

Vybrané respirační infekce v dětském věku – přehled diagnostiky a léčby

Respirační infekce jsou v dětském věku velmi časté a bývají nejčastějším důvodem návštěvy praktického lékaře pro děti a dorost.

Většinou se jedná o projevy infekce horních dýchacích cest s lehkým průběhem, na druhou stranu se u dětí vyskytují i značně komplikované respirační infekce s těžkým, život ohrožujícím průběhem. Proto je potřeba nepřehlédnout začátek rozvíjejícího se závažného respiračního infektu, zejména u rizikových dětí.

Infekce horních dýchacích cest

Toto onemocnění je v naprosté většině virové etiologie. Děti mají subfebrilie, rýmu, kašel, zvýšenou únavu. Není potřeba provádět prakticky žádná vyšetření – výtěry z nosu, krku, stanovení zánětlivých markerů, skiagram hrudníku nebo paranazálních dutin, tato vyšetření nepřinesou žádné validní informace, jsou jen zátěží pro pacienta a finanční rozpočet. Z léčby stačí klidový režim s dostatkem tekutin, při teplotě nad 38° antipyretika.

Infekce horních dýchacích cest vyžaduje především klid

Akutní laryngitida

Vyskytuje se převážně u dětí v kojeneckém a batolecím věku, může postihnout samozřejmě i větší děti nebo dospívající, ale u nich nemá většinou tak závažný průběh spojený s inspirační dušností. Etiologie je převážně virová. Začátek onemocnění je většinou v nočních hodinách s charakteristickým „štekavým“ kašlem s rozvíjející se inspirační dušností různého stupně. Laryngitida může začínat z plného zdraví, nebo při počínajícím virovém respiračním infektu. Teplota může být normální, nebo lehce zvýšená. Laboratorní markery jsou nízké. Dítě je většinou neklidné a tím se ještě více zvýrazňuje inspirační stridor.

Pokud jde o terapii, u většiny dětí stačí studená nebulizace a zvýšená poloha, při přetrvávání obtíží nebo progresi stavu

inhalace adrenalinu v ředění 1:3–4 s fyziologickým roztokem. Při velkém neklidu dítěte je potřeba šetrná sedace. Jestliže ani tato léčba nemá efekt, podávají se kortikosteroidy parenterálně, nejlépe dexamethazon v dávce 0,4–0,6 mg/kg/dávku pomalu intravenózně. Nedoporučuje se podávání perorálních nebo rektálních kortikoidů pro pomalý nástup účinku, i když tato forma léčby je mezi lékaři často používána.

Diferenciálně diagnosticky je stále potřeba myslet na možnost epiglotitidy, i když v posledních letech incidence tohoto onemocnění výrazně poklesla díky povinnému očkování na hemofila influenzae typu B. Při epiglotitidě má dítě septické horečky, rychlou progresi dušnosti, schvácenost, vysoké zánětlivé markery. Toto onemocnění je v naprosté většině bakteriální etiologie, může být způsobeno i jinými patogeny než hemofilem. Při podezření na epiglotitidu je potřeba vždy jednat velmi rychle a uvážně, je třeba neodkladný a lékařem zajištěný transport na JIP nebo ARO k zajištění volné průchodnosti dýchacích cest. Podávají se antibiotika – potencovaný amoxicilin nebo cefalosporiny II. nebo III. generace.

Akutní bronchitida

Zánět průdušek je časté onemocnění v dětském věku, zejména během podzimu a zimy. Etiologie je opět převážně virová. Klinický obraz může být velmi měnlivý, od lehkého až po stav s těžkou dušností a nutností ventilační podpory.

Akutní bronchitida začíná jako infekce horních dýchacích cest s rýmou, zpočátku suchým, dráždivým kašlem, který může měnit charakter na produktivní. Bývá zvýšená teplota, ne však septického charakteru.

Klinický průběh onemocnění je ovlivněn několika faktory – věkem dítěte a ostatními komorbiditami. Rizikovou skupinou jsou děti s perinatální zátěží – děti předčasně narozené s různým stupněm bronchopulmonální dysplazie, dále děti s chro-

U pneumonií je důležitá *správná antibiotická léčba*

nickými respiračními, kardiálními, metabolickými, neurologickými a systémovými chorobami. U těchto dětí může i lehká bronchitida probíhat pod obrazem těžkého respiračního onemocnění. Jestliže během bronchitidy dojde k bronchospasmu s projevy expirační dušnosti, nazýváme tuto formu obstruktivní bronchitidou.

Diagnóza se stanoví na základě anamnézy a klinického průběhu, u akutní bronchitidy bez komplikací není nutné vyšetřovat zánětlivé markery nebo provádět kulturační vyšetření. Skiagram hrudníku také nemá diagnostický význam.

V čem spočívá léčba? Prostá bronchitida bez expirační dušnosti vyžaduje pouze klidový režim s dostatkem tekutin, podávání mukolytik je diskutabilní, může mít efekt při produktivním kašli. Podávání směsi antitusik a mukolytik může klinický stav spíše zhoršit. Antitusika se mohou podávat na začátku onemocnění na noc při suchém dráždivém kašli. Léčba obstruktivní bronchitidy probíhá stejně jako léčba expirační dušnosti při bronchiálním astmatu. Léčba spočívá v aplikaci inhalačních bronchodilancí, při závažnějším průběhu podávání systémových kortikosteroidů. Při recidivách obstruktivních bronchitid je potřeba dítě doporučit k podrobnému vyšetření na dětské pneumologii nebo alergologii.

Pneumonie

Pneumonie jsou u dětí relativně časté a mnohdy závažné onemocnění. Každá věková skupina dětí má specifika – odlišnou etiopatogenezi nemoci, klinický průběh a terapii. Správné posouzení anamnézy, klinického stavu, mikrobiologického a laboratorního nálezu a skiagramu hrudníku by mělo vést k racionálnímu rozhodnutí o antibiotické léčbě. Často se v praxi setkáváme

s nasazením zbytečně širokospektrých antibiotik, nesprávné dávky a u atypických pneumonií nedostatečně dlouhé léčby.

Pneumonie lze dělit podle řady pohledů a kritérií. V klinické praxi je nutné rozlišit pneumonie vzhledem ke klinickému stavu pacienta a podle něj rozhodnout o správném nasazení antibiotické léčby. Pro snadnou orientaci a zahájení antibiotické terapie je důležité dělení pneumonií na typické a atypické. Léčba typických bakteriálních pneumonií spočívá v podávání penicilínových antibiotik v dostatečné dávce, léčba atypických pneumonií v podávání makrolidových antibiotik, v případě mykoplasmové nebo chlamydiové etiologie po dobu minimálně dvou týdnů.

Diagnostika pneumonií

Diagnostika vychází z anamnestických dat, klinického průběhu, fyzikálního vyšetření, skiagramu hrudníku a laboratorních vyšetření (sedimentace, krevní obraz, diferenciální rozpočet leukocytů, CRP). U těžších pneumonií je důležité provedení skiagramu hrudníku v zadopřední a bočné projekci k posouzení rozsahu a lokalizace patologického procesu. Před zahájením ATB léčby je vhodné provedení mikrobiologického vyšetření. Výtěry ze sliznic horních cest dýchacích nemají pro diagnostiku pneumonií význam, vyšetření sputa je u malých a nespolupracujících dětí neproveditelné. U spolupracujících dětí provedeme mikroskopické a kulturační vyšetření sputa. Rychlejší a citlivou metodou je PCR vyšetření sputa na respirační patogeny.

V poslední době je možné využívat rychlé metody stanovení pneumokokového antigenu v moči. Vyšetření má vysokou senzitivitu, ale může být falešně pozitivní při osídlení horních dýchacích cest některými typy streptokoků a po očkování na pneumokoka. ■

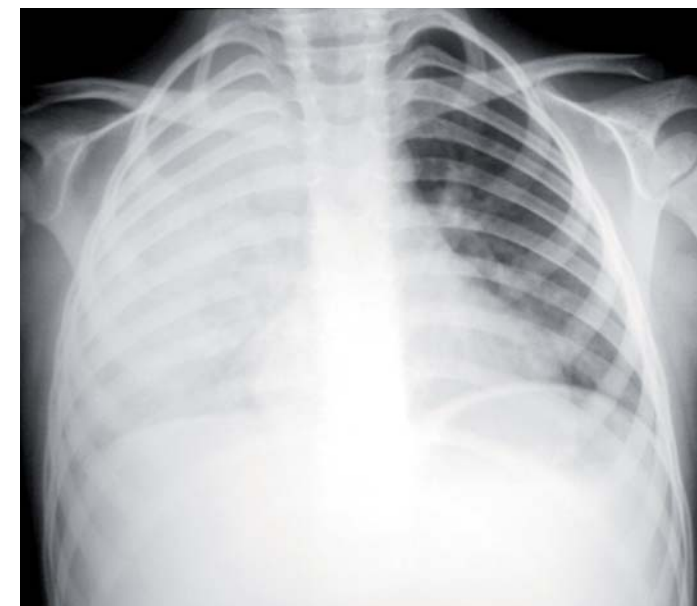


Foto: archiv autora



Pravostranná alární pneumonie u čtyřletého chlapce. Smíšená etiologie streptococcus pneumoniae + mycoplasma pneumoniae