

Grlobolja

Adaptirano prema ISKRA smjernicama (Ref.1.)



- Samo **5% do 15%** akutnih grlobolja uzrokuje **beta-hemolitički streptokok grupe A (BHS-A)** i podložno je terapiji antibiotikom; velik dio grlobolja se javlja u tijeku virusnih infekcija gornjih dišnih puteva i predstavlja čestu indikaciju za nepotrebnu primjenu antibiotika.
- Bakterijsku etiologiju se može djelomično razlikovati od virusne uporabom **Centorovih kriterija** (temperatura > 38°C, eksudat na tonzilama, povećani i bolni prednji cervikalni limfni čvorovi, odsutnost kašlja i kataralnih simptoma) koji su sigurniji u isključivanju negoli potvrđivanju bakterijske etiologije (i uz 4 boda po Centoru vjerojatnost da se radi o streptokoknoj infekciji je samo 40%-60%).

Zbroj bodova po Centoru	Vjerojatnost streptokokne etiologije	Etiološka dijagnostika BRZI antigen test u ordinaciji ili bris na kulturu	Antimikrobna terapija
0-1	<20%	Ne	Ne
2-3		Da	Nakon nalaza brisa*
4	40-60%	Da	Nakon nalaza brisa*

* Kod teže kliničke slike antibiotska terapija se može početi i prije dokazanog BHS-A u kulturi, a nakon prispjeća nalaza revidirati potreba za nastavkom terapije

Antibiotike treba primijeniti u slučaju akutne grlobolje bez obzira na Centorove kriterije u slučajevima: **vrlo teškog općeg stanja, sumnje na peritonzilarni infiltrat ili apsces, reumatske vrućice u osobnoj ili obiteljskoj anamnezi**

Terapija

- U većini slučajeva akutne grlobolje dovoljno je **simptomatsko liječenje i odmaranje**
- Simptomatska terapija: Prvi lijek izbora je **analgoantipiretik paracetamol**
- Antimikrobna terapija:

Prvi izbor antibiotika

Djeca	Odrasli
penicilin V 40 000 - 80 000 i.j./kg (25-50 mg/kg) podijeljeno u 3 doze / 10 dana ili jednokratno: benzatin penicilin G (Extencillin) 600 000 i.j. im. <= 27 kg*	penicilin V 1 500 000 i.j. svakih 8 sati / 10 dana ili jednokratno: benzatin penicilin G (Extencillin) 1 200 000 i.j. im. > 27 kg*

*i drugi pripravci depo preparata benzilpenicilina u odgovarajućim dozama

Za alternativu kod preosjetljivosti na penicilin vidi Ref.1.

Bitne napomene

—Dijagnoza grlobolje ne podrazumijeva automatsku primjenu antibiotika

Grlobolja se najčešće javlja u tijeku virusne infekcije te je najčešće simptomatska terapija dovoljna.

—Kod teškog općeg stanja pacijenta treba dati antibiotik bez obzira na bakteriološki nalaz

Osjetljivost propisno uzetog brisa grla je 90-95% i ovisi o načinu na koji je uzet, na koji je transportiran te je li pacijent prije učinjenog brisa ždrijela uzimao antibiotike.

—Antibiotike ne treba primjenjivati kod blagih kliničkih slika grlobolje samo zbog bojazni da neprepoznata streptokokna infekcija može dovesti do razvoja poststreptokoknih sekvela ili teških kliničkih slika

Tradicionalno se smatralo da je glavni razlog liječenja grlobolje antibioticima sprječavanje razvoja reumatske groznice i poststreptokoknog glomerulonefritisa. Od 1950-tih godina u razvijenim zemljama, pa i Hrvatskoj, je došlo do pada incidencije reumatske groznice najviše zbog povećanja standarda života, te sprječavanje mogućih, vrlo rijetkih, sekvela ne treba biti motivacija za primjenu antibiotika.

—Asimptomatske kliconoše BHS-A u pravilu ne treba ni tražiti, niti liječiti

Neke osobe i nakon završene odgovarajuće antistreptokokne terapije ostaju kliconoše streptokoka. Kliconoštvo treba tražiti i eradicirati samo kod pacijenata koji u anamnezi imaju reumatsku groznicu, kod opetovanih streptokoknih infekcija unutar obitelji te situacije epidemije reumatske groznice ili streptokoknog glomerulonefritisa.

—Rutinsko testiranje antistreptolizinskog titra (ASO titar) u svrhu dijagnosticiranja streptokokne grlobolje se ne preporučuje.

Pojedinačni titar ASO nije dovoljno osjetljiv niti specifičan u dijagnosticiranju streptokokne grlobolje.

—Virusne infekcije grla su česte u djece i nisu indikacija za tonzilektomiju

Ref.1. Tambić Andrasević A, Baudoin T, Vukelić D, Matanović SM, Bejuk D, Puzevski D, Abram M, Tesović G, Grgurev Z, Tomac G, Pristas I. Iskra guidelines on sore throat: diagnostic and therapeutic approach - Croatian national guidelines. Lijec Vjesn 2009;131:181-91.