

# Vybrané akutní stavy v otorinolaryngologii

MUDr. Pavla Urbánková, MUDr. Libor Urbánek

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

Některé akutní stavy v otorhinolaryngologii mohou vést ve velmi krátké době k ohrožení života. V článku jsou uvedeny typické projevy jednotlivých onemocnění a nejdůležitější kroky v terapii s důrazem na úkony v rámci první pomoci a přednemocniční fáze léčby.

**Klíčová slova:** otok jazyka, akutní laryngitida, akutní epiglottitida, obstrukce horních cest dýchacích, sufokace, absces.

## Selected acute conditions in otorhinolaryngology

Some acute diseases in otolaryngology can lead to life-threatening situation in very short time. Typical symptoms and most useful steps in treatment are described in the paper with accent on primary care and prehospital treatment phase.

**Key words:** lingual oedema, acute laryngitis, acute epiglottitis, obstruction of upper airways, suffocation, abscess.

Med. Pro Praxi 2010; 7(2): 80–83

## Úvod

Oblasti dutiny ústní, hltanu a hrtanu, jejichž postižení představuje sféru zájmu otorinolaryngologa, jsou vzhledem ke své lokalizaci místem prvotního kontaktu trávicího a dýchacího traktu se zevním prostředím. Citlivé sliznice čelí expozici celé řady antigenů nejenom z potravy či vzduchu, dochází zde také k prvotnímu uchycení a následnému průniku infekčních agens do organismu. Výše uvedené mechanismy si evolučně proto vynutily vytvoření bariéry imunitního systému v takto exponovaných oblastech, kterou představuje nahromadění lymfatické tkáně v oblasti sliznic horních cest dýchacích a polykacích. V závislosti na virulenci infekčního agens a aktuálního stavu celého organismu dochází v řadě případů k prolomení imunitní bariéry a rozvoji onemocnění. Zánětlivá postižení výše uvedených oblastí patří mezi nejčastější onemocnění, se kterými se každodenně setkáváme. Většina z nich typu akutní rinitidy, faryngitidy a laryngitidy způsobovaná převážně virovými infekcemi patří mezi banální onemocnění, jejichž průběh a léčba nevyžaduje akutní intervenci otorinolaryngologa. Nicméně stále existují stavy, jejichž průběh může být perakutní a v krátkém časovém horizontu mohou vést k bezprostřednímu ohrožení života. S těmito stavy v jejich akutní fázi se setkává i lékař všeobecné praxe a právě léčebná opatření iniciovaná lékařem prvního kontaktu mohou významně v pozitivním slova smyslu ovlivnit průběh onemocnění.

## Akutní onemocnění jazyka a dutiny ústní

V oblasti dutiny ústní se relativně často setkáváme s akutně vzniklým edémem jazyka. Nástup potíží bývá často velmi náhlý, jazyk je

řádově v minutách postižen edémem vedoucím k jeho propagaci ven z dutiny ústní, přítomna bývá hypersalivace, potíže s polykáním a v závislosti na postižení kořene jazyka a hrtanu i různě závažné potíže dechové, které mohou vyústit i v akutní sufokaci při totální obstrukci vchodu do hrtanu edematózním postižením kořene jazyka. Etiologicky bývá příčinou tohoto stavu nejčastěji alergická reakce vyvolaná složkami potravy, léky či jinými agens. Zejména v letních měsících se setkáváme i s akutním otokem jazyka a hltanu po štípnutí hmyzem. Jako zajímavost lze uvést, že v naší praxi se nejčastěji setkáváme s popícháním hmyzem při napití ze sklenice piva, které tento hmyz velmi láká. Postižení jazyka výše uvedené etiologie je charakterizováno bledým nebolestivým výrazným prosakem a otokem postihujícím i spodinu dutiny ústní, jejíž sliznice může vyčnívat až nad úroveň okraje zubů dolní čelisti. V místě poranění hmyzem nalézáme drobnou petechii, přítomno může být i žihadlo, nicméně toto místo nemusí být zřetelné. Nemocný má pootevřená ústa s prolabujícím jazykem a salivací, přítomna bývá setřelá huhňavá řeč. Zevně bývá hmatný difuzní prosak submentální oblasti. Postižení oblasti kořene vyvolává pocit cizího tělesa v krku s dysfagií, v případě obstrukce hrtanového vchodu se objevuje inspirační stridor různé závažnosti. Případnou dechovou insuficienci je vhodné sledovat pulzní oxymetrií přinášející informaci o saturaci kapilární krve kyslíkem. Klinicky významný pokles saturace je ale již alarmujícím příznakem velmi závažného stavu vyžadujícího často instrumentální zajištění dýchacích cest. Důležité je zhodnotit míru postižení hrtanového vchodu a tedy hrozící nebezpečí sufokace. Je třeba proto provést nepřímou či přímou endoskopickou

laryngoskopii, která je v našich podmínkách výkonem otorinolaryngologickým. Pacienta je proto třeba odeslat na příslušné specializované pracoviště. Léčba musí být nicméně zahájena neodkladně a zahrnuje parenterální, optimálně intravenózní podání léků s antiedematózním účinkem. Lékem volby je podání kortikoidů, jejichž efekt lze očekávat řádově po desítkách minut a bývá velmi výrazný. V rámci dostupných preparátů je běžně k dispozici hydrocortison (**Hydrocortison inj.**) či novější a 5× účinnější methylprednisolon (**Solu-medrol**). Aplikovaná dávka závisí na tíži stavu a zvyklostech pracoviště. Dle našich zkušeností volíme nejčastěji Solumedrol v dávce 125–250 mg, kterou lze v případě potřeby opakovat. Lék podáváme v krátkodobé infuzi ve 100 ml fyziologického roztoku. K dalším podávaným preparátům patří antihistaminika (**Dithiaden inj.**, **Prothazin inj.**) podávané ve formě intravenózní či intramuskulární injekce. Příznivě se může uplatnit i sedativní působení antihistaminik zejména u nemocných, u kterých stav vyvolává výrazné obavy a neklid. Vhodné je rovněž podání kalcia v intravenózní formě (**Calcium gluconicum inj.**), jehož antiedematózní účinek spočívá ve stabilizaci buněčných membrán se snížením jejich permeability. V rámci celkových opatření je třeba připomenout nutnost ponechání nemocného vsedě, abychom zabránili zhoršení obstrukce tlakem zapadajícího kořene jazyka na oblast hrtanové příklopky. Vhodné jsou chladné až ledové obklady na krku, event. cucání ledových kostek, které navozenou vazokonstrikcí mohou přispět ke zpomalení rozvoje otoku. Nejtěžší stavy s akutní dechovou nedostatečností vyžadují emergentní zajištění dýchacích cest. Metodou volby je orotracheální intubace, která ale bývá změněnými poměry

v ústech, hltanu hrtanu mnohdy problematická. V případě dostupnosti je výhodné využít možnosti tzv. flexibilní intubace – tedy zavedení tracheální kanyly po konduktoru flexibilního bronchoskopu. Pokud není intubace možná nebo se nezdaří, je nutno přistoupit k provedení koniotomie, kterou následně po transferu pacienta na operační sál konvertujeme na klasickou operační tracheotomii.

Etiologicky se u alergického otoku jazyka často uplatňují dráždivé složky potravy – exotické ovoce, oříšky, mořské plody, koření, nicméně reakci mohou vyvolat i různé příměsi, stabilizátory, barviva apod., které jsou v potravině v minimálním množství. Otokem jazyka se může projevit i alergie léková, typické inhalační alergie (prach, pyl, roztoci, plísňe, peří) tento stav vyvolají výjimečně. Pacient musí být po zvládnutí akutního stadia a vysazení medikace podrobně alergologicky vyšetřen se snahou identifikovat vyvolávající činitel, v případě závažného průběhu musí být vybaven pohotovostním balíčkem a podrobně edukován o jeho užití.

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit otok a zánětlivou infiltraci jazyka při flegmonózních a abscedujících zánětech. V těchto případech nebývá rozvoj symptomů tak rychlý, lokálně nalézáme otok s výrazným zarudnutím, přítomna bývá silná spontánní i palpační bolestivost. Nicméně i u těchto stavů může dojít k obstrukci horních cest dýchacích. K celkovým odlišným příznakům patří febrilie, zimnice, třesavka, celková schvácenost. Tyto záněty vznikají jako komplikace poranění jazyka (i velmi drobných), kolem zapíchnutých cizích těles (rybí kost, drátek ze zubní protézy apod.). V poslední době s narůstající módou piercingu v jazyku jsme se opakovaně setkali s rozsáhlým abscesem a flegmónou v jeho okolí. Lékem volby jsou u těchto stavů vysoké dávky širokospektrých antibiotik (nejčastěji volíme aminopeniciliny chráněné vůči betalaktamázám – amoxicilin/klavulanát, v případě podezření na anaerobní infekci pak clindamycin či metronidazol). V případě vytvořeného abscesového ložiska je indikována incise a drenáž. K identifikaci abscesu pomůže provedení punkce v místě vyklenutí či fluktuace. Ke zpřesnění nálezu využíváme také CT vyšetření s aplikací kontrastní látky, které ale může být zatíženo artefakty ze zubních výplní. Edém kolem zánětlivého ložiska lze ovlivnit antihistaminiky, aplikace kortikoidů je vzhledem k infekčnímu původu onemocnění a současně imunosupresivním působení těchto preparátů diskutabilní. Nicméně při rozvíjejícím se významném kolaterálním edému hrtanového vchodu

s hroící sufoakací je jejich podání jednorázově možné (**Hydrocortison inj.** 5–15 mg/kg i.v., **Solumedrol inj.** 125–250 mg i.v.). Je velmi důležité si uvědomit, že postižení jazyka výše uvedenými stavy znemožňuje příjem potravy a zejména tekutin, proto součástí terapie musí být rehydratace a korekce vnitřního prostředí. Pomocná léčba zahrnuje analgetika, antipyretika, v případě potřeby analgosedaci při intubaci či po tracheotomii. Vzácně se vyskytující flegmonózní postižení oblasti spodiny dutiny ústní, která nazýváme angina Ludowici, jejíž etiologie bývá nejčastěji odontogenní. Klinicky je maximum postižení submentálně se silnou bolestivostí, zánětlivou infiltrací a zarudnutím. Metodou volby jsou incise a drenáž ze zevního přístupu, celková terapie se jinak neliší od postižení jazyka podobného typu.

V rámci akutního postižení oblasti jazyka je třeba ještě zmínit i možnost rozsáhlého hematomu jazyka vznikajícího po ostrém či tupém traumatu, instrumentálních či chirurgických výkonech. S rozsáhlými hematomy jazyka vzniklými po minimálním traumatu případně spontánně se setkáváme u pacientů s poruchami koagulace nejčastěji při aplikaci antikoagulační terapie warfarinem, u nemocných s lymfoproliferačními onemocněními nebo po aplikaci chemoterapie. Základním léčebným opatřením je zábrana dalšího krvácení s nutností optimalizace koagulačních parametrů (mražená plazma, trombonáplav, u těžkých stavů koncentráty koagulačních faktorů). V případě nálezu rozsáhlého fluktuujícího ložiska je indikována chirurgická incise a drenáž. Nezbytné je zajištění širokospektrými antibiotiky, která nasazujeme s cílem zabránit rozvoji infekce v hematomu. Indikace instrumentálního zajištění dýchacích cest vyplývá z tíže klinického postižení a neliší se od výše popsaných postupů a modalit. V rámci první pomoci i u těchto stavů je nutno ponechat pacienta sedícího ledovat krk a zabránit případné aspiraci krve.

### Neodkladné stavy při onemocnění hltanu

V oblasti hltanu je nejčastějším závažnějším stavem rozvoj peritonzilárního abscesu či flegmony jako komplikace akutní tonzilitidy. Tyto stavy vznikají v průběhu akutní anginy nebo několik dní po jejím přeléčení. Dochází znovu ke zhoršení celkového stavu s výraznouodynofagií (většinou jednostrannou). Omezeno je otevírání úst ochranným spazmem žvýkacích svalů (tj. rozvíjí se tzv. trismus), pacient velmi obtížně přijímá stravu a tekutiny, v některých

případech je nucen vyplivovat i sliny. Typická je rovněž setřelá huhňavá řeč. Klinicky nalézáme zarudnutí, asymetrii různě výrazným vyklenutím peritonzilárního prostoru. Patrová mandle bývá zánětlivou infiltrací vytlačena mediálně, mnohdy dosahuje až ke střední čáře. Lokální nález bývá poměrně typický a onemocnění může být identifikováno již při prvotním kontaktu v ordinaci praktického lékaře. Pacient ale musí být odeslán k odbornému ORL vyšetření a následné terapii. Při klinickém vyšetření otolaryngologem je nutno zhodnotit i oblast hypofaryngu a hrtanového vchodu a vyloučit tak sekundární kolaterální edém v této oblasti. Velmi vzácně se může peritonzilární absces vyskytnout současně oboustranně. Základním krokem v léčbě je evakuace abscesového ložiska a podávání širokospektrých antibiotik. Dle zvyklostí pracoviště lze zvolit několik postupů. V úvahu připadá akutně provedená tonzilektomie na postižené straně se současnou širokou drenáží ložiska lůžkem mandle. Hovoříme o tzv. **tonsillektomii a chaud (za horka)**. Další možnost představuje incise ložiska v lokální anestezii s pravidelnými dilatacemi provedené incise umožňující evakuaci hnisavé retence. Tonzilektomie je následně indikována buď časné po odeznění příznaků (za vlažna) nebo po cca 5–6 týdnech (za studena). Jednou z dalších možností je i provedení odlehčovací punkce peritonzilárního prostoru s evakuací hnisu a podáváním ATB terapie.

V případě flegmonózního postižení hnisavé ložisko vytvořeno není, incisi tedy neprovádíme a pacient je léčen konzervativně. Stadium flegmony ale často představuje období formujícího se hnisavého ložiska, které následně musí být incisí či tonzilektomií ošetřeno. V nejasných případech napomůže k rozlišení mezi flegmonózním a abscedujícím postižením provedení CT vyšetření, které upřesní lokalizaci event. abscesové formace. V případě výskytu edému v oblasti hrtanového vchodu je indikována terapie antihistaminiky, kortikoidy je třeba podávat s opatrností nejlépe pouze jednorázově, nicméně v případě výrazného edému v této oblasti mohou pacienta uchránit nutnosti instrumentálního zajištění dýchacích cest. Velmi závažný může být průběh hlubokých krčních infekcí vznikajících nejčastěji další propagací invazivní infekce do hlubokých kompartmentů v krční oblasti. Jejich anatomické uspořádání napomáhá rychlému šíření infekce jednotlivými faciálními prostory až do oblasti horního mediastina a v nejtěžší formě dochází k rozvoji descendentní nekrotizující mediastinitidy, jejíž letalita dosahuje i v současné době 30–50 %. Prvotním zdrojem bývá nejčastěji ložisko

v oblasti lymfatické tkáně hltanu nebo afekce odontogenní. Tyto stavy jsou velmi závažné a jejich detailní popis přesahuje rámec tohoto článku. Pacient s těžkým postižením hlubokých krčních kompartmentů vykazuje známky septického postižení organismu – zimnice, třesavka, vysoké febrilie, v nejtěžších případech se rozvíjí i septický šok s hypotenzí, tachykardií a orgánovým selháváním. Klinicky je přítomna výrazně bolestivá zánětlivá indurace krku s palpační citlivostí podél velkých cév až v jugulu. Pacient musí být neodkladně odeslán na pracoviště s kompletním zázemím zahrnujícím chirurgickou i resuscitační péči.

### Akutní subglotická laryngitida

Časté a mnohdy závažné akutní stavy v ORL oblasti představuje postižení hrtanu jakožto nejužšího místa na rozhraní horních a dolních dýchacích cest. Tento faktor se uplatňuje zejména v dětském věku, ve kterém se s těmito stavy setkáváme nejčastěji. Nejčastější akutní onemocnění hrtanu představuje akutní laryngitida. Zatímco u dospělých onemocnění probíhá pod obrazem nezávažného postižení charakterizovaného dysfonií až afonií, bolestí v krku a suchým kašlem s nevýznamným otokem sliznice dýchacích cest, u dětí ve věku cca od 6 měsíců po 4–5 let může dojít k dramatickému urgentnímu stavu vyžadujícímu neodkladný terapeutický zásah. Hovoříme proto o akutní sufokující laryngitidě. Maximum postižení je lokalizováno těsně pod hlasivkami. Dochází k edematóznímu prosaku velmi řídké pojivové tkáně subglottického prostoru. Její zduření o 2 mm vede v batolecím věku k cca 70% zúžení, zatímco u dospělých stejné postižení redukuje postiženou oblast o 10–20%. Etiologicky se jedná o virovou infekci vyvolanou různými kmeny respiračních virů (rhinoviry, adenoviry apod.). U dětí je typický urgentní nástup z plného zdraví nebo s předcházejícím nevýznamným katarom HCD. V noci po ulehnutí se dítě budí záchvatem štekavého kašle, objevuje se dyfonie až afonie, v těžkých případech až dechová insuficience se zapojováním auxiliárního dýchacího svalstva (zatahování jugula a nadklíčků, vpádávání mezižeberních svalů a nadbřišku). Celkově bývají spíše subfebrilie, dítě většinou nemá polykací potíže, vyhledává polohu vsedě. K hodnocení závažnosti stavu byla vypracována různá skórovací schémata, z nichž nejznámější je hodnocení dle Downese. Posuzován a bodován je výskyt a charakter kašle, stridoru, zapojení auxiliárního dýchání, cyanózy, hodnocen je poslechový nálezní na plicích. Stejně informace nám poskytne

komplexní klinické zhodnocení stavu nemocného dítěte.

V rámci první pomoci ještě v domácím prostředí je velmi vhodné vzít dítě do chladného prostředí (balkon, dvůr apod.). Kontakt s chladným vzduchem vyvolá vazokonstrikci kapilár v podslizničním pojivu a tím napomůže k redukcii otoku postižené oblasti nebo alespoň zabrání další progresi. Další možností je i vlhký stan nad postýlkou se současně otevřeným oknem. Dítě ponecháme v poloze, kterou samo vyhledá, tj. nejčastěji vsedě, u malých kojenců zajistíme zvýšení horní poloviny těla cca o 30%.

Stran medikamentózní intervence jsou základním lékem volby kortikoidy, s výhodou v dětském věku využíváme prednison ve formě čípku (přípravek **Rectodelt 100 mg**), který lze užít již od kojeneckého věku. Podání per rectum je navíc snadno proveditelné i v domácích podmínkách. Nástup účinku je cca po 20–30 minutách s vrcholem za 90–120 minut. Tímto lékem by měly být vybaveni rodiče v případě opakovaných laryngitid tak, aby jej mohli dítěti aplikovat již při nástupu příznaků. Maximální denní dávka jsou 2 čípky, tj. 200 mg. Podání kortikoidů intravenózně je již záležitostí lékařské péče, aplikován je nejčastěji hydrocortison v rámci 10–15 mg/kg i.v., u nejnižších hmotnostních kategorií podáváme jednorázově dávku 100 mg, alternativně lze využít i jiné přípravky – například dexamethazon v dávce 0,6 mg/kg i.v. (**Dexamed, Dexona**). Efektivní je i inhalační podávání látek s vazokonstrikčním účinkem – nejčastěji je využíván adrenalin v dávce 5 mg v 5 ml fyziologického roztoku k nebulizaci, podobně využít lze i Sanorin. Pozitivně působí i inhalační podání kortikoidů (např. budenosid). Podávání další medikace záleží na zvyklostech pracoviště, často bývá užíváno antihistaminik (nejčastěji promethazin – **Prothazin** p.o., event. i.v. v dávce 1 mg/kg, nicméně tento přípravek v injekční formě nyní již není k dispozici a podání tablet je tzv. off label u dětí mladších 12 let). U antihistaminik bylo s výhodou využíváno jejich sedativního efektu, který pomohl zklidnit vyděšené dítě. Je však mít na paměti, že u části dětských pacientů paradoxně nastávala excitační reakce. V případě potřeby sedace je proto lépe využít preparáty ze skupiny benzodiazepinů, nejčastěji midazolam (**Dormicum inj.**), které je podáváno zejména u dětí, jejichž stav si vynutit instrumentální zajištění dýchacích cest a je nutné sedaci zabránit např. nechtěné extubaci. K instrumentálnímu zajištění dýchacích cest je nutno přistoupit u dětí s nejtěžším průběhem se známkami respirační insuficience. V těchto

případech je indikována orotracheální intubace, jejíž provedení ale může být problematické. Je třeba rovněž mít na paměti, že jakákoliv manipulace v oblasti postiženého hrtanu může mít za následek vznik akutní sufokace, proto by intubace měla být prováděna v podmínkách dostupnosti resuscitační péče a operačního sálu pro případ, že by si situace vynutila urgentní chirurgické zajištění dýchacích cest. Urgentní intubace ale může v některých případech být nezbytná i rámci lékařské první pomoci (perakutní průběh, pozdě volaná pomoc). V těchto případech je nutné být připraven na nutnost emergentního provedení koniotomie v případě nemožnosti zavést orotracheální kanylu.

Nutnost intubace se v současnosti uvádí méně než 1:100, tracheostomie či jiné chirurgické zajištění dýchacích cest je indikována v méně než cca 1:1 000 případů. Antibiotická léčba není vzhledem k etiologii stavu primárně indikována, je nasazována pouze v nejtěžších případech s invazivním zajištěním dýchacích cest nebo při projevech sekundární bakteriální infekce.

### Akutní epiglottitida

Oproti subglotické laryngitidě je etiologie akutní epiglottitidy bakteriální. Jejím nejčastějším původcem v dětském věku je kmen bakterie *Haemophilus influenzae* typ b, který vyvolává akutní flegmonózní zánět příklopky. Nejčastější výskyt tohoto onemocnění býval v dětském věku mezi 1.–4. rokem, nicméně zavedení účinné vakcinace vedlo k významnému poklesu incidence tohoto závažného onemocnění. Před očkováním se poměr dětských a dospělých pacientů pohyboval na úrovni 2,6:1, po proočkování se obrátil na 0,4:1 v neprospěch dospělých. U dospělých pacientů se na původu onemocnění podílí širší spektrum původců a častěji se vyskytuje abscedující forma. Onemocnění je charakterizováno náhlým začátkem z plného zdraví a rozvíjející se silnou odynofagií s nemožností polykat ani vlastní sliny, které vytékají z úst. Hlas bývá naopak jasný bez chrapotu a kašle. Pacient vyhledává úlevovou polohu vsedě s mírným překlonek hlavy a otevřenými ústy. Záklon hlavy naopak vyvolá uzavření hrtanu prosáklou ztluštělou příklopkou, proto je nutno pacienta ponechat vsedě a nepokládat. V případě závažného nálezu dochází k obstrukci hrtanového vchodu s následnou akutní sufokací. Progrese stavu bývá velmi rychlá a dramatické zhoršení může nastat při snaze o vyšetření manipulací v dutině ústní a hltanu, proto jakákoliv snaha o vyšetření pacienta musí být vedena velmi šetrně. Diagnostika vyplývá z poměrně jasného klinického obrazu

a přehlédnutí edematózní příklopky, která bývá u dětí často patrná již při vyšetření hltanu. U dospělých nález ozřejmíme nepřímou či přímou laryngoskopií. Kauzální léčebnou metodou u tohoto onemocnění představuje včasné nasazení širokospektrých antibiotik pokrývajících potencionální spektrum původců (cefalosporiny II. generace, aminopeniciliny). Empirickou léčbu modifikujeme dle výsledků bakteriologického vyšetření. Antiedematózní léčba kortikoidy není metodou volby, nicméně na některých pracovištích bývají podány s cílem zmenšit kolaterální edém hrtanového vchodu. V těžkých perakutně probíhajících případech je indikováno neodkladné zajištění dýchacích cest, a to jako prvotní terapeutický úkon, který pomůže překlenout nejtěžší období do nástupu účinku ATB terapie. Možnost orotracheální intubace může být při výrazném otoku epiglottis znemožněna a je nutno provést urgentní tracheostomii respektive koniotomii s následnou tracheostomií ve zdravotnickém zařízení. V některých případech je proto lépe zvolit časnější intubaci v okamžiku, kdy to ještě lokální poměry umožňují, než čekat na úplný uzávěr dýchacích cest.

V případě vytvoření abscesového ložiska, se kterým se setkáváme u více než poloviny dospělých pacientů, je indikována jeho incise a evakuace pod endoskopickou kontrolou nejlépe v celkové anestezii. Aplikace chladného kyslíku nebulizací je samozřejmou součástí terapie stejně jako symptomatická terapie horečky, bolestí apod.

Akutní obstrukce hrtanu s dechovou insuficiencí může být vyvolána i jinými příčinami, poměrně často se vyskytuje alergický otok typu Quinckeho edému, jehož léčba se shoduje s výše popsáním postupem u otoku jazyka stejné etiologie, který se navíc často vyskytuje současně. Neprůchodnost hrtanu při aspiraci cizího tělesa, úrazu či nádorovém postižení apod. vyžaduje emergentní transport pacienta na specializované pracoviště a v případě potřeby je v rámci první lékařské pomoci nutné invazivně zajistit dýchací cesty.

### Závěr

Výše popsané akutní stavy v oblasti horních cest dýchacích mohou představovat i v současné době bezprostřední ohrožení života. Jejich včasné rozpoznání a efektivně zahájená terapie již při prvním kontaktu nemocného s lékařem hraje v průběhu a prognóze onemocnění zásadní roli a správně zvolená opatření bezpochyby přispějí k záchraně lidského života.

### Literatura

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

**další literatura u autora.**

---

#### **MUDr. Pavla Urbánková**

*Klinika otorhinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LF MU Brno a FN u sv. Anny  
Pekařská 53, 602 00 Brno  
pavla.urbankova@fnusa.cz*

---