

INFEKCJE GARDŁA U DOROSŁYCH

dr n. med. Hanna ZIELIŃSKA-BLIŻNIEWSKA

Pharyngitis in the adult population

Summary. Pharyngitis are common diseases in the adult population. The author presents a multifactorial etiology, pathophysiology and treatment of different clinical forms of pharyngitis especially chronic pharyngitis and acute pharyngitis. Epidemiological studies prove the viral (50-80%) and bacterial (20%) etiology of a vast majority of acute pharyngitis.

Słowa kluczowe: *leczenie zapaleń gardła, objawy zapaleń gardła, ostre paciorkowcowe zapalenia migdałków podniebiennych, ostre wirusowe zapalenia gardła, przewlekłe zapalenia gardła u dorosłych.*

Keywords: *treatment of pharyngitis, symptoms of pharyngitis, acute streptococcal tonsillitis (angina), chronic pharyngitis in adults, acute viralis pharyngitis.*

Zapalenia gardła są powszechnie występującą chorobą w populacji dorosłych. Z badań amerykańskich wynika, iż dorośli chorują na nie średnio 2 – 4 razy w roku (1, 11). Infekcje gardła u dorosłych mają nieco inny przebieg aniżeli u dzieci. Przebiegają łagodniej, manifestując się silniej objawami miejscowymi bez odczynów ogólnych (zwłaszcza infekcje wirusowe). Na całość obrazu klinicznego, obok domniemanego czynnika infekcyjnego, nakłada się często szereg innych czynników patomechanicznych (uszkodzenia fizyczne, chemiczne błony śluzowej, wpływ czynników hormonalnych, metabolicznych, leków, odczynu alergiczne). Jedynie w podeszłym wieku obraz zapalenia gardła zbliża się do przebiegu występującego u dzieci ze względu na zachwianie mechanizmów immunologicznych.

Gardło, anatomicznie dzielone na część nosową, ustną i krtaniową, stanowi część górnego odcinka drogi oddechowej, a w części ustnej i krtaniowej także drogi pokarmowej. Błona śluzowa w części nosowej gardła pokryta jest urzęsionym, wielorzędowym nabłonkiem oddechowym, który przez nabłonek przejściowy zmienia się w części ustnej i krtaniowej w nabłonek wielowarstwowy płaski nie rogowaciejący. W warstwie właściwej całej błony śluzowej gardła, obok drobnych gruczołów błony śluzowej, znajdują się liczne rozproszone grudki chłonne. Ponadto w obrębie gardła znajdują się zgrupowania tkanki limfoidalnej zwane pierścieniem Waldeyera, będącym istot-

nym elementem układu immunologicznego, związanego z błonami śluzowymi (*MALT – mucosa associated lymphoid tissue*) (3,4). Należą tu w części nosowej gardła na stropie migdałek gardłowy zanikający fizjologicznie około 11 roku życia, migdałki trąbkowe wokół ujść gardłowych trąbek słuchowych, migdałki podniebienne w części ustnej i migdałek językowy na podstawie języka oraz pasma boczne i grudki chłonne na bocznej i tylnej ścianie części nosowej i ustnej gardła. Tkanka limfoidalna gardła jest stale narażona na kontakt z licznymi antygenami (nie tylko antygenami drobnoustrojów) w początkowym odcinku drogi oddechowej i pokarmowej.

W warunkach fizjologicznych koncentracja drobnoustrojów (bakterii, wirusów, grzybów) na błonie śluzowej gardła jest bardzo wysoka – 10^6 /ml do 10^8 /ml wydzieliny pokrywającej błonę śluzową (4). W części nosowej gardła fizjologiczna flora bakteryjna zbliżona jest to flory jam nosa. W gardle środkowym i dolnym – do flory bakteryjnej jamy ustnej.

Wśród bakterii zasiedlających błonę śluzową gardła bakterie beztlenowe dominują nad bakteriami tlenowymi w stosunku około 10:1 zwłaszcza w kryptach migdałkowych. Poza saprofityczną florą drobnoustrojową z rodzaju *Lactobacterium*, *Actinomyces* czy paciorkowcami beztlenowymi obręb gardła zasiedlają bakterie, które w przypadku obniżenia bariery ochronnej błony śluzowej czy osłabienia ogólnych mechanizmów obrony immuno-

► gicznej stają się patogenami (np. *Staphylococcus aureus*). Należy pamiętać, iż na skutek powszechnego nadużywania antybiotyków szereg bakterii wchodzących w skład flory rezydencyjnej może produkować enzymy inaktywujące stosowany w leczeniu antybiotyk (beta-laktamazy).

U dorosłych często mamy do czynienia z przewlekłymi nieżytami gardła, na które nakładają się ostre infekcje wirusowe czy bakteryjne.

PRZEWLEKŁE ZAPALENIA GARDŁA

Pod tą nazwą kryje się liczna grupa stanów chorobowych gardła o różnej etiologii i zróżnicowanym obrazie klinicznym. Przewlekłe zapalenie gardła najczęściej wywołują czynniki drażniące – zarówno zewnętrzne, jak: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, spożywanie bardzo gorących pokarmów, trudności w oddychaniu przez nos, jak i czynniki wewnętrzne, takie jak zaburzenia hormonalne, cukrzyca, choroby nerek czy refluks żołądkowo-przełykowy.

Tradycyjna klasyfikacja (2, 4) dzieli nieżyty przewlekłe gardła na:

- prosty przewlekły nieżyt gardła,
- przewlekły przerostowy nieżyt gardła,
- przewlekły zanikowy nieżyt gardła.

Objawy. Subiektywne dolegliwości we wszystkich typach przewlekłego nieżytu gardła są podobne. Są to objawy parestezji czuciowych w obrębie gardła o charakterze drapania, pieczenia, łaskotania, uczucie zawadzenia czy obecności ciała obcego w gardle, wrażenie zalegania czy spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła, jak też ból o różnym stopniu nasilenia.

Prosty przewlekły nieżyt gardła obraz błony śluzowej cechuje żywe przekrwienie i rozpułchnienie błony śluzowej pokrytej obfitą, lepką wydzieliną śluzową.

W nieżycie przerostowym opisane wyżej zmiany są znacznie bardziej nasilone. Przerostowy nieżyt gardła częściej występuje u mężczyzn o pyknicznej budowie ciała. Przedmiotowo występuje obrzęk i przerost błony śluzowej oraz przerost migdałków, zwężenie przestrzeni gardła.

Leczenie. W prostych i przerostowych nieżytach gardła ulgę przynosi płukanie gardła wodą z dodatkiem antyseptycznych i ściągających preparatów ziołowych, polecane jest też stosowanie leków działających miejscowo przeciwbakteryjnie

i znieczulająco (Orofar, Neo-angin, Cholisep, Strepsils i inne). Dobrym wyborem jest tu Cholinex, który ma również działanie nawilżające na błonę śluzową gardła. Należy oczywiście unikać powyżej wymienionych czynników powodujących i nasilających objawy (dym tytoniowy, alkohol, kurz, pył, gorące i ostre potrawy) oraz leczyć choroby towarzyszące.

Przewlekłe zapalenie migdałków podniebnych jest najczęściej następstwem nawracających ostrych zapaleń migdałków (angin), w wyniku których pozostały nieodwracalne zmiany w postaci zrostów i owrzodzeń w kryptach migdałkowych, co sprzyja absorpcji patologicznej wydzieliny.

Chorobę wywołuje mieszana flora bakteryjna tlenowa i beztlenowa, w której dominują paciorkowce, głównie beta-hemolizujące.

Objawy. Chorzy skarżą się na uczucie drapania, pieczenia, ból gardła o różnym nasileniu. Dodatkowymi objawami mogą być cuchnący oddech i nieprzyjemny smak w ustach oraz objawy ogólne – stany podgorączkowe, skłonność do częstych infekcji.

Przedmiotowo stwierdza się zaczerwienienie łuków podniebnych, uzyskiwanie płynnej treści ropnej przy ucisku migdałków, ograniczoną ruchomość migdałka, zbliżowaciałą jego powierzchnię, powiększone węzły chłonne.

Należy pamiętać, że białe czy żółte grudki, które udaje się wycisnąć z migdałków, to czopy retencyjne powstające wskutek gromadzenia się resztek pokarmu, komórek złuszczonego nabłonka, leukocytów, kryształków cholesteryny, drobnoustrojów w kryptach migdałkowych. Zachodząca fermentacja może powodować nieprzyjemny zapach z ust.

Przewlekłe zapalenie migdałków podniebnych stanowi ognisko zakażenia i może powodować następujące choroby odogniskowe:

- gorączkę reumatyczną,
- zapalenie nerek,
- łuszczycę,
- pokrzywkę,
- zapalenie wsierdza,
- choroby naczyń krwionośnych,
- zapalenie tęczówki.

Leczeniem z wyboru jest usunięcie migdałków (tonsillektomia).

Często przy tak zmienionych migdałkach przy zadziałaniu czynników zewnętrznych, np. przy

- każdym oziębieniu gardła, wypiciu zimnych napojów, szybkim zjedzeniu lodów, dochodzi do ostrego zapalenia błony śluzowej gardła i migdałków o różnej etiologii.

OSTRE BAKTERYJNE ZAPALENIE GARDŁA

Etiologia. Stanowi około 20% wszystkich zapaleń gardła u dorosłych. Wśród patogenów bakteryjnych na pierwszym miejscu znajduje się paciorkowiec beta-hemolizujący grupy A (*Streptococcus pyogenes*). Z innych bakterii można wymienić *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, paciorkowce grupy B, C i G oraz bakterie beztlenowe z grupy *Bacteroides*. Należy tu wspomnieć podkreślaną florę bytującą w jamie ustnej i gardle. Bakterie te, chociaż posiadają zdolność wytwarzania beta-laktamazy, nie są bezpośrednią przyczyną zapaleń gardła, ale kolonizując jednocześnie z paciorkowcem beta-hemolizującym grupy A (*Streptococcus pyogenes*), chronią paciorkowce przed działaniem penicyliny i innych antybiotyków beta-laktamowych. Do bakterii tych zaliczamy: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* oraz *Hemophilus influenzae* i *parainfluenae*.

Objawy. W przypadkach ostrego bakteryjnego zapalenia błony śluzowej gardła występuje nagły silny ból gardła o charakterze pieczenia, klucia zwłaszcza tylnej ściany gardła, ból głowy, gorączka. Brak jest kataru, kaszlu, zapalenia spojówek.

Przedmiotowo stwierdza się silne przekrwienie całej błony śluzowej gardła, obejmujące łuki podniebienne, migdałki, tylną i boczną ścianę gardła.

Leczenie polega na podaniu antybiotyków z grupy penicylin (przy nadwrażliwości na makrolidy). Ponadto miejscowo należy zastosować leki działające znieczulająco i przeciwbakteryjnie. Ponieważ dominującym objawem ostrego bakteryjnego zapalenia błony śluzowej gardła jest ból gardła, silny, a często bardzo silny, znacząco wyraźnie pogarszający subiektywny stan pacjenta, bardzo istotne jest uzupełniające leczenie preparatami zmniejszającymi nasilenie tej dolegliwości. Preparatem łączącym miejscowe działanie przeciwbakteryjne i znieczulające na błonę śluzową gardła jest Cholisep – tabletki do ssania. Preparat zawiera heksylozorcynol (działanie znieczulające) i chlorek benzalkoniowy (o właściwościach antyseptycznych).

OSTRE ZAPALENIE MIGDAŁKÓW (angina)

Jest chorobą ogólnoustrojową zakaźną o różnej etiologii, której nie należy bagatelizować ze względu na możliwość wystąpienia powikłań.

Objawy. Głównym objawem anginy jest silny ból gardła promieniujący do ucha. Proces zapalny obejmuje cały mięszs migdałka, przechodząc często na jego otoczenie. Stwierdza się przekrwienie, rozpulchnienie i obrzęk migdałków oraz przylegającej błony śluzowej. Występuje wysięk włóknikowy lub ropny na migdałkach, powiększenie migdałków i całego układu limfatycznego gardła oraz odczyn zapalny ze strony węzłów chłonnych szyi (7, 8).

Ze względu na obraz kliniczny anginy dzielimy na (5, 7):

- anginę rumieniową (czerwoną),
- anginę zatokową (białą),
- anginę rzekomo-błoniastą,
- inne postacie angin, np. angina Plaut-Vincenta.

Angina rumieniowa. Jest to postać zapalenia migdałków wywołana zakażeniem wirusowym. Proces zapalny obejmuje zarówno błonę śluzową gardła jak i migdałki podniebienne, grudki chłonne i pasma boczne na tylnej ścianie gardła. Przedmiotowo błona śluzowa i migdałki są silnie przekrwione, obrzęknięte, powiększone, ale brak jest białych nalotów na migdałkach.

Angina zatokowa z wysiękiem ropnym oraz rzekomo-błoniasta. Jest ostrym zapaleniem migdałków o etiologii bakteryjnej, najczęściej paciorkowcowej. Dotyczy głównie migdałków podniebiennych.

Objawy. Choroba rozpoczyna się nagle wysoką gorączką (39 – 40°C), bólem głowy, którym mogą towarzyszyć dreszcze, ogólne rozbitcie, niekiedy ból w stawach. Ból gardła jest silny, często promieniujący do ucha.

Przedmiotowo stwierdza się powiększenie migdałków, obrzęk podniebienia (mowa staje się bezdźwięczna), przekrwienie migdałków i łuków podniebiennych, w okresie pierwszych 48 godzin w kryptach migdałkowych pojawiają się białe naloty. Naloty nie przekraczają granic migdałka. Czasami zlewają się w twardsze błony (angina rzekomo-błoniasta). Stwierdza się ponadto bolesne powiększenie węzłów chłonnych szyi, zwłaszcza podżuchwowych, oraz okolicy kąta żuchwy.

Lekiem z wyboru są penicyliny, u chorych z nadwrażliwością na penicyliny zalecane są antybiotyki

makrolidowe. Czas leczenia – 10 dni. Poza antybiotykami możemy podawać leki objawowe, przeciwgorączkowe oraz stosować płukanki i preparaty odkażające do ssania (10). Dobrym wyborem będzie Cholisep – tabletki do ssania o smaku miodowo-cytrynowym, dzięki właściwościom leku podanym powyżej. Innymi lekami działającymi miejscowo, które będą właściwe jako uzupełnienie antybiotykoterapii w anginie, może być np. Orofar (również działa przeciwbólowo i przeciwbakteryjnie) czy Cholinex (działa przeciwzapalnie, przeciwbólowo i bakteriobójczo wobec niektórych drobnoustrojów patogennych). Neo-angin i Strep-sils mają głównie działanie przeciwbakteryjne i nie poprawiają wyraźnie samopoczucia pacjenta.

Do powikłań miejscowych po anginie zaliczamy **ropień okołomigdałkowy**. Jest niemal zawsze jednostronny i wynika z przejścia zakażenia z migdałka podniebiennego na przestrzeń pomiędzy nim a sąsiednimi mięśniami gardła.

Objawy kliniczne ropnia to utrzymująca się gorączka, bardzo silny jednostronny ból gardła, szczykocisk, trudności w polykaniu, nadmierne ślinienie, zmiana głosu (mowa gardłowa). Miejscowo stwierdza się jednostronne uwypuklenie migdałka podniebiennego z silnym jego przekrwieniem, powodujące odchylenie języka w stronę przeciwną.

Leczenie. Pacjent musi zgłosić się niezwłocznie do laryngologa, który wykona nacięcie ropnia i zastosuje leczenie antybiotykami, głównie penicyliną.

Do powikłań ogólnych po anginie zalicza się:

- posocnicę,
- gorączkę reumatyczną,
- zapalenie stawów,
- kłębkowe zapalenie nerek.

ANGINA PLAUT-VINCENTA

Jest schorzeniem o łagodnym przebiegu, charakteryzującym się owrzodzeniem i nalotem, najczęściej na jednym migdałku podniebiennym. Czynnikiem etiologicznym są krętki i pałeczki wrzecionowate (*Bacillus fusiformis*, *Spirocheta denticolata*) występujące w jamie ustnej i gardle jako saprofity. Czynnikiem inicjującym chorobę jest infekcja wirusowa (9). Objawy miejscowe dominują nad objawami ogólnymi. Stan chorego jest dobry. Leczenie polega na podawaniu antybiotyków z grupy peni-

cylin oraz miejscowym płukaniu gardła i ssaniu tabletek o działaniu antyseptycznym.

Występowanie u dorosłych przewlekłych nieżytów gardła powoduje u nich większą podatność na ostre nieswoiste infekcje w sezonie jesienno-zimowym. Głównym czynnikiem etiologicznym w przypadku ostrych zapaleń gardła są wirusy i bakterie. Wirusy lub bakterie dostają się do gardła z zewnątrz drogą kropelkową lub znajdują się na powierzchni błony śluzowej i stają się patogenne w wyniku zmniejszenia odporności chorego. W początkowym okresie choroby trudno jest odróżnić zakażenie bakteryjne od wirusowego. Za etiologią wirusową przemawia współwystępowanie ostrego nieżyty nosa, spojówek, objawów nieżyty krtani i tchawicy.

OSTRE WIRUSOWE ZAPALENIE GARDŁA

Jest to zdecydowanie najczęstsza forma zapalenia gardła. Etiologia ostrych zapaleń gardła jest w 50–80% wirusowa. Choroba polega na powierzchniowym zapaleniu wszystkich części gardła. Najczęściej czynnikiem przyczynowym są następujące wirusy: rhino- i koronawirusy, wirusy grypy i paragrypy, RVS i adenowirusy, *Herpes simplex*, *Coxsackie* (6). Zdecydowana większość zachorowań występuje w okresie jesienno-zimowym i wiosennym. Oprócz niekorzystnych warunków atmosferycznych wpływ na wystąpienie choroby mogą mieć również przepracowanie, stres, przemęczenie fizyczne i wszystkie przypadki zmniejszenia odporności. Na pewno czynnikiem sprzyjającym zakażeniu jest przebywanie w dużych grupach ludzi (środki komunikacji miejskiej, duże zakłady pracy, supermarkety).

Objawy. Chorzy skarżą się na ból gardła o różnym nasileniu, uczucie pieczenia i drapania w gardle. Często występują trudności w przełykaniu spowodowane ostrym bólem. Temperatura ciała bywa nieco podwyższona. Ponadto chorzy skarżą się na katar, kaszel, zapalenie spojówek.

Przedmiotowo – błona śluzowa łuków podniebiennych i podniebienia miękkiego jest zaczerwieniona i lekko obrzęknięta. Wydzielina z gruczołów jest początkowo obfita, śluzowa, później gęstsza, podsychająca. Często występują zmiany pęcherzykowe na tylnej ścianie gardła.

Leczenie. Choroba trwa ok. 3 dni i u dorosłych

ma przebieg łagodny. W leczeniu rzadko konieczne jest podawanie antybiotyków o działaniu ogólnym. Najczęściej leczenie zaczynamy od pozostawienia chorego w łóżku na okres 3 dni i podawaniu leków o działaniu ogólnym przeciwzapalnym (salicylany lub niesterydowe leki przeciwzapalne – zazwyczaj kwasu acetylosalicylowego [Polopiryna, Aspiryna i wiele innych] czy ibuprofenu [Nurofen, Ibuprom]) oraz miejscowym przeciwbakteryjnym i znieczulającym. Jeżeli dominującą dolegliwością jest silny ból gardła, warto sięgnąć po Cholisep – tabletki do ssania, ze względu na właściwości preparatu opisane powyżej. Jeżeli pacjent zgłasza przede wszystkim uczucie suchości i drapania w gardle – właściwy będzie Cholinex, ze względu na dodatkowe właściwości nawilżające.

Przed rozpoczęciem leczenia spróbować można także tzw. środków naturalnych: herbaty z cytryną, sokiem malinowym lub miodem, czosnku, naparu z lipy czy czarnego bzu. Leczenie takie będzie miało jednak sens jedynie wtedy, jeśli pacjent może pozostać w domu, ograniczając narażenie na czynniki powodujące i nasilające chorobę.

Ogólnie – w przypadkach lekkich leczenie może przeprowadzić lekarz pierwszego kontaktu, jeśli jednak wystąpią powikłania, należy pacjenta niezwłocznie skierować do specjalisty laryngologa. Często konsultacja lekarska w ogóle nie jest konieczna.

Dr n. med. Hanna Zielińska-Bliźniewska jest adiunktem w Zakładzie Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Specjalista z dziedziny otolaryngologii i alergologii, łącząc te dwie specjalności interesuje się problemami chorób alergicznych górnych dróg oddechowych. Jest autorką oraz współautorką wielu prac naukowych i streszczeń zjazdowych.

Piśmiennictwo:

1. Albrecht P., Kotowska M.: *Antybiotykoterapia bakteryjnych zakażeń dróg oddechowych w świetle „Rekomendacji 2003”*. Nowa Klinika 2005, 12, 3-6.
2. Becker W. i wsp.: *Choroby uszu, nosa i gardła*. Bel Corp. W-wa 1999, 359-365.
3. Barzilai A., Miron D., Sela S.: *Etiology and management of acute and recurrent group A streptococcal tonsillitis*. Curr. Infect. Dis. Rep., 2001, 3, 217.
4. Bień S.: *Nieżyt błony śluzowej gardła – trudności diagnostyki i terapii*, Terapia, 2004, 12, 2(147), 35-36.
5. Bukowska W., Szumera M.: *Angina, zapalenie gardła*. Klin. Ped., 1997, 5.14.
6. Chazan R.: *Zakażenie układu oddechowego*. alfa-medica press, Bielsko-Biała, 1998, 100-108.
7. Dzierżanowska D., Jurkiewicz D., Zieliński-Jurkiewicz B.: *Zakażenia w otolaryngologii*. alfa-medica Press 2002, 109-127.
8. Krenke R.: *Rola zakażeń układu oddechowego w rozwoju remodelingu dróg oddechowych*. Terapia, 2002, 10, 3-10.
9. Krzeski A., Held-Ziółkowska M.: *Angina. Problemy laryngologiczne w codziennej praktyce*. Servier Polska, 2000, 19, 2.
10. Pichichero M. E., Casey J. R.: *Penicillin failure in streptococcal tonsillopharyngitis: causes and remedies*. Pediatr. Inf. D. J. 2000, 19, 917-923.
11. Vincent M.T., Celesin N., Hussain A.N.: *Pharyngitis*. Am. Fam. Physician, 2004, 69, 1465-70.