

zobrazovacího vyšetření (CT či RTG VDN). Akutní rhinosinusitida se podle symptomů a typu postižení klasifikuje na a) běžnou rýmu / akutní virovou rhinosinusitidu (trvání příznaků méně než 10 dnů), b) akutní povirovou rhinosinusitidu (zhoršení příznaků po 5 dnech trvání či přetrvávání symptomů déle než 10 dnů a méně než 12 týdnů), c) akutní bakteriální sinusitidu (23, 31). Z praktických důvodů pro potřeby lékařů interních oborů níže uvádíme pouze definici akutní bakteriální sinusitidy, u které je event. zvažována antibiotická terapie.

Akutní bakteriální sinusitida představuje pouze malé procento případů (0,5 až 2 %) a je definována přítomností nejméně 3 z následujících symptomů: a) zkalený výtok a purulentní sekrece v dutině nosní (často jednostranně), b) bolest ve tváři (často jednostranně), c) horečka nad 38 st. C, d) zvýšené CRP, e) bifazický průběh infekce. V etiologii se uplatňují obdobná agens jako v případě akutní otitidy (14, 19, 23, 31).

Léčba nekomplikované sinusitidy je obvykle pouze symptomatická. Indikována jsou antipyretika/analgetika, dekonjescenční kapky mají omezený benefit, u osob starších 12 let lze zvážit podání intranazálních kortikosteroidů (avšak podle novějších dat je jejich efekt u nealergické rhinitidy diskutabilní (14)), antihistaminika mají benefit pouze u současné alergické rhinitidy. Antibiotická terapie není paušálně indikována u všech pacientů, kteří splní výše uvedená kritéria pro akutní bakteriální sinusitidu, a její indikace závisí na stavu pacienta a klinickém rozhodnutí lékaře. Antibiotická terapie by měla být zvažována zejména u pacientů: a) při přítomnosti závažných příznaků přetrvávajících více než 3 dny (teplota nad 39 st. C + purulentní sekrece z nosu a/nebo výrazná jednostranná bolest tváře či zubu), event. dále b) při náhlém nebo výrazném zhoršení příznaků po předchozím zlepšení (bifazický průběh), c) pokud nedojde ke zlepšení příznaků do 10 dnů od začátku onemocnění. V případě podezření na komplikace (např. periorbitální edém, protruze bulby, diplopie, oftalmoplegie, zhoršení bolestí hlavy, rozvoj známek meningeálního dráždění apod.) je nutné vyšetření specialistou a většinou hospitalizace pacienta (19, 23, 31).

Podle doporučení SKAP je lékem první volby fenoxymetylpenicilin (1–1,5 MIU/8 hod./5–7 dnů; 1 MIU = 590 mg), event. alternativně nedojde-li ke zlepšení stavu do 48 hodin amoxicilin/klavulanát (625 mg/8 hod./5–7 dnů). Při podezření na odontogenní původ fenoxymetylpenicilin společně s metronidazolem (500 mg/8 hod./5–7 dnů) a chirurgická sanace ložiska. Volba penicilinu s úzkým spektrem účinku vychází z principu, že u akutní sinusitidy představují nejvýznamnější a nejrizikovější etiologická agens grampozitivní koky v našich podmínkách dobře citlivé na penicilin (*S. pneumoniae*) a cílem je vybrat antibiotikum s malým vlivem na rozvoj a šíření rezistence (23). Fenoxymetylpenicilin jako antibiotikum první volby uvádí dánské, švédské, norské i britské NICE doporučené postupy (32–35). Randomizovaná dvojité zaslepená kontrolovaná studie neprokázala při sledování klinického stavu a radiologického korelátu (CT VDN) významnější rozdíl při užití penicilinu či amoxicilinu (36).

Akutní faryngitida a tonzilofaryngitida

Definice: Infekční zánětlivé postižení hltanu a patrových mandlí nejčastěji vyvolané virem, méně často bakteriemi. Až 80 % případů onemocnění je vyvoláno virem a představuje častou příčinu nevhodného

použití antibiotik v primární péči. Mezi nejčastější etiologická agens patří běžné respirační viry, v případě syndromu infekční mononukleózy se uplatňuje EBV. Z bakterií onemocnění vyvolává *S. pyogenes*, vzácněji betahemolytické streptokoky skupiny C a G, anaerobní bakterie (*Fusobacterium necrophorum*) či *A. haemolyticum*. Mezi vzácné příčiny akutní tonzilofaryngitidy dále patří akutní retrovirový syndrom (první stadium infekce HIV), event. jiné pohlavně přenosné nákazy (*N. gonorrhoeae*, *T. pallidum*), akutní toxoplazmóza, tularémie či difterie (*C. diphtheriae*).

V rozhodování o zahájení antibiotické terapie je zásadní zejména klinický obraz. Pro odlišení infekce *S. pyogenes* lze využít tzv. Centorova kritéria zahrnující: a) věk 3–14 let, b) exsudace na tonzilách, c) absence kašle, d) submandibulární lymfadenopatie, e) horečka nad 38 st. C. Při přítomnosti každého z příznaků se přičítá 1 bod, v případě, že je pacient starší 44 let bod se odčítá. Centorovo skóre 4 a více bodů svědčí s vysokou pravděpodobností o streptokokové infekci a je doporučeno zahájení antibiotické terapie. Pokud je skóre 3, doporučuje se provést rychlý test na přítomnost streptokokového antigenu/výtěr a při pozitivním výsledku antibiotickou terapii zahájit, v případě skóre 2 a méně je pravděpodobnost streptokokové etiologie nízká a antibiotická terapie se nezahajuje. V případě provedení „Streptestu“ u pacientů s Centorovým skóre pod 3 či zcela asymptomatických osob se zvyšuje pravděpodobnost záchytu komenzálního osídlení a nadbytečné antibiotické léčby. Antibiotika lze event. zvážit, dojde-li ke zhoršení příznaků či jejich přetrvávání po dobu více než 5 až 7 dnů. Vyšetření specialistou a antibiotická terapie je indikována při podezření na komplikace (25).

Antibiotikum první volby je fenoxymetylpenicilin (1–1,5 MIU/8 hod./5 dnů; 1 MIU = 590 mg) (25). Randomizovaná kontrolovaná švédská studie prokázala, že 5denní terapie streptokokové tonzilofaryngitidy fenoxymetylpenicilem (800 mg/6 hod.) je non-inferiorní vůči 10dennímu režimu (1 000 mg/8 hod.) (37). Původní 10denní režim v sobě zahrnoval i profylaktické podání (od 6. do 10. dne) s cílem zamezit reinfekci v časně rekonvalescenci, a tím omezit riziko rozvoje revmatické horečky; léčba penicilem je de facto její primární prevencí. V současné době se však revmatická horečka v Evropě nevyskytuje, přičemž důvodem je, že ve vyspělých zemích necirkulují kmeny s revmatogenním potenciálem (rizikovými M proteiny) (38, 39). Antibiotická terapie či prodloužené podávání nemá vliv na případný rozvoj poststreptokokové glomerulonefritidy (25). Rizika z prodlouženého podávání antibiotik tak již převyšují možný benefit. Studie francouzských autorů z roku 2014 uvádí, že v současnosti by stála prevence vzniku pouhého 1 případu revmatické horečky ve Francii díky prodloužené (10denní) terapii více než 2 mil. euro (40). Velmi obdobně k délce terapie přistupuje WHO, které rovněž jako lék první volby doporučuje fenoxymetylpenicilin (800 klU/6 hod.; 1 MIU = 590 mg) či amoxicilin (500 mg/8 hod.) a v případě zemí s nízkým výskytem revmatické horečky pouze po dobu 5 dnů (19). U pacientů s recidivujícími tonzilofaryngitidami je možné zvážit zajištění i. m. benzatinpenicilem po dobu respirační sezóny (25).

V souvislosti s vyšším výskytem invazivních streptokokových infekcí v sezóně 2022/23 bylo ve Velké Británii v prosinci 2022 přechodně pozastaveno používání relativně striktních doporučení využívajících Centorův skórovací systém pro indikaci antibiotické terapie u akutní