

ale nikoliv otoky nebo anafylaxe) lze totiž většinou bezpečně použít cefalosporiny, jelikož riziko zkřížené alergie je relativně nízké (12). Pro snazší orientaci a větší přehlednost však následující doporučení (ve shodě s národním doporučeným postupem) s touto alternativou nepracují (5). Ošetřující lékař by měl dle potřeby konzultovat před léčbou pacienta s anamnézou alergie na antibiotika klinického alergologa. Seznam pracovišť zabývajících se alergií na antibiotika lze najít na <https://www.csaki.cz/lekove-alergie>.

Dávkování antibiotik je uvedeno vždy **pro jednotlivou dávku**, v příslušném dávkovacím intervalu (např. à 8 hodin). V doporučení jsou z praktických důvodů a pro snazší orientaci uvedeny nestandardně i firemní názvy antibiotických přípravků dostupných v době zpra-

cování textu. Situace na trhu se však dynamicky mění, proto jsou uvedené firemní názvy jen orientační, bez nároku na úplnost a nemají evokovat preferenci konkrétních přípravků (jsou uvedeny v abecedním pořadí). Ošetřující lékař by měl při nejistotě nebo potřebě doplňujících informací konzultovat SPC (*Summary of Product Characteristics*) daného léčivého přípravku.

Údaje uvedené v níže uvedeném doporučení nezabývají lékaře zodpovědností za individuální posouzení okolností ani nepředstavují jediný možný způsob řešení, od kterého by nebylo možné se v odůvodněných případech odchýlit.

Závěr

V článku byl představen multidisciplinární doporučený postup empirické ambulantní antibiotické léčby u dětí založený na princi-

pech racionální antibiotické politiky s využitím klasifikace antibiotik AWARe a vycházející z národního doporučeného postupu empirické antibiotické terapie v rámci projektu Státního zdravotního ústavu „Prevence antibiotické rezistence“ (5). Cílem je používat antibiotika s prokázaným účinkem na běžné komunitní bakteriální patogeny, která mají zároveň co nejužší spektrum účinku a minimum nežádoucích účinků či lékových interakcí. Doporučení v článku také mimo jiné umožňují pružně reagovat na případné výpadky antibiotik první volby. Situace se zásobováním antibiotik je však velmi dynamická a uvedená alternativní antibiotika v případě nedostupnosti rozhodně nenahrazují antibiotika první volby. Racionální přístup k antibiotické terapii je esenciální pro zachování účinnosti antibiotik v budoucnosti.

Tab. 2. Antibiotická léčba akutní tonzilitidy

Akutní tonzilitida	
ATB první volby	■ PNC-V (Penbene, Ospen, V-Penicilin BBP, V PNC) ■ Děti do 40 kg: 25–30 000 IU/kg à 8 hodin p. o. ■ Děti nad 40 kg: 1–1,5 MIU à 8 hodin p. o.
Alternativní ATB při nedostupnosti ATB první volby, seřazeno od nejvhodnějších	■ Prokain PNC 25–50 000 IU/kg à 24 hodin i. m. (pokud je indikován vzhledem ke zdravotnímu stavu a je možné zorganizovat každodenní aplikaci) NEBO ■ Amoxicilin (Amotaks, Duomox, Ospamox) – nepodávat při infekční mononukleóze! ■ Děti do 40 kg: 15–25 mg/kg à 8 hodin p. o. ■ Děti nad 40 kg: 500 mg à 8 hodin p. o. NEBO ■ Cefadroxil (Duracef nebo magistraliter) ■ Děti do 40 kg: 12,5–25 mg/kg à 12 hodin p. o. (magistraliter) ■ Děti nad 40 kg: 500 mg à 12 hodin p. o. (Duracef) NEBO ■ Amoxicilin klavulanát (Amoksiklav, Augmentin, Betaclav, Betamox Plus, Medoclav, Penlac) – nepodávat při infekční mononukleóze! ■ Děti pod 40 kg (suspenze 7:1): 12,5 mg/1,8 mg/kg à 12 hod až 22,5 mg/3,2 mg/kg à 12 hod p. o., od 2 let lze až do dávky max. 35 mg/5 mg/kg à 12 hod p. o. ■ Děti nad 40 kg: 625 mg (500 + 125) à 8 hodin p. o. NEBO ■ Cefuroxim (Medoxin, Xorimax, Zinnat) ■ Děti do 40 kg: 10–15 mg/kg à 12 hodin p. o. ■ Děti nad 40 kg: 250–500 mg à 12 hodin p. o.
Alternativní ATB při alergii na ATB první volby, seřazeno od nejvhodnějších	■ Klindamycin (Dalacin C nebo magistraliter) ■ Děti do 18 kg: 8 mg/kg à 8 hodin p. o. (magistraliter) ■ Děti nad 18 kg: 150 mg à 8 hodin p. o. (Dalacin C) ■ Děti nad 40 kg: 300 mg à 8 hodin p. o. (Dalacin C) NEBO ■ Klarithromycin (Clarithromycin Aurovitas, Clarithromycin Teva, Fromilid, Klabax, Klacid) ■ Děti do 12 let: 7,5 mg/kg à 12 hodin p. o. ■ Děti nad 12 let: 250–500 mg à 12 hodin p. o. NEBO ■ Spiramycin (Rovamycine) – vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u dětí s extenzivní chronickou medikací ■ Děti nad 40 kg: 3 MIU à 12 hod. p. o.
Délka ATB terapie	■ 5–10 dní
Komentář	■ Nejčastější bakteriální etiologická agens: <i>S. pyogenes</i>, další ústní streptokoky (skupina C, G), vzácněji ústní anaeroby včetně <i>Fusobacterium necrophorum</i>, vzácně <i>Arcanobacterium haemolyticum</i>, <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, atypické bakterie ■ Pro rozhodnutí o indikaci ATB terapie lze využít tzv. Centorovo skóre (13) ■ Délka ATB terapie je individuální, při epidemickém výskytu streptokokových infekcí a/nebo při závažnějším průběhu infekce lze délku terapie prodloužit na 10 dní