

Bolesław Kalicki, Joanna Milart, Anna Wachnicka-Bąk,
Małgorzata Placzyńska, Anna Jung

Received: 29.05.2012

Accepted: 11.06.2012

Published: 31.07.2012

Ból gardła – kiedy leczenie objawowe jest wystarczające?

Sore throat – when local treatment is enough?

Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Anna Jung

Adres do korespondencji: Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej CSK MON WIM,

ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, tel.: 22 681 72 36

Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Ból gardła należy do najczęstszych przyczyn porad lekarskich. Przyczyną bólu gardła jest zazwyczaj stan zapalny rozwijający się na podłożu infekcyjnym. Zapalenia gardła i migdałków w 70-85% u dzieci i w 90-95% u dorosłych spowodowane są zakażeniami wirusowymi. Najczęściej są to rinowirusy, koronawirusy, adenowirusy, wirusy Epsteina-Barr, *Coxsackie*, *herpes simplex* oraz wirusy grypy i paragrypy. Bakteryjne zapalenia gardła zwykle wywoływane są przez paciorkowce beta-hemolizujące grupy A, głównie *Streptococcus pyogenes*. Niezależnie od etiologii do zakażenia dochodzi drogą kropelkową oraz przez kontakt z wydzieliną nosogardła osoby chorej. Diagnostyka bólu gardła opiera się na danych z dokładnie zebranego wywiadu oraz badania przedmiotowego. Czasami niezbędne jest wykonanie szybkiego testu w kierunku streptokoków lub badań laboratoryjnych. Odróżnienie zakażeń bakteryjnych od wirusowych ma istotne znaczenie ze względu na narastającą antybiotykooporność i ogólnoswiatową tendencję do nadużywania antybiotyków. W pierwszej kolejności należy zastosować leczenie objawowe, wskazane jest stosowanie leków przeciwzapalnych, przeciwbólowych oraz leczenie miejscowe z zastosowaniem substancji przeciwbólowych i zmniejszających stan zapalny (chlorowodorek benzydaminu, flurbiprofen, salicylan choliny, chlorchinaldol). W przypadku etiologii bakteryjnej antybiotykiem pierwszego rzutu jest fenoksymetylopenicylina, alternatywnie cefalosporyna I generacji lub amoksylicyna, zaś w przypadku reakcji uczuleniowych na powyższe antybiotyki – makrolidy.

Słowa kluczowe: ból gardła, wirusy, *Streptococcus pyogenes*, leczenie miejscowe, antybiotyki

Summary

Sore throat is one of the most frequent reason of visiting physician. The essence of a sore throat is inflammation on the growing surface infection. Viral infection are the cause of pharyngitis and tonsillitis in 70-85% in children and in 90-95% in adults. Usually these are rhinoviruses, coronaviruses, adenoviruses, Epstein-Barr virus, *Coxsackie*, herpes simplex and influenza and parainfluenza viruses. Bacterial sore throats are usually caused by beta-hemolytic group A streptococcus, mainly *Streptococcus pyogenes*. Regardless of aetiology, the infection occurs by respiratory droplets and by contact with nasopharyngeal secretions of the diseased person. Diagnosis of a sore throat based on carefully collected data from medical history and physical examination. Sometimes it is necessary to perform a quick test or laboratory tests in the direction of streptococci. Distinguishing bacterial from viral infections is important because of the significantly increasing antibiotic resistance and a worldwide tendency to antibiotics overuse. First, the treatment should be symptomatic. It is advisable to use anti-inflammatory drugs, analgesic and local treatment with painkillers and substances that reduce the inflammation (e.g. benzydamine hydrochloride, flurbiprofen, choline salicylate, chlorquinaldol). In case of the bacterial aetiology, first-line antibiotic is penicillin, alternatively first generation cephalosporin or amoxicillin and in the case of allergic reactions – macrolides.

Key words: sore throat, virus, *Streptococcus pyogenes*, local treatment, antibiotics

WSTĘP

Ból gardła należy do najczęstszych przyczyn wizyt u lekarza rodzinnego, w niektórych społeczeństwach jest powodem około 200 konsultacji rocznie na 1000 osób populacji⁽¹⁾.

Czynnikiem wywołującym ból gardła jest zazwyczaj stan zapalny rozwijający się na podłożu infekcyjnym. Powstaje zatem pytanie: kiedy należy skonsultować się z lekarzem, a kiedy można sobie poradzić w warunkach domowych, stosując jedynie leczenie objawowe? Przedstawione poniżej główne przyczyny, częstość występowania, różnicowanie i proponowane leczenie mogą ułatwić podjęcie decyzji o właściwym postępowaniu w tak często pojawiającym się problemie opieki nad dzieckiem⁽²⁾.

ETIOLOGIA

Najczęstszą przyczyną bólu gardła są zakażenia wirusowe, stanowią one około 70-85% przyczyn ostrego zapalenia gardła i migdałków (OZGM) u dzieci powyżej 3. roku życia i 90-95% u dorosłych. Najczęściej wywołują je rinowirusy, koronawirusy, adenowirusy, wirusy Epsteina-Barr (mononukleozą zakaźną), *Coxsackie*, *herpes simplex* oraz wirusy grypy i paragrypy.

Bakterie są odpowiedzialne za 15-30% zakażeń u dzieci i 5-10% u dorosłych; w zdecydowanej większości przypadków winowajcą jest *Streptococcus pyogenes* (paciorkowce beta-hemolizujące grupy A), paciorkowce grupy C i G stwierdza się znacznie rzadziej. Niezwykle rzadko OZGM wywołują *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Arcanobacterium haemolyticum* i *Mycoplasma pneumoniae*⁽¹⁾.

EPIDEMIOLOGIA

Większość wirusowych zapaleń gardła występuje w okresach wiosennych i jesiennych, natomiast szczyt zachorowań powodowanych przez wirusy grypy i koronawirusy przypada na miesiące zimowe.

Okres inkubacji wirusowego zapalenia gardła wynosi zwykle 1-6 dni. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową oraz przez kontakt z wydzieliną nosogardła osoby

chorej. Rinowirus może być wydzielany w drogach oddechowych przez okres 3 tygodni, a do zakażenia dochodzi u około 2/3 osób pozostających w kontakcie domowym z osobą chorą. Zakażenia bakteryjne powodowane przez *S. pyogenes* występują głównie u dzieci między 5. a 15. rokiem życia. Nosicielstwo *S. pyogenes* stwierdza się u około 2-7% dzieci poniżej 3. roku życia, 5-21% dzieci w wieku 3-15 lat oraz u 2-4% dzieci starszych i młodych dorosłych. Występowanie zakażeń *S. pyogenes* może przybierać charakter epidemiczny (np. w dużych skupiskach ludzkich: przedszkola, szkoły, internaty). Zakażenia te przenoszone są drogą kropelkową lub są wynikiem uaktywnienia nosicielstwa. Okres inkubacji wynosi od 12 godzin do 4 dni, a okres zakaźności kończy się po 24 godzinach od rozpoczęcia skutecznej antybiotykoterapii. Jeśli nie zastosowano leczenia przyczynowego, okres zakaźności wydłuża się mniej więcej do tygodnia od ustąpienia objawów. Ryzyko przeniesienia zakażenia w kontakcie domowym wynosi około 25%; u 40% z nich występują objawy zakażenia, a u pozostałych stwierdza się przejściowy stan nosicielstwa. Zazwyczaj rodzina zaraża się od dziecka, które uległo zakażeniu w przedszkolu lub szkole⁽¹⁾.

RÓŻNICOWANIE I DIAGNOSTYKA BÓLÓW GARDŁA

Ból gardła stanowi istotny objaw stanu zapalnego jamy nosowo-gardłowej wywołanego zarówno przez bakterie, wirusy, jak i patogeny grzybów. Ból gardła, zwłaszcza u dzieci, może być również spowodowany czynnikami nieinfekcyjnymi, takimi jak alergia, przewlekły kaszel, nieżyt nosa, ekspozycja na dym papierosowy czy choroba refluksowa przełyku⁽²⁾.

Wywiad i badanie przedmiotowe charakteryzują się małą swoistością oraz czułością w różnicowaniu etiologii wirusowej i bakteryjnej zapalenia gardła. Zmiany na błonie śluzowej gardła, takie jak wybroczyny, zaczerwienienie lub obrzęk, występują z podobną częstością w obu etiologiach. Celem klinicznej diagnostyki różnicowej jest między innymi ocena prawdopodobieństwa zakażenia paciorkowcowego. W wyniku tej oceny podejmowana jest decyzja o zaniechaniu dalszej diagnostyki w przypadku prawdopodobieństwa zakażenia wirusowego albo

Etiologia	Dane z wywiadu	Odchylenie w badaniu przedmiotowym
Wirusy	Kaszel Katar Biegunka Bóle mięśniowe	Wydzielina w nosie Zapalenie spojówek Zmienny obraz gardła Nie stwierdza się wysięku i obrzęku migdałków
<i>Streptococcus pyogenes</i>	Kontakt w ciągu ostatnich 2 tygodni z osobą chorą na paciorkowcowe zapalenie gardła Nagły i ostry początek choroby Gorączka, nudności, wymioty Wiek 5-15 lat	Wysięk i obrzęk błony śluzowej migdałków Powiększone i bolesne węzły chłonne szyjne przednie

Tabela 1. Różnicowanie etiologii wirusowej i bakteryjnej zapalenia gardła lub migdałków na podstawie badania klinicznego⁽¹⁾

Parametr	Liczba punktów
Gorączka >38°C	1
Niewystępowanie kaszlu	1
Powiększone węzły chłonne szyjne przednie	1
Nalot włóknikowy i obrzęk migdałków	1
Wiek 3-14 lat	1
Wiek 15-44 lat	0
Wiek >45 lat	-1

Tabela 2. Skala punktowa oceny prawdopodobieństwa zakażenia *S. pyogenes* Centora/McIsaaca⁽¹⁾

wdrożenia badań mikrobiologicznych, które mogą potwierdzić lub wykluczyć zakażenie bakteryjne.

W tabeli 1 przedstawiono główne objawy, które powinny ułatwić różnicowanie etiologii zakażeń wirusowych i bakteryjnych.

Żaden z wyszczególnionych w tabeli objawów, jak również ich występowanie w różnych kombinacjach nie upoważniają do postawienia diagnozy zakażenia paciorkowcowego. W zależności od wyniku badania klinicznego lekarz podejmuje decyzję o wdrożeniu diagnostyki mikrobiologicznej, jeśli podejrzewa paciorkowcowe zapalenie gardła i migdałków, lub o odstąpieniu od dalszych badań i zastosowaniu leczenia objawowego, gdy na podstawie badania klinicznego bardziej prawdopodobna jest przyczyna wirusowa.

W celu różnicowania bakteryjnego i wirusowego zapalenia gardła i migdałków zalecane jest stosowanie skali punktowej opartej na wywiadzie oraz badaniu przedmiotowym.

Za najbardziej przydatną, praktyczną skalę oceniającą prawdopodobieństwo zakażenia *Streptococcus pyogenes* zarówno u dorosłych, jak i u dzieci rekomendacje uznają skalę Centora w modyfikacji McIssaca⁽³⁾.

W wypadku otrzymania więcej niż 2 punktów wskazane jest wdrożenie diagnostyki bakteriologicznej, najlepiej pod postacią szybkich testów w kierunku paciorkowca.

Choroba refluksowa przełyku
Przewlekły stan zapalny zatok obocznych nosa
Czynniki drażniące (np. dym tytoniowy)
Alergia

Tabela 5. Bóle gardła niezwiązane z czynnikiem infekcyjnym

Wartościowe jest również zbadanie parametrów zapalnych w surowicy oraz miana ASO (ocenia się istotny wzrost o 300 j.m. między dwoma kolejnymi badaniami wykonanymi w odstępie czasu nie krótszym niż 48-72 godziny)^(4,5).

LECZENIE

Biorąc pod uwagę najczęstszą – wirusową etiologię bólów gardła, nie należy pochopnie wkraczać z antybiotykoterapią. W pierwszej kolejności trzeba zastosować leczenie objawowe, służące zmniejszeniu bólu, stanu zapalnego i obkurczeniu błony śluzowej. Pomocne bywa stosowanie leków pochodzenia naturalnego o działaniu przeciwozłonowym i przeciwzapalnym (np. Sinupret), które pomagają usunąć nadmiar zalegającej wydzieliny. Wskazane jest stosowanie leków przeciwzapalnych, przeciwbólowych oraz leczenie miejscowe z zastosowaniem substancji przeciwbólowych i zmniejszających stan zapalny w postaci aerozolu, np. chlorowodorku benzydaminu (Uniben, Tantum Verde). Odpowiednie konstrukcje podajników umożliwiają precyzyjną aplikację substancji czynnej w miejscu zmienionym chorobowo, którym w tym przypadku jest jama ustno-gardłowa; dodatkową zaletą preparatów z aplikatorem jest możliwość stosowania zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Powszechnie stosowane są również preparaty w postaci pastylek do ssania, np. flurbiprofen (Strepsils Intensive), salicylan cholinu (Cholinex), chlorchinaldol (Chlorchinaldin). Niemniej jednak w przypadku prawdopodobnego czynnika bakteryjnego powodującego zapalenie zbyt dłu-

Angina paciorkowcowa	Zakażenie <i>Streptococcus pyogenes</i> A, wysoka gorączka, brak objawów nieżytowych, nagły początek choroby, gardło zaczerwienione, migdałki rozpalnione z nalotem włóknikowym, powiększenie węzłów chłonnych podżuchwowych i szyjnych
Zakażenie wirusem EBV	Mononukleozą zakaźną – gorączka/stany podgorączkowe, gardło zaczerwienione, rzekomobłoniaste naloty na migdałkach, limfadenopatia sztywna, obrzęk wokół oczu, powiększenie wątroby i śledziona, zespół przewlekłego zmęczenia
Wirusowe zapalenie gardła	Gorączka/stan podgorączkowy, objawy nieżytu nosa, spojówek, kaszel, bóle mięśniowe, stopniowe narastanie objawów
Herpangina	Infekcja wirusem HSV-1; opryszczkowe zapalenie gardła, jamy ustnej, dziąseł – obrzęk i bolesność błony śluzowej jamy ustnej, liczne drobne pęcherzyki na dziąsłach, języku, podniebieniu, łukach podniebiennych, błonie śluzowej policzków; stopniowo tworzące się powierzchniowe nadżerki lub owrzodzenia z czerwoną obwódką pokryte białawym wysiękiem, gorączka/stan podgorączkowy, bóle mięśni

Tabela 3. Choroby przebiegające z bólem gardła⁽⁶⁻⁹⁾

Płonica	Zakażenie <i>Streptococcus beta-hemolyticus</i> A, żywoczerwone gardło, język początkowo obłożony białym nalotem, później gładki i czerwony – malinowy, wysypka drobnogrudkowo-plamista, intensywna w miejscach bardziej ucieplonych, po wystąpieniu wysypki dochodzi do złuszczenia się skóry
Choroba Kawasaki	Gorączka powyżej 5 dni, nastrożone (przekrwione) spojówki, żywoczerwone, suche, spierzchnięte usta, zaczerwienione gardło, wysypka, powiększenie węzłów chłonnych szyjnych, zajęcie naczyń wieńcowych
Różyczka	Plamista białoróżowa wysypka, powiększenie węzłów chłonnych karkowych, potylicznych, zapalenie gardła, spojówek

Tabela 4. Zapalenia gardła przebiegające z wysypką skórną⁽¹⁰⁾

gie zwlekanie z antybiotykoterapią może prowadzić do groźnych powikłań. Dlatego tak ważne jest dokładne zbadanie chorego i w razie wątpliwości przeprowadzenie szybkich testów na obecność paciorkowca. Lekiem pierwszego rzutu jest fenoksymetylopenicylina stosowana przez 10 dni, alternatywnie cefalosporyna I generacji lub amoksycylina, zaś w przypadku reakcji uczuleniowych – makrolidy^(5,7). W sytuacji częstych nawrotów zapaleń gardła o etiologii paciorkowcowej bez zidentyfikowanej przyczyny rekomenduje się podanie klindamycyny i amoksycyliny z kwasem klawulonowym⁽³⁾.

PODSUMOWANIE

Ból gardła jest częstym powodem wizyty u lekarza dzieci i dorosłych. Rozpoczęcie leczenia od wdrożenia preparatów działających objawowo, najczęściej miejscowo, pomaga zminimalizować objawy kliniczne i poprawić komfort chorego. Jednakże takie postępowanie dopuszczalne jest jedynie w zakażeniach o etiologii wirusowej. Mimo że najczęściej to właśnie wirusy są przyczyną bólów gardła, wskazane jest zachowanie czujności, aby nie przeoczyć etiologii bakteryjnej. Należy dokładnie zabrać wywiad, a także uważnie zbadać pacjenta, a w razie wątpliwości poszerzyć diagnostykę o szybkie testy w kierunku zakażenia paciorkowcowego. Włączenie odpowiedniego leczenia może zapobiec nosicielstwu, a także znacznie ograniczyć ilość późniejszych powikłań^(5,7,11).

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Rekomendacja diagnostyki i leczenia zakażeń układu oddechowego. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków 2010 – Ostre zapalenie migdałków i gardła.
2. Vincent M.T.: Sore throat-strep throat? When to worry. *Pediatrics for Parents* 11; 2005. ProQuest Health & Medical Complete.
3. Mazur E., Bochyńska E., Kochańska E., Koziół-Montewka M.: Ocena przydatności parametrów klinicznych oraz badania mikrobiologicznego do optymalizacji antybiotykoterapii ostrego zapalenia gardła i migdałków podniebiennych u dzieci. *Pol. Merkur. Lekarski* 2011; 31: 31-36.
4. McIsaac W.J., Goel V., To T., Low D.E.: The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ* 2000; 163: 811-815.
5. Jeżewska E., Kukwa W., Ścińska A., Kukwa A.: Stany zapalne błony śluzowej nosa i gardła u dzieci i dorosłych – strategia leczenia. *Przew. Lek.* 2006; 2: 12-25.
6. Ball A.P., Gray J.A.: *Choroby zakaźne*. Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 1994.
7. Zieliński R., Zakrzewska A.: Ostre infekcje górnych dróg oddechowych u dzieci – podział morfologiczny, diagnostyka i terapia. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2010; 4: 366-371.
8. Kalicki B., Maślany A., Milart J., Jung A.: Przebieg i diagnostyka zakażenia EBV u dzieci – obserwacje kliniczne. *Pediatr. Med. Rodz.* 2011; 7: 247-252.
9. Kowalczyk B.: Opryszczkowe zapalenie jamy ustnej, dziąseł i gardła. Adres: www.mediweb.pl.
10. IX Kongres Akademia po dyplomie – gorączka przebiegająca z wysypką – prof. dr hab. n. med. M. Marczyńska.
11. Tanz R.R., Shulman S.T.: Streptococcal pharyngitis: the carrier state, definition, and management. *Pediatr. Ann.* 1998; 27: 281-285.