

Jak na bolesti v krku v jarních a letních měsících

MUDr. Petra Bruthansová, prof. MUDr. Jan Plzák, Ph.D., MUDr. Pavol Jablonický

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 1. LF UK, FN v Motole, Praha

Autor podává přehled nejčastějších infekcí horních cest dýchacích a polykacích, jejich epidemiologii, klinický obraz a možnosti léčby. Zdůrazněno je zaměření na odlišení jednotlivých nosologických jednotek a správné nasazení léčby.

Klíčová slova: rinofaryngitida, tonzilitida, epiglotitida, laryngitida.

Treatment of the ENT infections in spring and summer

Review of the most common upper airway and upper digestory tract infections, their epidemiology and clinical course is presented. The paper is focused on clinical course and the diagnostical and therapeutical approach is proposed.

Key words: rhinofaryngitis, tonsillitis, epiglottitis, laryngitis.

Med. praxi 2013; 10(6–7): 226–230

Úvod

Bolest v krku je nejčastějším symptomem přivádějícím pacienta do ordinace praktického lékaře. Je způsobena poškozením horní části dýchacích a polykacích cest, tedy oblasti nosohltanu, hltanu a hrtanu. Odhaduje se, že asi 30% nemocných s akutními obtížemi přichází právě s bolestí v krku, a právě akutní infekty horních cest dýchacích a polykacích jsou příčinou asi 30–50% pracovních neschopností.

Nemocní s bolestí v krku přicházejí celoročně, vyšší incidence je typická pro podzimní a jarní měsíce, kdy se rychle střídají venkovní teploty. V zimě se přidává i vliv celkového oslabení organismu. Většina onemocnění (70–80%) je způsobena virovou infekcí, na jaře a v létě je toto procento ještě vyšší. Nemocní často ani nevyhledají ordinaci lékaře, léčba je pouze symptomatická. Asi třetina onemocnění horních cest dýchacích je vyvolána infekcí bakteriální, průběh onemocnění bývá těžší a je provázen i vyšším rizikem komplikací. Protože obtíže obvykle nemizí po několika dnech nebo dochází ke zhoršování stavu, přicházejí nemocní do ordinace praktického lékaře či otorinolaryngologa prakticky vždy. V těchto případech je léčba antibiotická.

Rozpoznání virové a bakteriální infekce na podkladě klinického obrazu často není snadné. Klinické vyšetření pacienta pomůže diagnostikovat asi polovinu případů. Přetrvávají-li diagnostické rozpaky, je vhodné provedení základního laboratorního vyšetření (krevní obraz, CRP, dle klinického nálezu a průběhu onemocnění případně ASLO, jaterní testy, BWR, Paul-Bunnelova reakce). Paušální podávání antibiotik není správné. V případě virové infekce je zcela neúčinné, může nemocného poškodit dalším oslabením organismu a v neposlední řadě i zcela zbytečně zvyšuje náklady na léčbu. Virové infekty léčíme symptomaticky. Na českém trhu je

široká škála antiseptických přípravků ve formě tablet, kloktadel a sprejů, které můžeme doporučit ke zmírnění lokálních příznaků. Celkové příznaky zmírní analgetika a antipyretika. V případě bakteriální infekce volíme nejčastěji antibiotika penicilinové řady a cefalosporiny I. a II. generace, při alergii na beta-laktamová antibiotika makrolidy.

Cílem tohoto článku je usnadnit diferenciální diagnostiku akutně probíhajících onemocnění horních cest dýchacích a doporučit léčbu.

Akutní rinofaryngitida

Akutní rinofaryngitida je nejčastější infekční onemocnění horních cest dýchacích, které postihuje většinu populace alespoň jedenkrát ročně. Přenos onemocnění se děje přímým kontaktem nebo kapénkovou infekcí, původcem jsou nejčastěji viry (*Coronaviry*, *Rhinoviry*, *RS viry*, viry *influenzy a parainfluenzy*). Bakteriální etiologie je málo častá, obvykle se uplatňuje jako superinfekce v terénu sliznic poškozených virovým zánětem. Zpravidla se uplatňují bakterie kolonizující sliznice horních cest dýchacích a polykacích (stafylokoky, streptokoky, *Haemophilus infl.*).

Klinicky se onemocnění projevuje zpočátku pocitem pálení až bolestí v nose a nosohltanu, teplota obvykle nepřesahuje 38 °C a odeznívá do 48–72 hodin, stejně jako bolesti svalů, kloubů a bolesti hlavy. Postupně se přidává nosní obstrukce, hyposmie a sekrece z nosu, která je zpočátku serózní, postupně se může zbarvovat dožluta. Zalehnutí uší bývá u akutní rýmy pravidlem a je způsobeno edémem sliznice v Eustachově tubě. Příznaky onemocnění obvykle zcela mizí do týdne.

Při klinickém vyšetření je patrná serózní až seromucinózní sekrece z nosu, může být patrné i stékání proužku hlenu po zadní stěně hltanu. Sliznice dutiny nosní je zpravidla edematózní

a mírně zarudlá, stejně jako sliznice nosohltanu a hltanu, kde navíc mohou být patrné i žlutočervené ostrůvky aktivované lymfatické káně. Krční mandle postižené nebývají. Při zevním vyšetření krku mohou být hmatné mírně zvětšené podčelistní lymfatické uzliny.

Léčba akutní rýmy je symptomatická. Doporučujeme analgetika a antipyretika ke zmírnění celkových příznaků, anemizační nosní kapky zlepšit nosní průchodnost a často i zmírní bolest hlavy. Při bolesti v krku lze doporučit antiseptické pastilky či spreje. U nekomplikovaného průběhu je možné indikovat lokální antibiotikum s protizánětlivým účinkem ve spreji – fusafungin. Působí antimikrobiálně, ale také protizánětlivě i jako prevence rozvoje bakteriální superinfekce. Zejména na počátku onemocnění, kdy bývá zvýšená teplota, je nutný dostatečný příjem tekutin. Celková antibiotika nejsou u nekomplikované akutní rinofaryngitidy indikována.

Komplikace jsou u akutní rinofaryngitidy vzácné. Mohou nastat při bakteriální superinfekci a projeví se opětovným vzestupem teploty, žlutavou sekrecí z nosu a bolestí v oblasti vedlejších dutin nosních, která je akcentovaná při předklonu hlavy. V tomto případě je léčba antibiotická (antibiotika penicilinové řady nebo cefalosporiny I. a II. generace), léčbu vede otorinolaryngolog nebo praktický lékař.

Akutní tonzilitida

Akutní tonzilitida je bakteriální zánět lymfatické tkáně Waldeyerova lymfatického okruhu. Začátek onemocnění bývá rychlý, celková alterace stavu nemocného je pravidlem a lokální příznaky souvisejí s poškozením lymfatické tkáně patrové nebo jazykové mandle.

Nejčastějším původcem onemocnění je β-hemolytický streptokok skupiny A, méně často stafylokoky a *Haemophilus infl.* Virová

etiologie je častější u mladších nemocných mezi 12–18 lety. Původcem onemocnění je *virus Epstein-Barr* vyvolávající infekční mononukleózu. Ostatní viry se uplatňují vzácně stejně jako kvasinky, které vyvolávají tonzilo-faryngitidu u imunosuprimovaných nemocných (hematoonkologická onemocnění, pacienti po onkologické léčbě, po prolongované anti-biotické terapii).

Přenos infekce se děje přímým kontaktem nebo kapénkovou nákazou, inkubační doba u bakteriálních infekcí nepřesahuje tři až pět dní, v případě infekční mononukleózy dosahuje až tří týdnů. Klinický průběh bakteriálních a virových tonzilitid je velmi podobný a rozlišení pouze na základě klinického projevu je velmi obtížné.

Pro **bakteriální tonzilitidu (angínu)**, je typický velmi rychlý nástup obtíží. Bolest v krku je silná, zhoršuje ji polykání a mluvení, může vystřelovat do ucha. Z celkových příznaků je typická vysoká teplota často 38–39 °C, současně bývá zimnice a třesavka, neřídka si nemocní stěžují i na bolesti svalů, kloubů a bolesti hlavy.

Při klinickém vyšetření dominuje postižení patrových mandlí, které jsou zarudlé s různě rozsáhlými fibrinovými povlaky a hnisavými čepy (podle jejich rozsahu označujeme angínu jako katarální, folikulární, lakunární až pseudomembranózní). Mohou být zarudlé i patrové oblouky a sliznice zadní stěny hltanu, kde někdy můžeme vidět zarudlé aktivované lymfatické provazce. Při postižení jazykové mandle jsou výše popsané projevy zánětu patrné v oblasti kořene jazyka a bolest v krku se zhoršuje při vyplazení jazyka a při polykání. Zevně na krku jsou prakticky vždy hmatné reaktivní uzliny submandibulárně.

V případě virové **infekční mononukleózy** se k příznakům z postižení lymfatické tkáně orofaryngu přidává i postižení nosohltanové man-

dle, které je spojené s nosní obstrukcí a sekrecí z nosu. Zvětšené lymfatické uzliny zevně na krku jsou pravidlem. K celkovým příznakům typicky patří vysoká teplota, zimnice, třesavky, pocení, celková schvácenost a silná únava. Na počátku onemocnění může dojít k výsevu celotělového makulopapulózního exantému, někdy si nemocní stěžují na tlak v pravém hypogastriu způsobený hepatomegalií. Při klinickém vyšetření dominuje postižení patrových mandlí, jež jsou zarudlé a na jejich povrchu typicky bývají šedožluté povlaky, na měkkém patře mohou být petechie.

Zejména na jaře a v létě se setkáváme s **tonzilo-faryngostomatitidou** vyvolanou *Coxsackie viry* a *herpesviry*. Onemocnění se typicky projevuje horečkou a výraznou bolestí při polykání vyvolanou četnými aftózními afekcemi v dutině ústní a v oblasti branky hltanové.

Odlišení bakteriální a virové tonzilitidy je na základě klinického projevu a lokálního nálezu v orofaryngu velmi obtížné. V případě diagnostických rozpaků je vhodné doplnění základních laboratorních vyšetření, jako je krevní obraz včetně diferenciálního rozpočtu krevních elementů a CRP, u podezření na infekční mononukleózu i vyšetření jaterních testů a Paul-Bunelovy reakce. Při bakteriální infekci dochází ke zvýšení CRP a počtu bílých krvinek, při streptokokové infekci zvýšení titru ASLO. Není chybou doplnit výtěr z krku před nasazením antibiotické léčby.

Léčba bakteriální tonzilitidy je antibiotická, lékem první volby jsou základní peniciliny (Penicilin V) nebo cefalosporiny I. a II. generace. Při alergii na antibiotika penicilinové řady volíme makrolidy nebo fluorochinolony. Nevhodný je amoxicilin, který v případě infekční mononukleózy vyvolá svědivý exantém. Součástí léčby jsou analgetika, antipyretika a lokálně působící antiseptické přípravky, nutný je dostatečný příjem tekutin. Léčba virových tonzilitid je pou-

ze symptomatická. Jaterní dietu na dva až tři měsíce nebo do normalizace hodnot jaterních enzymů doporučujeme nemocným s infekční mononukleózou.

Komplikace bakteriálních tonzilitid mohou být místní a celkové. Mezi místní komplikace patří vznik peritonzilárního nebo parafaryngeálního abscesu, který se projevuje zhoršením bolesti v krku, trismem a asymetrií v oblasti branky hltanové, kdy na postižené straně dochází k medializaci tonzily a vyklenutí patrových oblouků. Zejména u předškolních a mladších školních dětí může dojít k rozvoji lymfadenitidy krčních uzlin a jejich kolikvaci, které se projevuje jejich silnou bolestivostí, otokem a zarudnutím okolí. V obou případech se jedná o závažný stav, jež si vyžaduje neprodlené odeslání nemocného na specializované pracoviště. Je indikována intravenózní antibiotická léčba, v případě peritonzilárního abscesu tonzilektomie, a u abscedující lymfadenitidy zevní incize abscesu. Tonzilogenní sepse stejně jako revmatická horečka jsou po zavedení antibiotik vzácné.

Akutní epiglottitida

Akutní zánět příklopky hrtanové je velmi rychle probíhající, život ohrožující bakteriální onemocnění vyvolané zpravidla *Haemophilus influenzae*. Do zavedení očkování byly nejčastěji postiženy děti mezi 4–10 lety, v posledních letech se incidence snižuje. Poměrně zřídka se s tímto onemocněním setkáváme u dospělých pacientů.

Klinicky se onemocnění projevuje velmi silnou bolestí v krku prakticky zamezující polykání, typický je pocit cizího tělesa v krku a dysfonie. Celkové příznaky jako je vysoká horečka a schvácenost jsou pravidlem u dětí i dospělých. Pokročilým, velmi závažným, příznakem onemocnění je dušnost, někdy s inspiračním stridorem. Částečná úleva nastává při posazení

Tabulka 1. Diferenciální diagnostika zánětů orofaryngu

	Bakteriální infekce	Virová infekce
Celkové příznaky	Teplota často nad 38 °C trvající déle než 72 hod., zimnice, třesavky, bolesti hlavy, bolesti svalů a kloubů	Teplota často do 38 °C, obvykle ústup do 72 hod., bolesti hlavy, svalů a kloubů, konjunktivitida, nauzea, vomitus, diarreha
Lokální příznaky	Bolesti v krku při polykání a mluvení	Obvykle příznaky postižení více oblastí – rýma, kašel, bolest v krku, dysfonie
Klinické vyšetření	Zarudlé a zbytnělé krční mandle často s povlaky, zbytnělá jazyková mandle, reaktivní lymfadenopatie	Zarudlé boční a zadní stěny hltanu s aktivovanými lymf. provazci, zarudlé krční mandle, povlak jazyka, reaktivní lymfadenopatie, sekrece z nosu, zarudlé sliznice dutiny nosní i nosohltanu
Nejčastější původce	B-hemolytický streptokok A	Virus Epstein-Barr
Laboratorní nález	↑ WBC, CRP, ASLO	↑ monocytů, JT, + Paul-Bunel. reakce
Léčba	Antibiotická	Symptomatická
Komplikace	Intra/peritonzilární/parafarygeální absces, abscedující lymfadenitida	Vzácné

a mírném předklonu. Nemocného nikdy nenučíme k lehu na lůžku!

Při klinickém vyšetření obvykle stačí stlačit kořen jazyka, kdy vidíme zarudlý a prosáklý okraj epiglottis, vyšetřit nemocného lze i opatrně pomocí laryngoskopického zrcátka či fibroskopem. Zejména u dospělých pacientů mohou být zánětlivé změny lokalizované jen na část epiglottis, to však nijak nesnižuje závažnost stavu nemocného. Laboratorně se onemocnění projevuje leukocytózou s posunem doleva a velmi vysokým CRP.

Onemocnění je velmi závažné, nemocného ohrožuje na životě. Vždy je nutná hospitalizace na JIP či oddělení ARO s možností včasné intubace, pacienta transportujeme vsedě, vždy v doprovodu lékaře. Intubace je v případě dušení velmi obtížná, proto musí být dostupný koniopunkční set nebo zajištění urgentní chirurgické tracheostomie. Léčba je antibiotická, používáme širokospektrá intravenózní antibiotika (cefalosporiny II. nebo III. generace, peniciliny s rozšířeným spektrem účinnosti). Intravenózní nebo intramuskulární aplikace kortikoidů dočasně uleví, není však kauzální léčbou. Dojde-li ke zformování abscesu epiglottis je nutná jeho incize.

Akutní laryngitida

Akutní zánět hrtanu je zpravidla virové onemocnění probíhající současně s akutní rinofaryngitidou nebo faryngitidou. Onemocnění vyvolávají respirační viry stejně jako akutní rinofaryngitidu, bakterie se uplatňují zejména při superinfekci, nejčastěji se jedná o streptokoky nebo *Haemophilus infl.*

Onemocnění obvykle probíhá pod obrazem akutního chřipkového onemocnění. Celkové příznaky zahrnují zvýšenou teplotu, obvykle nepřesahující 38 °C, mohou být bolesti svalů

a kloubů, bolest hlavy. Zánět v oblasti hrtanu se projevuje škrábáním a bolestí v krku, bývá kašel, často štěkavý, neproduktivní, postupně se přidává dysfonie. Obtíže obvykle odezní do týdne.

Při klinickém vyšetření dominuje zarudlá sliznice nitra hrtanu, hlasivky bývají prosáklé, zarudlé a obvykle nedomykají při fonaci. Současně postižení ostatních oblastí horních cest dýchacích a polykacích je pravidlem.

Léčba je symptomatická, stejně jako u virové faryngitidy, navíc nemocnému doporučujeme inhalace a hlasový klid.

Komplikace virové laryngitidy nejsou časté, šířili se zánět do dolních částí dýchacích cest rozvíjí se tracheitida nebo tracheobronchitida. V případě bakteriální superinfekce nebo u protrahovaného průběhu je vhodné zvážit antibiotickou léčbu.

Samostatnou formou akutní laryngitidy je **subglotická laryngitida**, jež začíná obdobně, později dochází k rozvoji štěkavého kašle a dušnosti. Je stejně jako prostá laryngitida virového původu, nejčastěji postihuje předškolní a mladší školní děti. Dochází k otoku sliznice v subglotickém prostoru. Dítě bývá schvácené, štěkavě kašle, často je silně dušné, zatahuje jugulum i interkostální svaly, může se přidat i cyanóza. První pomocí je ochladit a zvlhčit vdechovaný vzduch. Je indikována hospitalizace, léčba je symptomatická, podávají se kortikoidy ke zmenšení otoku v subglotis, vhodná je nebulizace, případně oxigenoterapie. Dušnost mizí během hodin, kašel a celkové příznaky odeznívají do týdne.

Závěr

Infekce horní části dýchacích a polykacích cest patří mezi nejčastější příčiny návštěvy nemocného v ambulanci praktického lékaře. Příznaky bakteriální i virové infekce bývají velmi

podobné a odlišeny pouze z klinického průběhu není snadné. V diferenciální diagnostice pomáhají laboratorní vyšetření. V případě virových infekcí je léčba symptomatická, antibiotická léčba nejen nemocnému nepomůže, navíc zvyšuje riziko vzniku rezistentních kmenů bakterií a zbytečně zvyšuje náklady na léčbu. U bakteriálních zánětů, je antibiotická léčba namístě, antibiotika volíme empiricky. Léčbu nekomplikovaného onemocnění vede praktický lékař, pouze v případě závažného průběhu onemocnění či při vzniku komplikací je nutné odeslání pacienta k vyšetření na specializované pracoviště.

Podpořeno grantem PRVouk P27.

Literatura

1. Becker W, Neumann H, Pfaltz C. Ear Nose and Throat diseases. New York: Thieme Medical Publisher, Inc. 1993: 583.
2. Beneš J. Infekční lékařství. Praha: Galén 2009: 652.
3. Holcát M. Léčiva používaná k terapii ORL nemocí. In: Autorský kolektiv. Remedia Kompendium. Praha: Panax 1996: 453–470.
4. Hybášek I. Ušní, nosní a krční lékařství. Praha: Galén 1999: 220.
5. Jablonický P. Současná racionální léčba akutních zánětů horních cest dýchacích. Lékařské listy 2006; 56: 24–29.
6. Lalwani A. Current diagnosis & Treatment in Otolaryngology Head and Neck Surgery. USA: Lange- The McGraw-Hill companies 2008: 1002.
7. Lochmann O. Základy antimikrobiální terapie. Praha: Triton 1999: 127.

Článek přijat redakcí: 30. 4. 2013

Článek přijat k publikaci: 19. 6. 2013

MUDr. Petra Bruthansová

*Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku,
1. LF UK, FN v Motole, Praha
Katedra otolaryngologie IPVZ
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
Petra.Bruthansova@fnmotol.cz*