSAS	obstrukční syndrom spánkové apnoe/hypopnoe (obstructive sleep apnea syndrome)
PFAPA	syndrom recidivující horečky, aftózní stomatitidy, faryngitidy, krční lymfadenitidy (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis syndrome)
PSG	polysomnografie
RADT	test na rychlou detekci antigenu (rapid antigen detection test)
REM	rychlé pohyby očí (rapid eye movement)

RTG	rentgen, rentgenový
TEOAE	tranzientně evokované otoakustické emise (transient-evoked otoacoustic emission)
VCA	virový kapsidový antigen (viral capsid antigen)
VDN	vedlejší nosní dutiny
VRA	audiometrie s vizuálním posílením (visual reinforcement conditioned audiometry)
VT	ventilační trubičky

Úvod

Kniha vznikla z praktické potřeby dvou lékařek, které přešly z kliniky do ambulantní praxe, kde mají převážně dětské pacienty. Existuje celá řada učebnic dětské otolaryngologie, které podávají ucelený přehled problematiky, ale často v nich chybí návod na řešení situací běžných v klinickém rozhodování. U čtenářů této knihy předpokládáme znalosti získané z učebnic dětské otolaryngologie pro postgraduální studium.

Při zpracování témat jsme se se spoluautory snažili upřesnit definice a klasifikace, stručně uvést typické klinické obrazy a podle dostupných doporučených postupů zpracovat diagnózu a terapii. Hledali jsme odpovědi na otázky: indikace k vyšetření, k terapii, kdy léčit, kdy dítě jenom sledovat, kdy pro podezření na závažný stav odeslat na klinické pracoviště.

Jednotlivé kapitoly jsou věnovány nejčastějším onemocněním, jimiž jsou v dětské ORL ambulanci faryngitida, otitida a rinosinitida, jedna kapitola se zabývá indikacemi k adenotomii. Za potřebné považujeme znalosti problematiky na rozhraní otolaryngologie a alergologie a znalosti o projevech virových infekcí v ORL oblasti. Dvě kapitoly se týkají poměrně nových informací, jedna z nich poruch dýchání ve spánku a druhá laryngofaryngeálního refluxu. Na začátek knihy jsme zařadili některé obecné charakteristiky ambulantní ORL péče, samostatně je také zpracováno vyšetření sluchu u dětí.

Spoluautory textů jsou mé kolegyně z naší soukromé praxe, pediatrička a alergoložka, s nimiž spolupracujeme, a lékaři z klinik a specializovaných pracovišť, které jsme oslovili s žádostí o spolupráci. Také oni se na naše přání drželi koncepce textů zaměřených na praxi. Spolupráce se všemi byla pro mě jako pro hlavní autorku (a tedy tu, kterou všichni kritizovali a opravovali, což bylo jejich úkolem) nesmírně zajímavá a moc jim všem děkuji. Přeji sobě i čtenářům, aby naše kolektivní dílo bylo přínosem pro práci v dětské ORL ambulanci.

doc. MUDr. Zdeňka Kuchynková, CSc.

1 Charakteristiky ambulantní ORL péče

Zdeňka Kuchynková

V této kapitole se zmiňujeme jen o některých charakteristikách práce v dětské ORL ambulanci. Práce v ambulanci je náročná jiným způsobem než práce v nemocnicích a na klinikách, což si možná řada lékařů neuvědomuje. Přitom dobrá spolupráce a vzájemná úcta mezi ambulantním lékařem a lékařem z lůžkového nebo chirurgického zařízení je důležitá pro obě strany. Neuvádíme zde podrobněji informace o medicíně prokázaných faktů, protože lékaři v ambulanci běžně stačí znát doporučené postupy. Raději jsme věnovali samostatnou kapitolu péči zaměřené na pacienta. Za významný považujeme správný psychologický přístup lékaře k dítěti pro překonání strachu z ORL vyšetření. Vhodným přístupem může lékař nejen zmenšit stres dětí a jejich rodičů, ale také si zjednodušit a zpříjemnit vlastní práci.

1.1 Primární péče

Ambulantní ORL péče má v našich podmínkách charakter péče primární, protože naprostá většina pacientů přichází bez doporučení od jiného lékaře. Ambulantní ORL lékař má v této situaci obtíže se získáním důležitých údajů o svém pacientovi. U dětí rodiče neudávají přesně nebo neudávají vůbec důležité údaje o předchozích nebo současných chorobách a operacích, o dříve provedených vyšetřeních a jejich výsledcích, někdy nedokážou vyjmenovat léky, které děti pravidelně užívají, neznají alergie svých dětí na léky.

Řada dětí, přicházejících k vyšetření, nemá žádné problémy a jsou jenom něčím znepokojeni jejich rodiče. Ti poměrně často přicházejí s tím, ať se na dítě podíváme, že jedou na dovolenou, že sourozenec je nemocný a že chtějí mít jistotu, že druhé dítě je zdravé, nebo máme udělat něco, aby druhé dítě neonemocnělo, abychom vyšetřili nosní mandli, protože ji ještě nemělo vyšetřenou a děti jejich známých ji už vyšetřenou mají. U některých dětí trvají příznaky tak krátce, že aktuálně nelze odhadnout další vývoj. Většina dětí má lehce probíhající onemocnění a jen výjimečně přicházejí do ORL ambulance děti se závažným onemocněním.

Klinická praxe je v podstatě klinické rozhodování. Po získání anamnézy a po vyšetření dítěte se musíme rozhodnout o dalším postupu. Navržené řešení musí být pro nemocného především bezpečné, a potom účinné. Rozhodnutí je většinou založeno na základě zhodnocení příznaků, které lze těžko označit jasnou diagnózou. Vždy je nutno myslet i na možnost závažné diagnózy, ale pravděpodobnost závažných chorob mezi ambulantními pacienty je daleko menší než mezi pacienty odeslanými do nemocnice už s určitým podezřením k dalšímu vyšetření. Vyslovení podezření na závažné onemocnění je tedy v ambulanci nesnadnější než stanovení diagnózy na klinickém pracovišti s většími diagnostickými možnostmi. Ambulantní lékař musí „*najít závažně nemocnou jehlu ve velké kupce nespecifických případů*“ („*extract seriously ill needles from the haystacks of non-specific presentations*“ T. Greenhalg).

Primární péče probíhá za podmínek významné nejistoty. Z tohoto pohledu je pochopitelné, že řada učebnic, vědeckých publikací a přednášek je pro ambulantní praxi zčásti irelevantní, protože podrobněji systematicky uváděné informace se týkají závažných chorob a méně častých chorob, užívají se zde jasné definice a klasifikace. Každý lékař tyto informace samozřejmě musí znát, ale s nejasnostmi ve své ambulantní praxi je autory odborných textů z klinik ponechán sám.

1.2 Doporučené postupy

Klinické rozhodování v praxi by mělo odpovídat doporučeným postupům vycházejícím z medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine, EBM). Přestože jsou doporučené postupy pro praxi zpracovány tak, že lékař nemusí znát detailně terminologii ani postupy pro získání a hodnocení důkazů v EBM, není užívání doporučených postupů v praxi bez problémů.

Doporučené postupy by měly zvažovat kvalitu důkazů o poměru účinnost/vedlejší účinky (benefit/risk) a o nákladové efektivitě (cost/effectiveness), doporučovat nebo naopak nedoporučovat určité intervence s jistou silou tohoto doporučení (například strong recommendation, weak recommendation). Pro celou řadu problémů důkaz chybí nebo je nepřesvědčivý, často je doporučení založeno pouze na konsenzu odborníků, což je podle definice EBM důkaz nejnižší kvality, pro řadu

zásadních problémů týkajících se ambulantní dětské ORL praxe doporučené postupy chybí.

Doporučené postupy České lékařské společnosti J. E. Purkyně v primární péči jsou dostupné na <http://www.cls.cz/seznam-doporu-cenych-postupu>.

Kromě České lékařské společnosti J. E. Purkyně uvádějí na svých webových stránkách doporučené postupy i jednotlivé české odborné společnosti. Dobrým zdrojem informací jsou také internetové stránky amerických lékařských společností a anglických doporučených postupů: American Academy of Pediatrics, odkazuje na tyto webové stránky:

<http://www.guideline.gov/>;

American Academy of Family Physicians,

<http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/a-z.html>;

American Academy of Otolaryngology,

<http://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-support/quality-improvement/Pages/Guidelines-and-Policy-Development.aspx>;

American Academy of Allergy Asthma and Immunology,

<http://www.aaaai.org/practice-resources/statements-and-practice-parameters/practice-parameters-and-other-guidelines-page.aspx>;

NICE (National Institute for Health and Care Excellence),

<https://www.nice.org.uk/guidance>.

EBM znamenala v rozvoji medicíny významnou pozitivní změnu. Nyní se ale ukazuje, že všechny otázky v medicíně nebude možno vyřešit na základě důkazů. Současnost teď trochu připomíná situaci v matematice na začátku 20. století. Tehdy se B. Russell a A. Whitehead* pokusili udělat „pořádek v matematice“ a všechny matematické pravdy vyjádřit a jasně dokázat jazykem logiky. Výsledek byl zklamáním, protože se ukázalo, že to není možné. Po letech bylo dokonce dokázáno, že to nikdy ani možné nebude. Přesto dílo Russella a Whiteheada zůstává zásadní pro logiku a filozofii. EBM je také zásadním přínosem pro medicínu, ale po letech užívání se ukazuje, že nás nejistoty v rozhodování

* Bertrand Arthur William Russell (1872–1970) byl anglický filozof považovaný za největšího logika své doby, byl zakladatelem analytické filozofie; Alfred North Whitehead (1861–1947) byl anglický matematik a filozof.

nezbaví. Právě z tohoto důvodu by lékař vždy měl mít autonomii v rozhodování, ale za předpokladu, že má i dostupné vědomosti existujících doporučených postupů.

1.3 Strach dětí z vyšetření

Strach dětí v ordinaci je způsoben obavami z neznámého prostředí, ve kterém dítě neví, co se může stát, nebo naopak má již zkušenost, že se mu v tomto prostředí stalo něco nepříjemného. Strach dětí vyvolává také obava z neznámé osoby, která se dítěte dotýká a která by mu mohla způsobit bolest. Strach dětí je normální reakcí především při prvním vyšetření, které je tak z tohoto pohledu velmi důležité. Pokud budeme mít dítě v další péči, vyplatí se věnovat prvnímu kontaktu čas a trpělivost.

Otoskopické vyšetření, vyšetření dutiny nosní, vyšetření orofaryngu, endoskopické vyšetření nosohltanu, tympanometrické vyšetření i odběr na kultivaci nosního sekretu nejsou při správném přístupu pro dítě významně nepříjemné. Nepříjemný je odběr na kultivaci z hltanu, bolestivý je odběr krve na vyšetření CRP a hodně nepříjemná a bolestivá je paracentéza.

U dětí nemocných, nevyspaných, se zvýšenou teplotou, a tedy mrzutých, musíme po získání anamnézy vyšetřit celou ORL oblast bez zbytečných průtahů a o získání důvěry dítěte se pokusíme až při kontrolním vyšetření. V podobné situaci je lékař na pohotovosti. Ošetřuje dítě, které pravděpodobně už znovu neuvidí, a musí situaci vyřešit ihned a co nejúčinněji. Pokud proběhne vyšetření na pohotovosti a je provedena paracentéza, tak se dítě ve většině případů dalšímu ORL vyšetření brání. Tuto situaci lze částečně ovlivnit tím, že rodičům dětí s častými infekty v horních cestách dýchacích a polykacích dáváme instrukce o první pomoci při bolesti ucha, informace o tom, kdy je nutno jít na pohotovost a kdy naopak počkat do rána, a pak zajít ke svému lékaři.

Pokud dítě přijde na vyšetření v relativně dobrém zdravotním stavu, snažíme se získat jeho důvěru, protože vyšetření a následné kontroly jsou pak většinou bez problémů. Dítěti věnujeme trpělivost a vyšetření čas. Kojence a děti v prelingválním věku drží doprovázející osoba v náručí a může na ně konejšivě mluvit, stejně jako na ně může mluvit i lékař během vyšetření. Matku informujeme o tom, co budeme dělat, a jak to pro dítě může být nepříjemné. Dětem, které již jsou schopny

slovní komunikace, nejdříve řekneme, co budeme dělat. Ukážeme jim, jak svítí endoskop, mohou si na něj i sáhnout, aby se přesvědčily, že není ostrý. Stejně tak si mohou podržet v ruce gumovou násadu na tympanometrickou sondu, mohou se dotknout štětičky podobné té, kterou budeme dělat výtěr. Pokud má dítě stále obavy, nabídneme mu, že nejdříve vyšetříme hračku, nebo doprovázejícího rodiče, aby vidělo, jak vyšetření proběhne. Pokud stále nemáme souhlas a tedy ani spolupráci, lze se s dítětem dohodnout, že za vyšetření obou oušek dostane čokoládu hned v ordinaci, nebo drobný dárek od matky později. Dítě nemá pocit, že je bezmocné, a většinou má tendenci vyhovět matce, překonat strach a nechat se vyšetřit. Při vyšetření spolupracujících dětí je nemusí matka pevně držet, ale jen je objímá nebo naopak drží dítě za ruce matku. Při prvním vyšetření a hraniční spolupráci vyšetříme jenom oblast, kterou musíme vidět hned s tím, že dítě přijde na kontrolu a při ní celé ORL vyšetření dokončíme. Před vyšetřením se s dítětem domluvíme, že pokud to bude nepříjemné, tak řekne „zlobíš“ nebo „dost“ a vyšetření na chvíli přerušíme. U tympanometrického vyšetření dítě ví, že ho nejen může přerušit domluveným způsobem, ale dozví se i to, že vyšetření trvá tak dlouho, než napočítáme do čtyř. Považujeme za výhodné, pokud toto rychlé vyšetření poprvé provede lékař, aby dítě nemuselo být v kontaktu s další neznámou osobou, popřípadě i v jiném prostředí. Po vyšetření děti v každém případě pochválíme a nabídneme jim drobný dárek. Matku požádáme, aby s dítětem o tom, co probíhalo v ordinaci, mluvila, spíše dítě chválila a před příští návštěvou připomněla, co se v ordinaci bude dít, a že se s doktorem/doktorkou na všem domluví. Pokud plánujeme tympanometrické vyšetření, můžeme půjčit „špuntík“, aby doma mohli trénovat vkládání gumové násady do ucha.

Při uvedeném postupu naprostá většina dětí spolupracuje, takže děti odcházející z ordinace s pláčem jsou spíše výjimkou. Při kontrolách jsou potom zdravé děti velmi často příjemnými a spolupracujícími partnery.

Literatura

- GREENHALG, T. *Primary health care theory and practice*. 2nd ed. Blackwell Publishing, BMJ Books, 2008, 316 p.
- GREENHALG, T. Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. *J. Prim. Health Care*, 2012, 4(2), p. 92–97.