

Bolesti v krku představují vůbec nejčastější problematiku řešenou praktickým lékařem. Účelem příspěvku je podat přehled o základních anatomických aspektech bolestí v krku, podat přehled nozologických jednotek s důrazem na prognosticky závažná onemocnění a informovat o základech jejich diagnostiky a terapie.

Klíčová slova: bolesti v krku, diagnostika, léčba.

1. Úvod

Bolesti v krku představují asi 1/3 případů z celkového počtu pacientů, kteří přicházejí k praktickému lékaři. 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.

Bolest v nosohltanu je zprostředkována převážně inervací n. V, částečně míšními nervy z C2 a C3. Bolesti hltanu a hypofaryngu jsou zprostředkovány inervací n. IX a X (plexus pharyngeus), bolesti vchodu do hrtanu n. X. Bolest z isthmus faucium je zprostředkována n. V. Bolest v krku se zhoršuje s polykáním (odynofagie), při stoupající intenzitě může bolest způsobit reflexní imobilizaci měkkého patra s následným huhňáním a vést k trismu. Bolest vycházející z retrofaryngeálního prostoru se může kombinovat s omezením hybnosti a bolestmi v oblasti krční páteře. Bolest v oblasti krku také často vyzařuje do ucha, kde může být také pacientem prioritně udávána. Zvláštním druhem bolesti i speciální nozologickou jednotku představuje carotidyne, která vzniká drážděním vegetativních pletení krkavice. Glossodynie představuje bolest vznikající iritací v oblasti n. V, někdy se jedná hlubší bolest pocházející z podráždění hlubokého proprioceptivního systému jazyka. Vedle typickýchodynofagií se také velmi často setkáváme s hltanovými parestéziemi, což jsou pocity sucha, škrábání, pálení v krku a pocity cizího tělesa. S jídlem se tyto obtíže většinou zlepšují, nutí postižené k častému pokašlávání, zapíjení, vzácně mohou vést až k dávení a různým psychickým poruchám. Kromě neurovegetativní lability jsou příčinou těchto bolestí i organické poruchy v oblasti hltanu (nejčastěji chronická atrofická faryngitis) ale také různá onemocnění žaludku, jícnu organické i funkční poruchy krční páteře. Přenesená bolest: do oblasti krku se může přenášet bolest kardiální při různých formách ischemické choroby srdeční, která může být přenesena do jugula a vyzařovat až do oblasti jazyky. Bolest v krku může vést

k podstatnému omezení příjmu potravy a tekutin, což může vyvolat celkové změny organismu spojené s dehydratací a hladověním.

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. U cizích těles v oblasti hltanu a zadních partií dutiny ústní postačuje pečlivé základní klinické vyšetření, u suspekce na distálně uložené cizí těleso je před extrakcí indikováno RTG vyšetření včetně kontrastní

náplně polykacích cest. Z důvodu přehlednosti při následné endoskopii a kvůli riziku aspirace upřednostňujeme jodové kontrastní látky, přestože kvalita zobrazení je proti použití baryové kaše nižší. Extrakci cizích těles v oblasti dutiny ústní a hltanu, která jsou přístupná, provádíme ihned ambulantně vhodným chirurgickým nástrojem. Při uvíznutí cizího tělesa distálněji v polykacích cestách je indikována krátkodobá hospitalizace s endoskopickou extrakcí cizího tělesa, přičemž je upřednostňováno provedení rigidní endoskopie v celkové anestézii, a to pro lepší přehlednost a lepší možnosti manipulace zejména v oblasti zúžených míst v polykacích cestách.

Poleptání polykacích cest představuje velmi závažnou problematiku jak v akutním stadiu tak v čase následném kvůli vysokému riziku jizevnatých stenóz a perforace jícnu. Při první pomoci se snažíme zředit korozivní látku požitím 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 poleptání je indikována léčba širokospektrými antibiotiky, které brání superinfekci nekrotického poleptaného povrchu sliznice a to podání jak celkové (např. širokospektrý Amoxycilin-klavulanát) tak lokální (Framykoin po lžičkách), u poleptání středního a těžšího stupně jsou indikovány kortikosteroidy, které omezují proces jizvení, a tedy zmírňují závažnost následné korozivní stenózy. Péče je závislá na výsledku časného endoskopického vyšetření polykacích cest, výběr techniky vyšetření závisí na charakteru změn v oblasti dutiny ústní a hltanu a na povaze polknuté látky, preferuje se vyšetření rigidní technikou. V případě poleptání 1. stupně, kdy není porušena integrita sliznice polykacích cest, ordinujeme tekoutou nebo kašovitou stravu, jinak není třeba zvláštních opatření. U poleptání 2. stupně, kdy dochází k exfoliaci sliznice, zavádíme nasogastrickou sondu (prevence korozivní stenózy), ordinujeme léčbu ATB a kortikosteroidy. V případě 3. stupně poleptání, kdy je porušena celá šíře stěny polykacích cest až po svalovou vrstvu,

je výrazné riziko perforace, je tedy nutné dle stavu pacienta konzultovat chirurgické pracoviště. Pokud v důsledku požití korozivní látky hrozí otrava nebo rozvrat vnitřního prostředí, je indikována hospitalizace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

U ostatních traumat je postup přísně individuální a závisí na rozsahu traumatických změn.

U bolesti 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 nález. U nejasných stavů je dobrou pomůckou laboratorní nález s vyšetřením zánětlivých markerů – leukocytózy, diferenciálního obrazu bílých krvinek, sedimentace erytrocytů a CRP. Pokud nález svědčí pro virový infekci, 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 podle 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. Základním diagnostickým vodítkem je laryngoskopický nález, u malých dětí je možno epiglottis vidět přímo při stlačení kořene jazyka. V případě, že lékař není schopen laryngoskopické vyšetření provést, je diagnostickým vodítkem výrazný nepoměr závažnosti celkového, rychle se rozvíjejícího klinického stavu a lokálního nálezu. Zatímco pacient má vysokou horečku

a výrazné polykací potíže téměř s nemožností polykání, a v terminálním stadiu onemocnění je dušný, lokální nález v hltanu připomíná pouze akutní faryngitis. Léčba epiglottitidy spočívá v parenterální aplikaci antibiotik, antiedematózní léčbě včetně kortikoidů a v eventuelním instrumentálním zajištění dýchacích cest v případě, že hrozí jejich kritická stenóza. V případě podezření na akutní epiglottitidu je indikován co nejrychlejší transport na příslušné specializované pracoviště, kde je pacient sledován na JIP. Klíčovou podmínkou úspěšné terapie akutní epiglottitidy je včasná diagnóza.

Zánětlivé komplikace angín – paratonzilární flegmóna nebo absces. Pro komplikaci angín svědčí jednostranná akcentace potíží bez příznivé odpovědi na podávanou antibiotickou léčbu, vyklenutí v oblasti instmus faucium nebo hypofaryngu při vyšetření lokálního nálezu v dutině ústní a hltanu. V takovém případě je co nejdříve indikováno ošetření na specializovaném ORL pracovišti, kde je potřeba lokalizovat eventuelní abscesové ložisko, chirurgicky jej 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 leukaemica. Uvedená onemocnění se projevují jako nekrotizující angíny s těžkým lokálním nálezem u kterých prakticky chybí reakce okolních lymfatických uzlin. Takový obraz angíny bývá často prvním příznakem prognosticky závažného hematologického onemocnění. Úkolem praktického lékaře je myslet na možnost tohoto onemocnění a včas zajistit screeningová vyšetření krevního obrazu, která eventuelní přítomnost agranulocytózy nebo leukémie prokáže.

Infekční mononukleóza, antroponózy (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 prů-

kazem protilátek proti příslušnému infekčnímu agens.

Retronasální angína. Vzniká zánětlivým postižením faryngeální tonzily. Subjektivními potížemi připomíná zánět patrových mandlí, navíc je přítomno zalehnutí uší a rýma. V lokálním nálezu vidíme pouze obraz akutní faryngitis s masivní postnasální sekrecí, přesnější diagnóza je možná pomocí zadní rhinoskopie.

Flegmóna nebo absces kořene jazyka. Bolesti svoji lokalizací do oblasti jazyky a celkový stav pacienta připomíná akutní epiglottitis, rozvíjí se huhňavost. Diagnóza se provádí pomocí indirektního vyšetření hypofaryngu, u nejasných nebo rozsáhlejších nálezu je indikováno vyšetření CT. Stejně jako u akutní epiglottitidy hrozí i u tohoto onemocnění rozvoj stenózy dýchacích cest.

Změny faryngu při autoimunitních, mukotánních 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. Úlohou praktického lékaře je včas identifikovat rizikového pacienta a odeslat ho na specializované pracoviště, kde se provede příslušná podrobnější diagnostika a léčba.

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. Základem stanovení diagnózy je lokální nález v hltanu resp. dutině ústní, typické jsou asymetrie, dekolore sliznice nebo přímo infiltráty, často exulcerované vlivem regresivních změn, foetor ex ore. Na tumor můžeme nepřímo usuzovat rovněž z palpačního vyšetření uzlinového systému krku, kde často

nacházíme tuhé nebolestivé zduření uzlin kulovitého tvaru, někdy se zduřelé uzliny sdružují v pakety. Pokud není lokalita tumoru přístupná klinickému vyšetření, je třeba provést vyšetření endoskopické na specializovaném pracovišti. Tumor je nutno vždy vyloučit v případě, že bolesti v krku trvají více než 3 týdny a nejsou citlivé na běžně podanou terapii. Podezření na tumor je dále posíleno případně, že se jedná o muže nad 50 let věku s abusem cigaret nebo alkoholu v anamnéze. Konečné stanovení diagnózy nádorového onemocnění se opírá o histologické nebo cytologické vyšetření biptického materiálu.

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. Diagnózu provedeme palpací v oblasti tonzilárního lůžka, kde můžeme prodloužený styloidní výběžek přímo nahmatat, potvrzení diagnózy je možno provést prostým RTG snímkem v Kratschmerově projekci se zaměřením na styloidní výběžky. Léčba spočívá v chirurgickém odstranění elongovaného styloidu.

Neuralgické bolesti. Z obličejových neuralgií se bolestmi v krku projevuje neuralgie n. glossopharyngeus, která může být buď primární, kdy se nezjistí žádná organická příčina, nebo sekundární, kdy je stanovena pravděpodobná organická příčina stavu. Primární neuralgie se projevují prudkými šlehavými nepravidelými bolestmi, vyzařujícími od úhlu mandibuly buď do oblasti ucha nebo směrem kaudálním, jako doprovodný nálezy bývá někdy přítomna asymetrie nálezu v glossopharyngické inervační zóně při elektrogustometrickém vyšetření. Diagnózu neuralgie stanovíme per exclusionem a po důkladném neurologickém vyšetření.

Radiační mukositis je stav, kdy je sliznice poškozena radioterapií. Vyskytuje se pravidelně u pacientů ozařovaných pro onkologické onemocnění hlavy a krku, podle míry poškození sliznice rozdělujeme závažnost mukosity do čtyř stupňů. Vzhledem k typickému výskytu nečiní stanovení diagnózy obtíže,

léčba spočívá v aplikaci analgetik, orálních antiseptik, v dostatečné hydrataci a výživě pacienta a v důsledném dodržování hygieny dutiny ústní.

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. Diagnóza spočívá ve vyloučení jiných příčin klinické symptomatologie je založena na typickém průběhu onemocnění a pozitivním efektu kortikosteroidů.

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

Diagnostických procedury, prováděné v diferenciální diagnóze bolestí v krku lze shrnout do následujícího seznamu:

Anamnéza: charakter bolesti, doba jejího trvání, okolnosti jejího vzniku a zhoršování. Doprovodná symptomatologie – dysfagie a její stupeň, dušnost, teplota, trismus, zduření na krku.

Klinické vyšetření: praktický lékař: základní vyšetření dutiny ústní a hltanu, palpační vyšetření krku, v případě nutnosti i palpační vyšetření v oblasti hltanu. Otorhinolaryngolog: otorhinolaryngologické vyšetření s cíleným zaměřením zejména na oblast hltanu, hrtanu a na oblast krku. Je třeba zvláště zdůraznit důležitost palpačního vyšetření v oblasti orofaryngu a kořene jazyka, které dříve než vyšetření vizuální odhalí event. tumor.

Stomatologické vyšetření: v případě podezření na odontogenní původ potíží.

Neurologie: při podezření na neuralgii n. glossopharyngeus.

Revmatologie, imunologie: pokud je podezření, že onemocnění je důsledkem imunopatologického stavu.

Endoskopické vyšetření: flexibilní laryngoskopie a hypofaryngoskopie, rigidní hypofaryngoskopie, rigidní ezofagoskopie – vizualizace hrtanu a hypofaryngu při obtížné vyšetřitelnosti, vizualizace piriformních recesů, diagnostika a terapie cizích těles.

Základní laboratorní vyšetření – FW, krevní obraz, základní biochemické vyšetření, moč+sediment – základní orientace o závažnosti zánětlivých změn, základní informace o možných metatonzilárních komplikacích, základní informace o metabolických parametrech (stav hydratace a výživy).

Bakteriologické vyšetření: stěr na kultivaci z tonzil, hltanu, případně z abscesové dutiny – identifikace původce zánětlivého onemocnění. Je-li to možné, je prioritou provést bakteriologické vyšetření před započetím ATB léčby.

Serologické vyšetření: antropozoonózy, EB virus, lues, Latex, ASLO – etiologie angín, komplikace angín.

Punkční biopsie tenkou jehlou, excize na histologii – verifikace nádorových onemocnění.

Sonografie krku: identifikace nádorově postižených uzlin (nejcitlivější vyšetření), rozsah abscesových formací

CT, MRI: určování stadiu nádorových onemocnění, rozsah hlubokých krčních infekcí.

RTG pasáž jícnem: cizí tělesa.

Základem diferenciální diagnostiky bolestí v krku je zhodnocení anamnézy a lokálního nálezu, což umožní diagnostikovat většinu onemocnění. Zhodnocení lokálního nálezu je někdy limitováno špatnou spoluprací pacienta nebo tím, že pravděpodobná lokalizace patologie je v oblastech nevyšetřitelných prostřednictvím klinického ORL vyšetření. V těchto případech je třeba zvážit vyšetření endoskopické. Další vyšetření, která by diagnózu zpřesnila, provádíme pouze na základě kvalitně odebrané anamnézy a lokálního nálezu.

4. Terapie

Základem terapie bolestí v krku je terapie kauzální, která odstraňuje příčinu, jež k bolestem v krku vedla. Výběr kauzální terapie závisí na vyvolávající příčině, byl částečně uveden u popisu jednotlivých no-

zologických jednotek a veškerý detailní souhrn je nad rámec tohoto sdělení. Nicméně z kauzálních metod léčby je třeba připomenout zásady antibiotické léčby u zánětlivých onemocnění horních cest dýchacích a cest polykacích.

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. Pokud se jedná o zjevně bakteriální onemocnění, jako např. lakunární angína, postačí v nekomplikovaných případech empirická antibiotická léčba. 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.

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 stavu 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.

Spojení symptomatické a kauzální léčby představuje lokálně působící látka fusafungin (Bioparox spr.), která v sobě spojuje účinek protizánětlivý s účinkem antimikrobiálním. Rezistence na antimikrobiální účinek fusafunginu nebyla popsána. Fusafungin je výhodné používat zejména v iniciačních stádiích akutních zánětů HCD, kdy brání rozvoji bakteriální superinfekce a tím může významně zkrátit dobu trvání onemocnění. Podmínkou příznivého efektu léčby je však její včasné zahájení dříve, než se bakteriální superinfekce rozvine, ideálně v prvních 2 dnech infektu. Účinek protizánětlivý je odpovědný za redukci symptomatologie zánětu. Účinek fusafunginu u rozvinutých a zejména klinicky závažných bakteriálních infekcí však nemůže nahradit klasickou léčbu systémovými antibiotiky a lze jej považovat pouze za pomocný.

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 orálních antiseptik. Jsou buď na bázi jódu (Betadine, sol. iodi glycerolica), či na bázi kvartérních amoniových zásad (benzalkonium chlorid), nebo je možno použít 3% roztok peroxidu vodíku. Výplachy se obvykle provádějí 2–4x denně nejlépe po jídle. Příznaky chronické atrofické faryngitis mohou zlepšit inhalace, popíjení Vincentky. Ke zlepšení příznaků akutních zánětlivých onemocnění a radiační mukositivity napomáhají i epitelizační přípravky, nejpoužívanějším je kyselina pantothénová (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 nazogastrické sondy. Ve speciálních případech (poleptání, pooperační stav) je třeba vyživovat pacienta parenterálně. Gastrostomii indikujeme tehdy, jestliže se zavedení nazogastrické sondy předpokládá na delší dobu (obvykle delší než 1 měsíc).

Závěr

Bolesti v krku patří k nejčastější problematice řešené v ordinaci praktického

lékaře. Nejobtížnější aspekt péče o nemocné 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 praktického

lékaře zde spočívá především v precizním vyšetření lokálního nálezu a jeho srovnání s dynamikou klinických obtíží pacienta a což by mělo vést zejména ke včasnému zachytu nádorů v ORL oblasti a ke včasnému zachytu onemocnění, které mohou vést ke kritické stenóze dýchacích cest. V oblasti léčby pacientů s bolestmi v krku by se měl lékař vyvarovat nadužívání antibiotické léčby, především u banálních infekcí HCD virového původu.