

CHRONICKÉ ZÁNĚTY HORNÍCH CEST DÝCHACÍCH

MUDr. Pavla Urbánková

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Chronická onemocnění horních cest dýchacích postihují dočasně či trvale nemalou část populace. Etiologie těchto patologických stavů je většinou multifaktoriální, kromě individuálních predispozic se uplatňují i faktory zevního prostředí. Průběh potíží bývá protrahovaný s kolísavou intenzitou příznaků. Možnosti kauzální terapie jsou často omezené, terapie bývá zdoluhavá a vyžaduje trpělivost pacienta i ošetřujícího lékaře. Článek shrnuje nejčastější nozologické jednotky s jejich typickou symptomatologií s diagnosticko-terapeutickými postupy. **Klíčová slova:** chronická rinitida, adenoidní vegetace, alergie, chronická faryngitida, chronická tonzilitida, tonzilektomie.

Med. Pro Praxi 2007; 4(9): 416–418

Úvod

Pod pojem chronické záněty dýchacích cest řadíme četnou skupinu onemocnění postihující jednotlivé orgány proximální části respiračního systému. Jejich prevalence je vysoká, charakterizovány jsou vleklými často polymorfními obtížemi různé intenzity. Většina těchto onemocnění nepatří mezi život ohrožující, nicméně mohou kvalitu života poměrně negativně ovlivnit. Pacienti s těmito potížemi jsou častými návštěvníky jak v ordinacích praktických lékařů, tak i otorinolaryngologů, své subjektivní potíže často velmi intenzivně vnímají. Z etiologických faktorů se podílí velkou mírou faktory moderní civilizace, které nepříznivě ovlivňují stav sliznice horních cest dýchacích. Její důležitá funkce bariéry vůči agresivním vlivům zevního prostředí je oslabena, dochází ke zvýšenému průniku cizorodých antigenů a je iniciována obranná reakce s uvolňováním řady mediátorů indukujících rozvoj lokálního zánětu. Nejříve dochází ke změnám funkčním (zvýšení či snížení sekrece, snížení funkce ciliárního aparátu), následně lze identifikovat i změny morfológické (zvýšení či snížení koncentrace pohárkových buněk a hlenových žlázek, hypertrofie mukózní lymfatické komponenty, chronická zánětlivá celulóza stromatu, metaplázie až dysplázie epitelu). Těžké dysplastické změny v prostředí chronického zánětu je třeba považovat za prekancerózu.

Z konkrétních etiologických činitelů je třeba uvést vlastnosti znečištěného ovzduší s vysokou koncentrací prachových částic, CO₂ a přízemního ozónu, přítomnost výfukových plynů a jiných chemických látek ve venkovním, domácím či pracovním prostředí. Nízká vzdušná vlhkost je problémem zejména panelových zástaveb, ubikviterně se zvyšuje i koncentrace množství alergenů jak sezonních, tak pereniálních. V poslední době se i v našich podmínkách zvyšuje výskyt klimatizovaných prostor, jejichž mikroklima s nuceně cirkulujícím suchým vzduchem rovněž stav slizniční bariéry poškozuje, negativně se projevují i výrazné teplotní rozdíly vnitřního kli-

matizovaného a venkovního prostředí. Zásadní nežádoucí vliv má kouření, pominout nelze i zvýšené požívání alkoholu. Vliv obecného nadužívání antibiomatických substancí nejenom v humánní medicíně modifikuje fyziologickou ochrannou mukózní mikroflóru a umožňuje etablaci patogenně působících rodů (např. streptokoků, zlatý stafylokok, *hemophilus influenzae*), pomíjet nelze ani chronickou infekci virovými či plísňovými původci.

Stručně lze shrnout, že domácí, pracovní i venkovní prostředí, ve kterém se pohybujeme, má velmi málo společných charakteristik s prostředím čisté přírody a příbytků s optimálním mikroklimatem.

Rozvoj chronických zánětů horních cest dýchacích je tedy většinou vlivem dlouhodobého polyfaktoriálního spolupůsobení chemických, fyzikálních a biologických činitelů doma, v práci i venku.

Symptomy postižení chronickým zánětem jsou rozmanité, často málo specifické s kolísající intenzitou, pacienti je často neumí správně pojmenovat či konkretizovat. Potíže mohou být přítomny celoročně, v určitých ročních obdobích, případně intermitentně, mohou se vyskytovat či zhoršovat pobytem v některých prostředích. Nejčastěji se vyskytují potíže typu zahlenění, parestezie v krku jako pobolívání, škrábání, pálení, pocit tlaku či cizího tělesa, pokašlávání, zhoršení kvality hlasu, některé příznaky jsou specifické dle lokalizace postižení.

Chronická rinitida

Jako chronickou rinitidu označujeme chronické zánětlivé postižení sliznice nosní dutiny.

Symptomy chronické rinitidy zahrnují nosní obstrukci, kýčání, pálení a svědění nosní sliznice, nasolabie, pocit plnosti v nosní dutině, sekreci vodnatou, hlenovou či hnisavou, přítomna bývá i cefalea, poruchy čichu a chuti či opakovaná epistaxe. Patofyziologicky dochází k vazomotorické dysregulaci s dilatací cévních pletení, překrvením s následnou kongescí sliznice a vodnatým výtokem. Tento mechanismus je společný všem kategoriím neinfekční nealergické rýmy, odlišné jsou pouze vyvolávající momenty. Stav, kdy se nám žádný činitel nepodařilo identifikovat, je označován jako idiopatická chronická rinitida (místo dřívějšího vasomotorická). Chronickou nosní obstrukci a vodnatým výtokem trpí rovněž pacienti s anamnézou dlouhodobé topické aplikace nosních dekongestiv typu alfa-adrenergických agonistů. Toto užívání vede k down-regulaci alfa-adrenergických cévních receptorů a následnou převahou účinku parasympatického. Užívání těchto přípravků musí být omezeno na maximálně 5–7 dní v případech akutní nosní obstrukce při nemocech z nachlazení, virových infekcí, v léčbě potíží chronických své místo nemají, ač si je pacienti sami opakovaně a dlouhodobě aplikují. Nemocnému je třeba tento problém podrobně vysvětlit, zdůraznit

Tabulka 1. Rhinitis chronica – dělení

alergická	sezónní	alergeny: pyly, trávy
	celoroční (pereniální)	alergeny: prach, roztoči zvířecí chlupy
infekční	viry	často při primárních či sekundárních imunodeficittech, při cystické fibroze a syndromu ciliární dyskineze, TBC, syfilis, ozéna, sekundární infekce nekroz u tumorů či Wegenerovy granulomatózy
	bakterie plísňe	
nealergická neinfekční	hormonální	těhotenství, hormonální antikoncepce, hypothyreóza
	profesionální	dráždivé látky z pracovního prostředí – čpavek, rozpouštědla
	indukovaná léky, jídlem či iritačními látkami	antihypertenziva – betablokátory, metylDOPA, antiflogistika, hormonální preparáty
	atrofická	vyšší věk, dlouhodobá aplikace kortikoidních preparátů
	nealergická s eozinofilií	syndrom NARES
	idiopatická	dříve vasomotorická, primární vasomotorická dysregulace

nutnost vysazení kapek, které nahrazujeme topickou slizniční aplikací kortikoidů případně i celkově podávanými antihistaminiky.

Klinicky nalézáme hyperemickou nosní sliznici s patologickým výtokem, omezená nosní průchodnost ustupuje po místní anemizaci. V případě chronické atrofické rýmy je sliznice atrofická, suchá, křehká, snadno krvácející s ulpívajícími krustami. Rtg vyšetření paranasálních dutin vyloučí jejich postižení, stěry na kultivaci pomohou identifikovat přítomné infekční agens. Detailní přehlednutí nosních průduchů umožní endoskopické vyšetření nejčastěji rigidními endoskopy.

Při podezření na alergický původ potíží je indikováno alergologické vyšetření zahrnující detailní rozbor faktorů individuálního životního stylu a prostředí, kožní PRICK testy, stanovení celkové hladiny IgE, případně IgE proti specifickým antigenům.

V případě chronické alergické rinitidy terapie zahrnuje eliminace kontaktu s vyvolávajícím agens, lokální aplikaci antihistaminik a kortikosteroidů, v indikovaných případech i desenzibilizační léčbu. Perorální aplikace antagonistů H1 receptorů je užívána široce spolu s terapií topickou, zatímco dlouhodobá perorální aplikace glukokortikoidů je vzhledem ke svým nežádoucím účinkům opodstatněná v minimálním množství případů chronické alergické rinitidy. Současné postižení paranasálních dutin v lehkých případech řešíme identicky, těžké postižení s obstrukcí přirozených vývodů, dutin či těžkou polypózou jsou indikací k endoskopickému endonazálnímu chirurgickému výkonu. Nealergickou infekční rýmu řešíme antibiotickou terapií optimálně cíleně dle mikrobiologického vyšetření, nezbytná je identifikace a sanace fokálních zdrojů infekcí (adenoidní vegetace, odontogenní ložiska). Eradikace některých kmenů bakterií může být obtížná, pomoci může i terapie autovakcínou.

Nealergické neinfekční rinitidy řešíme dle typu postižení např. změnou či vysazením medikace, eliminací kontaktu s iritačními látkami, změna pracovního prostředí. Těhotenská rinitida odezní po stabilizaci hormonálních hladin. V případě rýmy idiopatické je patologická vasodilatace s hypersekrecí snižována lokální aplikací parasimpatolytik (např. ipratropium).

Chronický zánět nosohltanu

Chronický zánět v oblasti nosohltanu je charakterizován zejména tzv. zadní rýmou – zahleněním se stékáním sekretu po zadní stěně hltanu. Přítomna bývá i nosní obstrukce, nazolalie, při postižení vývodů Eustachových tub jsou vyjádřeny příznaky otologické – zalehnutí uší s převodní nedoslýchavostí, lupání a praskání v uších při polykání. Porucha drenážní a ventilační funkce tuby pak vede

k rozvoji chronické sekretorické otitidy. Nejčastěji se chronický zánět udržuje v kolonizované lymfatické tkáni adenoidní vegetace, může ale být přítomen i po odstranění či při přirozené atrofii nosní madle. Klinicky nalézáme zatékající hustý hlen až hlenohnis po zadní stěně mezofaryngu někdy až zasychající. Nosohltan posoudíme zadní rinoskopií či transnasální endoskopií. Nalézáme zde hlenový či hnisavý povlak, zánětlivé změny na sliznici či laločnatou často zahleněnou tkáň adenoidní vegetace, posuzujeme i stav ústí Eustachových trubic. Nepřímé jsou nálezy otoskopické – vpáčený bubínek při podtlaku ve středouší, viditelná může být i hladinka sekretu za klidným bubínkem. K rozlišení podtlaku či sekretu v dutině bubínkové napomůže provedení tympanogramu. Terapeuticky je metodou volby adenotomie v případě zjištění adenoidní vegetace, v tomto případě pacientovi potíže mizí po zhojení operační rány. Bez přítomnosti vegetace provádíme stěr na bakteriologické vyšetření, dle kterého zavádíme zejména lokální antibiotickou terapii. V těžších případech jsou indikována antibiotika i celkově dle kultivace. Příznivý vliv má i indikace terapie inhalační s mukolytiky, prokapávání a proplachy nosu a nosohltanu Vincentkou, zvlhčování vdechovaného vzduchu. Při přítomnosti patologických příznaků svědčících pro postižení nosohltanu (i izolovaných otologických příznaků) je nutné vizuální přehlednutí struktur nosohltanu, vždy myslet je třeba i na možnou infiltraci tumorózním procesem zejména při současném postižení hlavových nervů.

Chronická faryngitida

Představuje často se vyskytující chronický zánět v oblasti mezofaryngu s možným šířením i na další úseky hltanu. Dle charakteristiky změn na sliznici dělíme chronickou faryngitidu na 3 základní formy – hypertrofickou, hypertrofickou granulární a atrofickou. Při formě hypertrofické a granulární nalézáme zduřelou zarudlou sliznici s ulpívajícím vazkým hlenem, zmožené a zduřelé jsou ostrůvky lymfatické tkáně difúzně na zadní stěně či ve formě hypertrofických laterálních lymfatických provazců. Aτροφická forma je charakterizována vyhlazenou suchou zarudlou sliznicí se zasychajícím hlenem. Subjektivně pacient udává parestzie v krku, zahlenění, může být přítomno i pokašlávání, pocit cizího tělesa či tlaku v krku a zhoršení polykání. Kromě klinického nálezu využíváme výsledku výtěru z krku, důležité je vyloučit i infekci fungální zejména u pacientů imunokompromitovaných, diabetiků či po opakované antibiotické terapii. S hypertrofií lymfatické tkáně hltanu se setkáváme i u lymfoproliferativních onemocnění či při infekcích postihujících lymfatickou tkáň (HIV). Naopak atrofická forma zánětu se zhoršuje po provedení tonzilektomie či při dlouhodobé

aplikaci kortikosteroidů v inhalační formě při terapii bronchiálního astmatu. Suchost sliznice predisponující k rozvoji chronického zánětu je zhoršována i užíváním léků s parasimpatolytickým efektem jako jsou antihistaminika, antidepresiva, neuroleptika, negativně se uplatňuje i kouření, alkohol či pobyt a práce v prostředí s prachem či chemickými výpary s iritačním vlivem na sliznici. Chronická faryngitida může být jediným příznakem gastroezofageálního refluxu, při kterém můžeme vykulitovat kmen *Helicobacter pylori* ze střeva z krku. V rámci diferenciální diagnostiky je třeba všechny tyto možné příčiny identifikovat a pokud lze zaměřit terapii cíleně, případně indikovat změny chronicky užívané medikace. Dle výsledku mikrobiologie cíleně aplikujeme terapii antibiotickou. Její aplikaci je třeba pečlivě zvážit dle symptomů, stavu pacienta a charakteristice identifikovaného infekčního agens. V některých případech (například při záchytu zlatého stafylokoku) často nevede i opakovaná aplikace k eradikaci původce a pacient je spíše zatěžován nežádoucími účinky. V těchto případech stejně jako v případech, kdy se nám nepodařilo identifikovat jinou příčinu, se uplatňuje terapie lokální – kloktadla, orální antiseptika (chlorhexidin, povidonjod, benzydamin), bylinné čaje. Pozitivní vliv lze očekávat od léčby inhalační, popíjení minerálních vod (Vincentka) či od magistraliter připravovaných salinických kloktadel. Doporučujeme i klimatoterapii – pobyt u moře či balneoterapii. Obecně je třeba uvést, že terapie chronické faryngitidy je často zdoluhavá s malým efektem. V těchto případech se snažíme alespoň zmírnit nejvýraznější pacientovy obtíže. Zde má své místo i jistá forma psychoterapie, při které nemocnému jeho stav podrobně vysvětlíme, vyloučíme jeho obavy z vážnějšího postižení a snažíme se jej aktivně zapojit do terapeutických procedur (režimová opatření, klimatoterapie).

Chronická tonzilitida

Jedná se o chronické zánětlivé změny v oblasti patrových mandlí. Chronickým zánětem mohou být postiženy tonzily bez ohledu na jejich velikost, onemocnění se vyskytuje nejčastěji u dospívajících a mladých dospělých. Etiopatogeneticky se jedná o bakteriální infekci využívající členitou strukturu mandlí s hlubokými kryptami. Mandle postižené chronickým zánětem jsou brázděné, tuhé, pro adheze k lůžku je nelze luxovat (při tlaku lopatkou na přední patrový oblouk mandli nelze vytlačit), přítomny jsou často zapáchající čepy uvolňující se při expresi. Pacienti udávají chronické pobolívání v krku, zápach z úst právě při uvolňování čepů, subfebrilie, únavnost, bolesti svalů a kloubů. Často jsou přítomny akutní exacerbace onemocnění ve formě akutní anginy s těžkými lokálními i celkovými příznaky (silné bolesti v krku, vysoké ho-

rečky, vysoká hladina zánětlivých markerů). Přítomny mohou být i projevy paratonzilární – postižení ledvin typu autoimunitní glomerulonefritidy, postižení kloubů, myozitidy či postižení srdce. S těmito příznaky se setkáváme při chronické infekci pyogenním streptokokem (beta-hemolytický streptokok skupiny A). Protilátky proti tomuto patogenu zkříženě reagují s tělu vlastními antigeny a způsobují postižení tkání a orgánů. V rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit faryngitidu, jejíž příznaky bývají často s anginami zaměňovány. V tomto případě ale bývají lokální příznaky mírnější charakteru parestezií v krku s difúzním postižením sliznice hltanu, ve fázích akutní exacerbace bývají pacienti afebrilní či s teplotami do 38 °C, nebývají těžké celkové příznaky či paratonzilární komplikace. K odlišení je důležité vyzvat pacienta k vyšetření ve fázi akutní exacerbace. Důležité je i bakteriologické vyšetření stěrem z tonzil, optimálně odesíláme k vyšetření stěr získaný po expresi vytlačení z tonzilárních krypt. Infekce může být ale etablována hluboko v tonzilární tkáni a i opakované výtěry mohou být negativní. Zvýšené hodnoty sedimentace, leukocytóza a vysoká hodnota antistreptolysinu přispívá k potvrzení diagnózy chronické tonzilitidy. Metodou volby je v případě chronické tonzilitidy chirurgické odstranění patrových mandlí – tonzilektomie. Výkon je v současné době prováděn výhradně v celkové anestézii

a jeho indikaci je třeba důkladně zvážit. Vzhledem k imunologické funkci tonzil (tvorba protilátek, bariérová funkce, zachycení a prezentace antigenů) se snažíme vyhnout operaci u dětí do 5 let, tato funkce ale postupně vyhasíná již přibližně od 12 let, u dospělých je již minimální. Často udávané zvýšení infekcí v oblasti dolních cest dýchacích po tonzilektomii nebývá nijak dramatické, nicméně mohou se zhoršit projevy chronické atrofické faryngitidy. Kromě lokálního nálezu a laboratorních hodnot je důležité hodnotit frekvenci a charakter akutních exacerbací – lokální nález, celkové příznaky, komplikace. Indikační kritéria k provedení tonzilektomie zpřesňuje tzv. Pittsburgský protokol vycházející zejména z frekvence a charakteru akutních vzplanutí. Jasnou indikací k provedení tonzilektomie je výskyt paratonzilárních komplikací, tumorů, tonzilární sepse, peritonzilárního abscesu či jasně prokázaného fokálního zdroje infekce v oblasti mandlí s klinickými projevy či u pacientů před předpokládanou imunosupresní terapií (transplantace). Pokud ale zaměňujeme projev chronické faryngitidy za

příznaky chronického zánětu patrových mandlí, operace nemocnému žádoucí benefit nepřinese.

Závěr

Závěrem lze uvést, že řada případů chronických zánětů v oblasti horních cest dýchacích je určitou daní modernímu životu s technickými vymoženostmi, které ale současně mění charakteristiky optimálního životního prostředí. Kauzální terapie je mnohdy nemožná, různými modalitami se snažíme symptomy alespoň zmírnit, léčba je zdoluhavá a nemocní nebývají uspokojeni dosaženými výsledky. Na druhé straně například správně indikovaná a provedená tonzilektomie může nemocnému výrazně ulevit a překvapivě přispět i ke zlepšení celkového zdravotního stavu.

MUDr. Pavla Urbánková

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
LF MU a FN u sv. Anny, Brno
Pekařská 53, 656 91 Brno
e-mail: pavla.urbankova@fnusa.cz

Literatura

1. Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR. Ear, Nose And Throat Diseases. New York, ThiemeMedical Publishers Inc 1989.
2. Hybášek I. Ušní, nosní a krční lékařství. Praha: Galén, Karolinum 1999.
3. Leska V. Kompendium ORL dětského věku. Praha: Grada Publishing 1995.
4. Uchytíl B, Smilek P, Kostřica R. et al. Vyšetřovací metody a základní diagnostika v otorinolaryngologii. Praha: Triton 2002.

Další literatura u autora