

Bolesti v krku představují problematiku s níž přichází asi 10% pacientů do lékárny a vůbec nejčastější problematiku řešenou praktickým lékařem. Účelem příspěvku je podat přehled nozologických jednotek s důrazem na prognosticky závažná onemocnění a informovat o základech jejich diagnostiky a terapie z pohledu farmaceuta.

Klíčová slova: bolesti v krku, léčba, role farmaceuta.

1. Úvod

Bolesti v krku představují asi 1/3 případů z celkového počtu pacientů, kteří přicházejí k praktickému lékaři. Pacienti, u kterých bylo diagnostikována pouze banální příčina obtíží nebo pacienti, kteří si symptom bolesti v krku léčí sami, přicházejí do kontaktu s farmaceutem, který jim doporučuje vhodné léčebné přípravky většinou z kategorie orálních antiseptik a analgetik. Podle empirických zkušeností farmaceutů tito klienti tvoří v celkové klientele farmaceuta asi 10% podíl. Nejčastější příčinou těchto bolestí jsou banální virové infekce HCD. Pouze malý podíl případů bolestí v krku jsou prognosticky závažnější onemocnění, z nichž za nejzávažnější považujeme akutní epiglottitis, zánětlivé komplikace angín nebo jiných zánětů horních cest dýchacích a polykacích, traumaticky podmíněné bolesti v krku a nádory. Úkolem farmaceuta není pouze nabídnout pacientovi vhodný typ léčby, nýbrž také vytipovat nemocné, u nichž by se – vzhledem k povaze jejich symptomů – mohlo jednat o výše uvedená prognosticky závažná onemocnění a těm kromě symptomatické léčby doporučit i návštěvu lékaře.

2. Základní vymezení nozologických jednotek

V závislosti na etiologii můžeme bolest v krku rozdělit na 4 základní typy:

- bolest traumatického původu
- bolest při zánětlivých onemocněních
- bolest způsobená nádory
- ostatní případy bolesti v krku.

Až na výjimky neexistuje žádný významný a spolehlivý vztah mezi charakterem bolesti a etiologií onemocnění, který by šlo využít diagnosticky.

Z diferenciálně diagnostického hlediska je však důležitá predilekční lokalizace bolesti, kterou pacient je schopen většinou udat přesně, protože vymezuje pravděpodobnou lokalitu, kde je patologie umístěna. Bolest v oblasti isthmus faucium, patra, bolesti v oblasti nosohltanu bývají zevně lokalizovány do oblasti úhlu mandibuly. Bolesti kořene jazyka, bolesti vchodu do hrtanu bývají nejčastěji lokalizovány do oblasti jazyky. Bolesti v oblasti dolní části hypofaryngu a bolesti v oblasti vchodu do jícnu způsobují bolestivou dysfagii lokalizovanou do jugula.

2.1. Traumatická bolest v krku

Traumatická bolest zahrnuje jednak přímá a nepřímá traumata v oblasti dýchacích a polykacích cest, dále cizí tělesa a poleptání. Stanovení etiologie zde většinou nečiní obtíže vzhledem k typické anamnéze.

V případě cizích těles je nejdůležitější jeho identifikace a následná extrakce. Predilekční lokalizace cizích těles je v oblasti přirozených úžin polykacích cest nebo v místě patologických stenóz. Polohu cizího tělesa odhadujeme na základě lokalizace bolesti udávané pacientem, nejčastější lokalizace cizího tělesa je v oblasti vchodu do jícnu v místě Killianova svěrače, a tudíž i pacient svoji bolest typicky udává ve výši jugula. V této lokalizaci je příčinná souvislost mezi bolestí v krku a cizím tělesem natolik častým jevem, že cílené otázky týkající se ingescce cizího tělesa by měly být jedněmi z prvních při odebrání anamnézy. Po ingesci cizího tělesa je třeba pátrat důkladněji zejména tehdy, jedná-li se o pacienta v dětském věku, který může ve strachu údaj o uvíznutí cizího tělesa zamlčet. Poleptání polykacích cest představuje velmi závažnou problematiku jak

v akutním stadiu tak v čase následném kvůli vysokému riziku jizevnatých stenóz a perforace jícnu. V praktické farmacii se s touto problematikou prakticky nesetkáváme, jelikož závažné poleptání vždy vyžaduje akutní zdravotnickou péči. Při první pomoci se snažíme zředit korozivní látku pozitivním vlivem vody nebo slabého neutralizačního roztoku, zásadně se nesmí vyvolávat zvracení. Samozřejmostí je co možná nerychlejší zjištění přesného chemického složení požití látky, telefonická konzultace toxikologického centra a transport na specializované pracoviště.

U ostatních traumat je postup přísně individuální a závisí na rozsahu traumatických změn. U bolestí v krku, kterých máme podezření na traumatický původ je nutné vždy vyloučit, zda nehrozí nebo již není přítomno porušení kontinuity polykacích cest. V případě zanedbání takového stavu totiž hrozí vznik hluboké krční infekce nebo purulentní mediastinitidy, což jsou onemocnění s vysokým rizikem úmrtí pacienta.

2.2. Zánětlivá bolest v krku

Zánětlivá bolest v krku představuje nejčastější příčinu bolestí v krku. Při prvotním diagnostickém posouzení je třeba vždy vzájemně posoudit subjektivní potíže pacienta, celkové příznaky zánětlivého onemocnění a lokální nálezy. U nejasných stavů je dobrou pomocí laboratorní nález s vyšetřením zánětlivých markerů – leukocytózy, diferenciálního obrazu bílých krvinek, sedimentace erytrocytů a CRP. Pokud nález svědčí pro virový infekční, spočívá léčba v režimových opatřeních a symptomatické terapii. Tentýž postup platí u pacientů s chronickými záněty hltanu. V případě akutní tonzilitidy nebo v případě podezření na jiný bakteriální zánět je třeba zahájit léčbu antibiotiky. U většiny onemocnění vystačíme s empirickým podáváním antibiotik, identifikace původce je třeba provádět u recidivujících stavů, a u atypických a klinicky závažných infekcí. V případě chronických nebo často recidivujících angín je třeba zvážit provedení tonzilektomie. Z velkého počtu infekcí, jež se mohou projevit v ORL oblasti zasluhují pozornost především následující stavy:

Akutní epiglottitis

Zánět hrtanové příklopky je u malých dětí způsoben infekcí *Haemophilus*



influenzae skupiny B, u dospělých se častěji setkáváme s abscedujícím zánětem způsobeným kombinovanou infekcí stafylokokovou nebo streptokokovou spolu a anaeroby. U tohoto onemocnění se setkáváme stále často se selháním lékařské péče, často s forenzními následky. Klíčovou podmínkou úspěšné terapie akutní epiglottitis je včasná diagnóza. Pokud není onemocnění včas diagnostikováno, dojde po jeho prudkém rozvoji v rozmezí několika hodin až dní (u dítěte bývá průběh onemocnění mnohem rychlejší), k fatálnímu zakončení v důsledku zánětlivé stenózy hrtanového vchodu a udušení pacienta.

Zánětlivé komplikace angín – paratonzilární flegmóna nebo absces

Tyto komplikace jsou způsobeny progresí bakteriální infekce mimo tonzilu, kdy dojde buď k neohraničené infekci nebo k vytvoření abscesové formace. Pro tyto komplikace angín svědčí jednostranná akcentace potíží bez příznivé odpovědi na podávanou antibiotickou léčbu s prudkým zhoršením polykacích obtíží, kdy není nemocný často schopen polknout ani tekutiny. V takovém případě je co nejdříve indikováno ošetření na specializovaném ORL pracovišti, kde je potřeba lokalizovat abscesové ložisko, chirurgicky je otevřít a zamezit možným recidivám, které přicházejí asi ve 30 % případů. V zásadě se preferují dva postupy, buď incise abscesu s následnou tonzilektomií po zhojení abscesu, nebo provedení okamžité tonzilektomie „za horka“. ATB léčbu měníme dle citlivosti bakteriologického vyšetření punktátu z abscesu.

Retrofaryngeální absces

Toto poměrně vzácné onemocnění je charakterizováno vyklenutím zadní stěny hltanu. U dětí se vyskytuje nejčastěji jako důsledek nespecifického hnisavého zánětu v retrofaryngeální lymfatické uzlině, u starších pacientů je třeba vyloučit specifický proces, zvláště pokud chybí horečka.

Angina agranulocytotica, angina leukemica

Uvedená onemocnění se projevují jako nekrotizující angíny s těžkým lokálním nálezem, u kterých prakticky chybí reakce okolních lymfatických uzlin. Takový obraz angíny bývá často prv-

ním příznakem prognosticky závažného hematologického onemocnění.

Infekční mononukleóza, antropozoonózy (nejčastěji oropharyngeální forma tularémie)

U těchto onemocnění je typické, že se příznaky angíny kombinují s nápadným regionálním zvětšením lymfatických uzlin. Stanovení diagnózy je závislé kromě provedení základního laboratorního vyšetření rovněž na provedení sérologického vyšetření s průkazem protilátek proti příslušnému infekčnímu agens.

Retronasální angína

Vzniká zánětlivým postižením nazofaryngeální tonzily. Subjektivními potížemi připomíná zánět patrových mandlí, navíc je přítomno zalehnutí uší a rýma.

Flegmóna nebo absces kořene jazyka

Bolest svojí lokalizací do oblasti jazyky a celkový stav pacienta připomíná akutní epiglottitis, rozvíjí se huhňavost. Stejně jako u akutní epiglottitidy hrozí i u tohoto onemocnění rozvoj stenózy dýchacích cest.

Změny faryngu při autoimunitních, mukokutánních onemocněních a imunodeficientních stavech

V oblasti proximálního úseku polykacích cest se často projevují některá autoimunitní kožní onemocnění jako pemphigus, pemphigoid nebo Stevens-Johnsonův syndrom a to ve formě bulózních eflorescencí, které se mění v mnohočetné bolestivé ulcerace. Mnohočetné ulcerózní eflorescence sliznice s výraznou bolestivostí, horečkou a výraznou poruchou polykání jsou typické také pro herpetickou gingivostomatitidu, která doprovází některé imunopatologické stavy. Podrobné diferenciálně diagnostické schéma je nad rámec tohoto sdělení.

Pro farmaceuta, který neprovádí klinické vyšetření, je základním diagnostickým nástrojem anamnéza. Na závažný stav může farmaceuta upozornit především krátký a rychlý rozvoj potíží do závažného stavu, který trvá jen několik hodin nebo dní z plného zdraví, což je typické zejména pro akutní epiglottitis. Klinický stav onemocnění nemusí být v době návštěvy farmaceuta ještě zcela rozvinut, a proto by doporučení

navštívit lékaře v případě zhoršování symptomů onemocnění i přes doporučenou léčbu mělo být standardem při každém kontaktu farmaceuta s pacientem s bolestmi v krku. Alarmujícím symptomem, který by měl vždy vést farmaceuta k tomu, aby pacientovi doporučil neprodleně navštívit lékaře, je vysoký stupeň dysfagie a odynofagie, kdy má pacient potíže i s polknutím tekutin. Pokud takový údaj není u pacienta pouhou agravací a odpovídá skutečnosti, jde téměř vždy o klinicky i prognosticky závažný stav.

2.3. Bolest v krku způsobená nádory

Odynofagii se vyznačují nádory v oblasti orofaryngu, hypofaryngu a vchodu do hrtanu. Zpočátku jde spíše o pocit cizího tělesa s váznutím sousta. S růstem tumoru, jeho regresivními změnami a infiltrací senzitivních nervových pletení kolem faryngu se rozvine odynofagie často s iradiací do ucha. Bolesti jsou většinou výraznější, pokud dojde k postižení kostěných struktur nádorem. Nádory patří ve výčtu onemocnění spojených s bolestí v krku k nejčastějším onemocněním s mylně stanovenou diagnózou. Na tumor můžeme nepřímou usuzovat rovněž z orientačního vyšetření uzlinového systému krku, kde často nacházíme tuhé výrazné nebolestivé zduření uzlin kulovitěho tvaru, někdy se zduřelé uzliny sdružují v pakety. Tumor je nutno vždy vyloučit v případě, že bolesti v krku trvají více než 3 týdny až měsíc a nejsou citlivé na běžně podanou terapii. Podezření na tumor je dále posíleno případně, že se jedná o muže nad 50 let věku s abúzem cigaret nebo alkoholu v anamnéze.

2.4. Ostatní příčiny bolestí v krku

Tyto příčiny tvoří heterogenní skupinu onemocnění z nichž je třeba pamatovat na následující:

Elongovaný processus styloideus

Toto onemocnění vzniká vlivem osifikace ligamentum stylohyoideum, častěji se tak děje u pacientů po tonzilektomii. Elongované styloidy tlačí na okolní anatomické struktury a způsobují dlouhodobé bolesti v krku při polykání. Při konfliktu elongovaného styloidu s nervovými strukturami může elongovaný styloidní výběžek způsobit až neuralgiformní bolesti s iradiací do ucha nebo dolů po krku.

Neuralgické bolesti

Z obličejových neuralgií se bolestmi v krku projevuje neuralgie n. glosso-pharyngeus, která může být buď primární, kdy se nezjistí žádná organická příčina, nebo sekundární, kdy je stanovena pravděpodobná organická příčina stavu.

Radiační mukositis

Je to stav, kdy je sliznice poškozena radioterapií. Vyskytuje se pravidelně u pacientů ozařovaných pro onkologické onemocnění hlavy a krku, podle míry poškození sliznice rozdělujeme závažnost mukositivity do čtyřech stupňů. Vzhledem k typickému výskytu není stanovení diagnózy obtížné, léčba spočívá v aplikaci analgetik, orálních antiseptik, v dostatečné hydrataci a výživě pacienta a v důsledném dodržování hygieny dutiny ústní.

Carotidynie

Carotidynie je extrémně vzácné onemocnění, které se projevuje výraznými bolestmi v krku a zevního kožního krytu krku s maximem v průběhu velkých cév. Stav doprovází měkký prchavý otok krku a tváře. Bolesti se vysvětlují drážděním vegetativních a senzitivních nervových pletení kolem velkých cév, etiologie onemocnění není známa. Léčebně se pozitivně uplatňují kortikosteroidy.

Psychogenní, příčiny, globus hystericus

Stav se vyznačuje hltanovými parestéziemi, pocitem sucha v krku ovšem bez výraznějšího nálezu atrofické faryngitidy. Pacienti trpí kancerofobií, je typické opakované vyšetření u různých ORL specialistů vždy s negativním nálezem nebo nálezem lehčí atrofické faryngitidy. Léčba kromě režimových opatření spočívá především v psychoterapii, v citlivém přístupu k pacientovi a opakovaném trpělivém poučení pacienta, především je nutno rozptýlit v něm obavy z maligního onemocnění, pokud tyto obavy existují.

3. Diagnostické poznámky

Z pohledu praktického farmaceuta je anamnéza jedinou možností, jak se alespoň rámcově orientovat v diagnostice bolestí v krku. Základní otázky farmaceuta by se měly týkat především následujících charakteristik:

1. délka trvání bolestí v krku. Jestliže bolest v krku trvá déle než měsíc a pokud již pacient neúspěšně absolvoval nějakou terapii, je vždy tento stav podezřelý z nádorového onemocnění. Toto podezření umocní zejména přítomnost dalších rizikových faktorů – kouření, mužské pohlaví, věk nad 50 let.
2. stupeň funkční alterace orofaryngeálního segmentu. Při výraznější poruše polykání (nemocný má potíže polknout tekutiny), při hlučnosti a trizmu (ztížené otevírání úst), je vždy podezření na prognosticky závažné onemocnění (komplikovaný zánět či pokročilý nádor) s potenciálem zúžit dýchací cesty a ohrozit pacienta na životě. V takovém případě je nutno vždy pacienta odkázat na lékaře – ORL specialistu k neprodlenému vyšetření, ve zvláště závažných situacích i zajistit transport RZP.
3. zduření lymfatických uzlin. Při výraznějším zduření lymfatických uzlin je podezření na nádorové onemocnění nebo na některá infekční onemocnění. Obojí stav není vhodný k samoléčbě a měl by být vždy posouzen lékařem.

4. Terapie

Základem terapie bolestí v krku je terapie kauzální, která odstraňuje příčinu, jenž k bolestem v krku vedla. U traumatické bolesti v krku závisí terapeutická opatření na stupni poškození, které je sledováno při endoskopickém vyšetření, což musí být provedeno co nejdříve. Léčba cizích těles spočívá v jejich chirurgickém odstranění z endoskopického přístupu. Léčba poleptání je zaměřena jednak na zvládnutí případného porušení integrity polykacích cest a na prevenci a případné zvládnutí s ním spojeného život ohrožujícího zánětu mediastinu. U méně závažných poleptání je léčba zaměřena zejména na prevenci korozivních stenóz. Samozřejmě musí být léčba případné otravy spojené s ingescí žíraviny. Přesný doporučený postup je nad rámec tohoto sdělení. Speciální léčebný postup, spočívající většinou v chirurgickém výkonu a následné radioterapii, je indikován u nádorových onemocnění. Zde se postupuje podle standardních léčebných protokolů, které byly sestaveny na zá-

kladě konsenzu předních odborníků na onkologickou problematiku hlavy a krku a jejich podrobný popis je rovněž nad rámec tohoto sdělení.

Kauzální léčba bakteriálních zánětů a jejich komplikací spočívá v drenáži abscesových formací (pokud jsou přítomny) a v podání antibiotik vhodnou formou a dle citlivosti. U závažných zánětlivých komplikací v oblasti polykacích cest je nutná identifikace původce infekce a ATB léčba dle citlivosti. Před zjištěním původce se nasazuje ATB léčba širokospektrými antibiotiky se zaměřením na spektrum G+ bakterií, anaerobních infekcí, z G- bakterií by měl být v účinném spektru zahrnut také *Haemophilus influenzae*. ATB podáváme většinou parenterálně z důvodu rychlejšího nástupu účinku a dosažení vyšších terapeutických hladin a také kvůli omezenému perorálnímu příjmu, se kterým se u těchto onemocnění pravidelně setkáváme. U méně závažných bakteriálních infekcí, jakou je například nekomplikovaná lakunární angína, si vystačíme s empirickým výběrem antibiotik. V empirické léčbě angín je stále nejúčinnější látkou V-penicilin, jelikož nejčastějším původcem tohoto zánětu bývá betahemolytický streptokok. Antibiotikem druhé volby při nemožnosti podávat betalaktamová antibiotika (např. při alergii na ně) se doporučují antibiotika makrolidová. V případě zánětů HCD mimo patrové tonzily se doporučuje antibiotikum, jehož účinek zahrnuje i kmen *H. influenzae*, jako například kombinace Amoxycilinu a kyseliny klavulanové, je však třeba posoudit, zda se nejedná o infekci EBV, jelikož v takovém případě je podání Amoxycilinu kontraindikováno.

Antibiotika nejsou indikována u většiny akutních faryngitid, poněvadž tyto jsou virového původu. Vodítkem k jejich indikaci ve většině případů postačí lokální nález a zhodnocení dynamiky klinické symptomatologie v anamnéze. V případě, že je lokální nález nejasný, indikaci potvrdí bakteriologické vyšetření a vyšetření zánětlivých markerů. Symptomatická léčba bolestí v krku zahrnuje jednak léčbu analgetickou a jednak lokální podpůrnou léčbu. V případě, že dojde v důsledku bolestí k podstatnému snížení příjmu tekutin a potravy, je indikována také léčba mající za cíl udržení dostatečného sta-



vu výživy a hydratace. Symptomatická léčba je indikována jako léčba samostatná u zánětlivých onemocnění primárně virové etiologie a u radiační mukositivity. Jinak je vedena jako doplněk léčby kauzální. K analgetické terapii je k dispozici jednak řada neopioidních analgetik (kyselina acetylsalicylová, Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac) a řada opioidních analgetik. U zánětlivých onemocnění v oblasti polykacích cest lze vystačit ve většině případů pouze s neopioidními analgetiky. Pouze u některých těžších angín nebo u zánětlivých komplikací angín je třeba použít k tlumení bolesti středně silná analgetika jako je např. Tramadol nebo Pentazocin. U onkologických onemocnění hlavy a krku je naopak velmi často indikováno použití silných opiátů. Léčba onkologické bolesti představuje zvláštní problematiku, která je v kompetenci příslušného odborníka (anesteziologa – specialistu na léčbu chronické bolesti), a přesahuje rámec tohoto sdělení.

K lokální podpůrné terapii je možno použít celou řadu hromadně vyráběných orálních antiseptik, jejichž přehled je uveden v tabulce 1 nebo individuálně připravovaných prostředků – většinou roztoků antiseptika s glycerinem (solutio bori glycerolica, solutio iodi glycerolica). Lokální antiseptika aplikujeme obvykle 2–4× denně nejlépe po jídle. Zvláštní postavení ve skupině lokálně působících antimikrobiálních preparátů má fusafungin (Bioparox). Fusafungin je lokálně působící antibiotikum, kde se s antimikrobiálním účinkem kombinuje též účinek protizánětlivý. Příznaky chronické atrofické faryngitis mohou zlepšit inhalace a popíjení Vincentky. Ke zlepšení příznaků akutních zánětlivých onemocnění a radiační mukositivity napomáhají i epitelizační přípravky, nejpoužívanějším je kyselina pantothenová (Panthenol). U chronických onemocnění může zlepšit příznaky také balneoterapie. Podpůrná psychoterapie je indikována u nemocných, u kterých se na symptomatologii podílí také psychogenní příčiny.

V případě, že není možno zajistit dostatečnou perorální výživu a příjem tekutin, je indikováno zavedení nazo-

gastrické sondy. Ve speciálních případech (poleptání, pooperační stavy) je třeba vyživovat pacienta parenterálně. Gastrostomii indikujeme tehdy, jestliže se zavedení nazogastrické sondy předpokládá na delší dobu (obvykle delší než jeden měsíc).

Hlavní úlohou farmaceuta při léčbě bolestí v krku zůstává poradenství těm pacientům, kteří trpí banálními infekty v oblasti faryngu, které jsou příčinou naprosté většiny případů bolestí v krku. Výběr vhodného orálního antiseptika závisí především na možné kontraindikaci části antiseptik při lékových alergiích (nejčastěji alergie na jódové preparáty a rovněž na lokální anestetika, která jsou součástí některých preparátů), ale také na komfortu pacienta při užívání antiseptika, na který může v některých případech mít vliv použité vehikulum. Při rozsáhlejších slizničních lézích jsou nevhodná dráždivá vehikula, jenž mohou způsobit nepříjemné nežádoucí účinky (intenzivní pálení v ústech a krku), které pak léčbu znemožní. Typickým onemocněním, kdy některá orální antiseptika mohou působit pacientům větší nežádoucí účinky, jsou například rozsáhlejší aftózní gingivostomatitidy. Dále je potřeba si uvědomit, že jak orální antiseptika, tak fusafungin jsou v monoterapii účinná pouze v počátečních fázích infektu. Pokud ordinujeme orální antiseptika na pokročilou akutní faryngitidu, kde jsou již známky větší hlenotvorby a kde je přítomna bakteriální superinfekce, samotná antiseptika na zklidnění symptomatologie většinou nestačí. V takovém případě je ke zklidnění symptomatologie vhodné použít i perorální analgetika – antipyretika, kterých je na trhu široký výběr i v kategorii volně prodejných léků. Ke zhodnocení, zda jde o počáteční nebo pokročilou fázi onemocnění, může pomoci údaj o délce trvání potíží, k bakteriální superinfekci dochází obvykle 2–3. den po začátku onemocnění.

Závěr

Bolesti v krku patří k častým steskům pacientů přicházejících do lékárny. Nejobtížnější aspekt péče o nemocné

Tabulka 1. Přehled orálních antiseptik registrovaných v ČR

Účinná látka	Název HVLP
Chlorhexidin diglukonát	Drill, Septofort
Ambazon	Faringosept
Cetylpyridinium chlorid	Halset, Angidin Tetesept, Neoseptolet
Dichlobenzenmethanol	Neo-angin, Strepsils
Amylmetakrezol	Neo-angin, Strepsils
Dequalin chlorid	Angidin Tetesept
Povidonum iodatum	Jox, Betadine
Hexylresorcinol	Coldrex lary plus
Chlorhexidin dihydrochlorid	Hexoraletten
Benzoxonium chlorid	Orofar
Tridecanamin	Septisan
Benzalkonium	Septolette, Coldrex lary plus
Hexetidin	Stopangin

s bolestmi v krku spočívá v podobnosti symptomatologie banálních a prognosticky závažných onemocnění a ve skutečnosti, že naprostá většina nemocných přichází s banálními infekty HCD, což někdy svádí k rutinnímu postupu, při kterém jsou čas od času mylně diagnostikovány banální onemocnění u pacientů, u kterých ve skutečnosti probíhá onemocnění prognosticky závažné. Nejčastěji tak dochází k pozdní diagnóze nádorových onemocnění. Úloha farmaceuta spočívá především v poradenské činnosti pacientům s banálními infekty HCD, které představují nejčastější příčinu bolestí v krku a mohou být léčeny samotným pacientem i bez spolupráce s lékařem. I přes velmi omezené možnosti diagnostiky by však farmaceut měl být informován o prognosticky závažných onemocněních a o možnosti jejich výskytu u pacientů, se kterými spolupracuje při výběru vhodné léčby. Součástí takového poradenství by tedy měl být i orientační pohovor s pacientem a případné doporučení návštěvy lékaře, pokud farmaceut usoudí, že to stav pacienta vyžaduje.

MUDr. Jan Rottenberg
Klinika ORL FN u sv. Anny v Brně,
Pekařská 53, 656 91 Brno
e-mail: jan.rottenberg@fnusa.cz

Literatura u autora