

# CUPRINS

Colectiv de autori _____	4
Cuvânt înainte _____	9

## 1. Aparatul respirator

Rinofaringita acută _____	12
<i>Prof. Dr. Mircea Nanulescu</i>	
Faringita streptococică _____	16
<i>Prof. Dr. Sorin C. Man</i>	
Laringita acută _____	21
<i>Şef Lucr. Dr. Ileana Ioniuc</i>	
Bronşiolita acută _____	27
<i>Prof. Dr. Sorin C. Man</i>	
Pneumonia comunitară _____	35
<i>Prof. Dr. Mircea Nanulescu</i>	
Pneumonia stafilococică _____	42
<i>Şef Lucr. Dr. Ileana Ioniuc</i>	
Pleureziile _____	48
<i>Şef Lucr. Dr. Paraschiva Cherecheş-Panţa</i>	
Astmul bronşic la copil mic şi preşcolar _____	53
<i>Prof. Dr. Sorin C. Man</i>	
Astmul bronşic la şcolar şi adolescent _____	62
<i>Prof. Dr. Sorin C. Man</i>	
Wheezing-ul recurent _____	74
<i>Şef Lucr. Dr. Paraschiva Cherecheş-Panţa</i>	
Otita medie acută _____	79
<i>Conf. Dr. Răzvan Hainăroşie, Prof. Dr. Doina Anca Pleşca</i>	

## 2. Aparatul digestiv

Diareea acută _____	88
<i>Prof. Dr. Mircea Nanulescu</i>	
Apendicita acută _____	95
<i>Prof. Dr. Smaranda Diaconescu</i>	
Constipaţia _____	99
<i>Asist. Univ. Dr. Daniela Pop</i>	
Refluxul gastroesofagian _____	106
<i>Conf. Dr. Valeriu V. Lupu</i>	
Infecţia cu <i>Helicobacter pylori</i> _____	110
<i>Şef Lucr. Dr. Daniela Păcurar</i>	
Sindromul hepatosplenomegalic _____	116
<i>Şef Lucr. Dr. Daniela Păcurar</i>	
Icterele nou-născutului cu vârstă gestaţională peste 35 de săptămâni _____	123
<i>Şef Lucr. Dr. Daniela Păcurar</i>	
Valori crescute ale transaminazelor serice _____	130
<i>Şef Lucr. Dr. Daniela Păcurar</i>	

## 3. Aparatul cardiovascular

Cardiopatii congenitale _____	136
<i>Şef Lucr. Dr. Daniela Iacob</i>	
Insuficienţa cardiacă în pediatrie _____	147
<i>Conf. Dr. Tatiana Ciomârtan</i>	
Hipertensiunea arterială la copil şi adolescent _____	162
<i>Dr. Georgiana Russu</i>	

## 4. Aparatul reno-urinar

Infecţia de tract urinar la sugar şi copilul mic _____	168
<i>Prof. Dr. Mircea Nanulescu</i>	
Hematuria _____	176
<i>Conf. Dr. Carmen Duicu</i>	
Glomerulonefritile acute _____	186
<i>Conf. Dr. Carmen Duicu</i>	
Sindromul nefrotic _____	196
<i>Conf. Dr. Carmen Duicu</i>	
Urolitiaza _____	206
<i>Asist. Univ. Dr. Camelia Dăescu</i>	
Refluxul vezico-ureteral _____	212
<i>Dr. Radu Russu</i>	

## 5. Boli hemato-oncologice

Anemia prin deficit de fier _____	218
<i>CS II Dr. Florentina Moldovanu</i>	
Purpura trombocitopenică imunologică _____	223
<i>Dr. Sorin Ioan Iurian</i>	
Hemofilia _____	229
<i>Dr. Sorin Ioan Iurian</i>	

## 6. Alimentaţia sugarului

Alimentaţia naturală a sugarului _____	236
<i>CS II Dr. Florentina Moldovanu,</i>	
<i>CS I Dr. Michaela Nanu</i>	
Alimentaţia artificială a sugarului _____	241
<i>Şef Lucr. Dr. Ioana Sonia Ardeleanu</i>	
Diversificarea alimentaţiei _____	246
<i>Şef Lucr. Dr. Ioana Sonia Ardeleanu</i>	

## 7. Endocrinologie

Diabetul zaharat _____	252
<i>Asist. Univ. Dr. Mirela Mogoi, Şef Lucr. Dr. Corina Paul,</i>	
<i>Prof. Dr. Iulian Velea</i>	
Sindromul poliuro-polidipsic _____	261
<i>Dr. Monica Mărăzan</i>	
Criptorhidia _____	264
<i>Şef Lucr. Dr. Corina Paul, Prof. Dr. Iulian Velea</i>	
Tiromegalia/guşa _____	268
<i>Prof. Dr. Otilia Mărginean</i>	

Hipertiroidismul congenital _____	280	Imunodeficiențe primare _____	377
<i>CS I Dr. Michaela Nanu,</i>		<i>Șef Lucr. Dr. Alexis Cochino</i>	
<i>CS II Dr. Florentina Moldovanu</i>		Bolile înăscute de metabolism _____	382
Tulburările pubertății _____	283	<i>Dr. Paula Avram, Dr. Romana Vulturar, Dr. Gabriella Horvath</i>	
<i>Șef Lucr. Dr. Corina Paul, Asist. Univ. Dr. Mirela Mogoi,</i>		Hiper LDL-colesterolemia _____	394
<i>Prof. Dr. Iulian Velea</i>		<i>Șef Lucr. Dr. Ana Maria Pitea</i>	
<b>8. Urgențe</b>		Obezitatea _____	397
Resuscitarea cardio-respiratorie la sugar și copil _____	292	<i>CS I Dr. Michaela Nanu, CS II Dr. Florentina Moldovanu</i>	
<i>Șef Lucr. Dr. Adrian Vasile Crăciun</i>		<b>11. Alte protocoale</b>	
Șocul anafilactic _____	298	Febra izolată _____	408
<i>Asist. Univ. Dr. Mirela Chiru, Dr. Simona Moșescu</i>		<i>Dr. Simona Tătar</i>	
Convulsiile febrile _____	301	Rahitismul _____	415
<i>Șef Lucr. Dr. Andrei Zamfirescu</i>		<i>CS II Dr. Florentina Moldovanu, CS I Dr. Michaela Nanu</i>	
Starea de rău epileptic _____	306	Statura mică _____	420
<i>Șef Lucr. Dr. Andrei Zamfirescu</i>		<i>Prof. Dr. Otilia Mărginean</i>	
Hipocalcemia _____	310	Cianoza _____	426
<i>Șef Lucr. Dr. Luminița Dobrotă</i>		<i>Șef Lucr. Dr. Simona Cainap</i>	
Cetoacidoza diabetică _____	315	Urticaria _____	433
<i>Asist. Univ. Dr. Mirela Mogoi, Șef Lucr. Dr. Corina Paul,</i>		<i>Asist. Univ. Dr. Mirela Chiru</i>	
<i>Prof. Dr. Iulian Velea</i>		Paralizia facială _____	436
Sindromul de hipertensiune intracraniană _____	323	<i>Asist. Univ. Dr. Ionela Tămășan,</i>	
<i>Conf. Dr. Călin Lazăr, Dr. Mihaela Vintan, Dr. Daniela Mitrofan</i>		<i>Asist. Univ. Dr. Sonia Tănăsescu</i>	
Mușcătura și înțepătura de insecte _____	332	Durerea toracică _____	439
<i>Conf. Dr. Laura Dracea</i>		<i>Șef Lucr. Dr. Simona Cainap</i>	
Intoxicațiile acute _____	335	Tratamentul cu corticosteroizi _____	444
<i>Prof. Dr. Coriolan Emil Ulmeanu,</i>		<i>Dr. Sigrid Covaci, Șef Lucr. Dr. Alexis Cochino</i>	
<i>Șef Lucr. Dr. Viorela Gabriela Nițescu</i>		Principii generale în vaccinare _____	447
Oxigenoterapia _____	346	<i>Conf. Dr. Oana Falup-Pecurariu</i>	
<i>Asist. Univ. Dr. Ioana Badiu Țișa</i>		Boala Lyme _____	453
Epistaxisul în pediatrie _____	349	<i>Conf. Dr. Laura Dracea</i>	
<i>Conf. Dr. Răzvan Hainăroșie</i>			
<b>9. Boli reumatismale</b>			
Artrita idiopatică juvenilă (AIJ) _____	356		
<i>Conf. Dr. Călin Lazăr, Dr. Mihaela Spârchez,</i>			
<i>Dr. Andreea Militaru</i>			
Lupusul eritematos sistemic _____	363		
<i>Dr. Sigrid Covaci, Șef Lucr. Dr. Alexis Cochino</i>			
Boala Kawasaki _____	366		
<i>Șef Lucr. Dr. Alexis Cochino, Dr. Sigrid Covaci,</i>			
<i>Dr. Oana-Maria Farkaș</i>			
<b>10. Boli genetice și de metabolism</b>			
Fibroza chistică (mucoviscidoza) _____	370		
<i>Dr. Simona Moșescu, Asist. Univ. Dr. Iustina Stan</i>			
Fenilcetonuria _____	373		
<i>CS II Dr. Florentina Moldovanu, CS I Dr. Michaela Nanu</i>			



# 1

## Aparatul respirator

## RINOFARINGITA ACUTĂ

Prof. Dr. Mircea Nanulescu  
(Cluj-Napoca)

### Introducere

Rinofaringita acută (răceala) este cea mai frecventă boală acută la copil.

Boala este mai frecventă la sugar și copilul mic, categorie de vârstă la care mucoasa nazală și cea faringiană reacționează concomitent la infecție. La vârste mai mari, infecția se poate manifesta fie sub formă de rinită, fie sub formă de faringită.

În primii 2-3 ani de viață, sugarul și copilul mic, îngrijit la domiciliu, dezvoltă 4-6 episoade de rinofaringită acută pe an. Episoadele sunt mai numeroase la copilul care frecventează colectivitatea (până la 8/an).

### Criterii de diagnostic

#### *Semne și simptome*

Rinofaringita acută necomplicată se manifestă clinic prin:

- obstrucție nazală, rinoree;
- respirație orală;
- strănut sau tuse;
- febră ( $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$ ).

La sugar se pot asocia:

- alimentație dificilă;
- detresă respiratorie ușoară sau moderată.

Infecțiile de căi respiratorii inferioare (bronșiolita, pneumonia) și diareea produsă de rotavirusuri pot debuta cu simptomatologie de rinofaringită.

#### *Investigații de laborator*

Investigațiile de laborator nu sunt necesare la copilul cu rinofaringită acută necomplicată.

#### *Evoluție naturală*

În formele necomplicate de boală, simptomatologia debutează brusc și se agravează progresiv în primele 3-4 zile de evoluție. Febra durează 1-3 zile. Simptomele se remit în 7-10 zile. Tusea poate persista 2-3 săptămâni.

### **Diagnostic diferențial**

Diagnosticul diferențial se impune în formele prelungite sau dacă frecvența episoadelor depășește patternul fiziologic:

- complicațiile rinofaringitei (otita medie acută, rinosinuzita bacteriană);
- anomalii anatomice ale tractului respirator superior;
- alergii respiratorii;
- fibroza chistică;
- refluxul gastroesofagian;
- deficitul imun înăscut.

### **Complicații**

Rinofaringita acută se poate complica cu otită medie acută și sinuzită bacteriană.

Sugerează diagnosticul de **otită medie acută**:

- otoreea;
- otalgia, somnul agitat, iritabilitatea;
- inapetența;
- febra ridicată ( $> 38,5^{\circ}\text{C}$ ), care se prelungeste  $> 4$  zile sau care reapare după o perioadă de afebrilitate;
- prelungirea simptomelor de răceală  $> 7-10$  zile.

În situațiile în care lipsește otoreea, diagnosticul de otită medie acută se confirmă pe baza examenului otoscopic. Otoscopia pneumatică, metodă de elecție pentru diagnosticul de otită medie acută, evidențiază timpanul imobil.

Confirmarea diagnosticului de otită medie acută are indicație de antibioticoterapie. Amoxicilina (asociată sau nu cu clavulanat) rămâne indicația de elecție. Acest tratament va fi administrat 7-10 zile.

Sugerează diagnosticul de **sinuzită acută bacteriană**:

- persistența simptomelor de infecție de căi respiratorii superioare  $> 10-14$  zile;
- febră  $> 39^{\circ}\text{C}$ ;
- secrețiile nazale purulente și abundente care drenează prin orificiile nazale sau se scurg din cavum (vizibile la examinarea bucofaringelui) și care persistă  $> 3-4$  zile consecutiv;
- durerile spontane sau provocate la percuție sau presiune, cu localizare supra-orbitală sau facială unilaterală.

Radiografia de sinusuri nu este obligatorie pentru formularea diagnosticului de sinuzită acută bacteriană la copilul cu vârstă  $< 6$  ani.

Amoxicilina (asociată sau nu cu clavulanat) este antibioticul de primă intenție la copilul cu sinuzită acută bacteriană. Durata tratamentului antiinfecțios în sinuzita acută bacteriană este de 7-10 zile.

### **Tratamentul rinofaringitei acute necomplicate**

Majoritatea copiilor cu rinofaringită acută necomplicată se pot trata ambulator.

Internarea este indicată la sugarii cu:

- febră  $> 39^{\circ}\text{C}$ ;
- evoluție prelungită  $> 10$  zile.

**Antibioticele** nu sunt indicate în rinofaringita acută necomplicată, deoarece boala este cauzată de virusuri. Explicațiile acordate părinților de către medic despre etiologia și evoluția naturală a bolii reprezintă o metodă de reducere a presiunilor părinților pentru indicația antibioticului la copilul cu rinofaringită acută necomplicată.

Tratamentul cu antibiotice se va indica în formele de rinofaringită complicată cu otită medie acută sau sinuzită bacteriană. Tratamentul de primă intenție în aceste situații este amoxicilina, 80-90 mg/kg/zi (asociată sau nu cu clavulanat), doză subîmpărțită în 3 prize, timp de 7-10 zile. Pentru copiii cu otită medie acută care pot fi urmăriți, există tendința temporizării antibioticoterapiei pentru 48-72 de ore. Antibioticul se va indica doar dacă după acest interval evoluția nu este favorabilă. Această strategie reduce administrarea antibioticelor în 50% din cazuri.

### **Tratament patogen și simptomatic**

#### **Metode eficiente**

- Aportul suplimentar de lichide asigură fluiditatea secrețiilor.
- Acetaminofenul și ibuprofenul sunt indicate pentru efectul antitermic, antiinflamator și analgic: 10 mg/kg/doză. În scop antitermic, această medicație se va administra doar dacă febra  $> 38,5^{\circ}\text{C}$ , în special dacă se asociază modificarea stării generale. Administrarea se poate repeta, la nevoie, după 6-8 ore.

- Instilații nazale cu soluții saline (ser fiziologic) și îndepărtarea mecanică a acestora, prin aspirație, ameliorează obstrucția nazală.

#### Metode care nu s-au dovedit eficiente

- Dezobstruantele nazale (efedrina, oximetazolina, fenilefrina) au eficiență de scurtă durată, produc rinită chimică (dacă se folosesc > 2-3 zile) și produc congestie nazală de rebound.
- Antitusivle de tipul dextrometorfan, antihistaminicele, expectorantele nu sunt eficiente. Codeina și derivatele opiacee sunt contraindicate la vârste mici (< 5 ani), din cauza efectelor adverse.

#### Urmărire

Rinofaringita acută necomplicată nu necesită urmărire medicală.

Părinții vor fi instruiți pentru a solicita o **nouă consultație** în următoarele situații:

- febra > 39° C;
- refuză lichidele;
- otalgii, otoree;
- somnolență;
- respirații frecvente sau respirație dificilă;
- tuse persistentă (>2-3 săptămâni);
- rash cutanat;
- simptomele nu se ameliorează sau se agravează după 7-10 zile.

Dacă boala a fost complicată cu otită medie acută, este necesară o nouă consultație ORL după 3-4 săptămâni, chiar dacă evoluția clinică a fost favorabilă. Această nouă evaluare este necesară, deoarece otita medie acută se poate transforma în evoluție în otită seroasă, care, frecvent, este clinic asimptomatică.

## FARINGITA STREPTOCOCICĂ

Prof. Dr. Sorin C. Man

(Cluj-Napoca)

#### Generalități

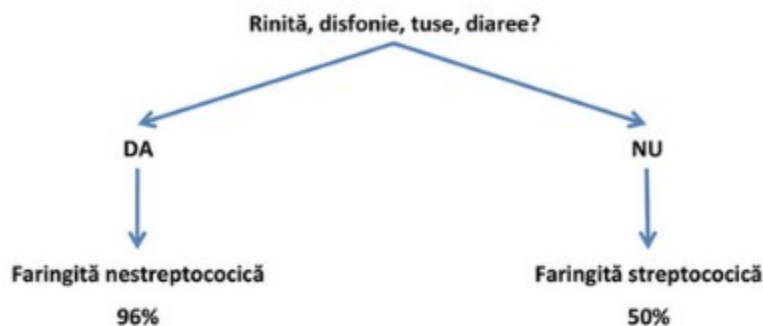
- Faringita acută este produsă în majoritatea cazurilor de infecții virale.
- La copilul de vârstă 3-14 ani, 37% dintre cazurile de faringită acută (durere faringiană ca simptom predominant) sunt datorate streptococului beta-hemolitic de grup A.

#### Tablou clinic

##### A. Manifestări clinice sugestive pentru faringita streptococică comparativ cu faringita virală

	Manifestări sugestive pentru etiologia streptococică	Manifestări sugestive pentru etiologia nestreptococică (virală)
<b>Date generale</b>		
Vârsta	Mai frecventă între 3 și 14 ani	Orice vârstă
Epidemiologie	Contact cu infecție streptococică	Contact cu infecție virală
<b>Istoric, simptome</b>		
Febră	Medie/înaltă	Absentă/mică
Frison	Mai frecvent (21%)	Mai rar (10%)
Semne de rinită (rinoree, obstrucție nazală, strănut)	Mai rar (28%)	Mai frecvent (40%)
Odinofagia	Severă	Ușoară/medie
Disfagia	Mai frecventă (72%)	Mai rară (59%)
Disfonia	Mai rară (6%)	Mai frecventă (10%)
Tusea	Mai rară (27%)	Mai frecventă (46%)
Vărsături	Mai frecvent (28%)	Mai rar (16%)
Diaree	Mai rar (3%)	Mai frecvent (7%)
<b>Semne</b>		
Eruptie scarlatiniformă	Mai frecventă (8%)	Mai rară (2%)
Adenopatie laterocervicală	Mai frecventă (64%)	Mai rară (46%)
Adenopatie laterocervicală dureroasă	Mai frecventă (40%)	Mai rară (23%)
Exsudat amigdalian sau/și faringian	Mai frecvent (37-46%)	Mai rar (21-34%)
Hipertrofie amigdaliană	Mai frecventă (70%)	Mai rară (56%)
Peteșii la nivelul palatului	Mai frecvent (15%)	Mai rar (5%)

- Diferențierea între etiologia streptococică și cea virală NU se poate face cu certitudine doar pe baze clinice.
- Cele mai importante criterii clinice sugestive pentru faringita streptococică sunt vârsta între 5 și 15 ani și absența rinitei, disfoniei, tusei, conjunctivitei, diareei.



### B. Scorul Centor-McIsaac

Criteriu	Puncte	Scor total	Prevalența faringitei streptococice (%) *
Temperatură >38°C	1	≤0	17
Absența tusei	1	1	23
Adenopatie laterocervicală dureroasă	1	2	34
Exsudat sau hipertrofie amigdaliană	1	3	50
Vârsta 3-14 ani	1	≥4	68
Vârsta 15-44 ani	0		
Vârsta ≥45 ani	-1		

\* la copiii de vârstă 3-14 ani cu o prevalență a faringitei streptococice de 37% dintre cazurile de faringită acută

### Examinări etiologice

**A. Indicații** – prezența faringitei acute + unul dintre următoarele:

1. Prezența manifestărilor clinice sugestive la un copil cu vârstă >3 ani
2. Epidemie de infecții streptococice
3. Reumatism articular acut în antecedente

### B. Examinări

1. Exsudat faringian
  2. Teste de detecție rapidă a antigenelor streptococice (TDRAS)
- La un copil cu faringită streptococică NU este indicată determinarea titrului ASLO în timpul episodului acut.

- Reactanții de fază acută NU sunt utili în diferențierea faringitei streptococice de cea virală.

### Complicații

#### A. Supurative (precoce)

1. Locale/neinvasive: adenită cervicală, abces (periamigdalian, retrofaringian, parafaringian), otită medie, mastoidită, sinuzită, pneumonie
2. Diseminate/invasive: bacteriemie, sepsis, endocardită, meningită

**B. Nesupurative (tardive):** reumatism articular acut, artrită reactivă poststreptococică, glomerulonefrită acută poststreptococică, eritem nodos

### Tratament

#### A. Antibioticoterapia

1. Antibioticoterapia trebuie inițiată imediat la copiii cu:
  - a. Test rapid pozitiv pentru streptococ de grup A
  - b. Scarlatină
  - c. Faringită simptomatică dacă un membru al familiei are faringită streptococică
  - d. APP sau AHC recente de RAA
  - e. Faringită simptomatică la un copil care locuiește într-o zonă epidemică pentru RAA sau GNAPS.
2. Antibiotice nerecomandate în terapia faringitei streptococice:
  - Sulfamide (inclusiv asocierea trimetoprim-sulfametoxazol) și tetraciline. Aceste clase de antibiotice nu se recomandă din cauza rezistenței înalte a streptococului de grup A și incapacității acestora de a eradica inclusiv tulpinile sensibile de streptococ de grup A din faringe.
3. Antibiotice **de elecție** (pacienți/părinți complianți + pacient fără alergie la peniciline)
  - Penicilină V (fenoximetilpenicilină) p.o.
    - 250 mg = 400.000 UI
    - Copii: 250 mg de 2-3 ori pe zi
    - Adolescenți și adulți: 250 mg de 4 ori pe zi sau 500 mg de 2 ori pe zi
    - Se administrează cu 1 h înainte sau 2 h după mese
    - Durata terapiei: 10 zile

- Amoxicilină p.o. 50 mg/kg/zi, 1-3 prize/zi, 10 zile
  - amoxicilina este adesea utilizată în locul terapiei cu penicilină V la copiii mici; alegerea este dictată de acceptabilitatea mai mare a suspensiei de amoxicilină; se evită la copiii mari din cauza riscului de erupție severă la pacienții cu mononucleoză infecțioasă.
- 4. Pacienți/părinți **noncomplanți + pacient fără alergie la peniciline**
  - Benzatinpenicilină G i.m.
    - Copil >27 kg: 1.200.000 UI
    - Copil < 27 kg: 600.000 UI
    - În doză unică
- 5. Pacienți cu **alergie de tip non-imediat la peniciline**
  - Cefadroxil p.o. 30 mg/kg/zi, 1 priză/zi, 10 zile
- 6. Pacienți cu **alergie de tip imediat la peniciline** (alergie cu debut la o oră de la administrarea penicilinei)
  - Azitromicină p.o. 20 mg/kg/zi, 1 priză/zi, 3 zile sau 12 mg/kg/zi, 1 priză/zi, 5 zile
  - Claritromicină p.o. 15 mg/kg/zi, 2 prize/zi, 5-10 zile
- 7. Pacienți cu **alergie de tip imediat la peniciline și streptococ de grup A rezistent la macrolide**
  - Clindamicină p.o.
    - Copii: 20-30 mg/kg/zi în 3 prize
    - Adulți: 600 mg/zi în 2-4 prize
    - Durata terapiei: 10 zile
- 8. Pacienți cu **farinjită streptococică recurentă**
  - Se exclud purtătorii de streptococ de grup A cu faringite virale recurente
  - Clindamicină p.o.
    - Copii: 20-30 mg/kg/zi în 3 prize
    - Adulți: 600 mg/zi în 2-4 prize
    - Durata terapiei: 10 zile
  - Amoxicilină-acid clavulanic p.o. (amoxicilină/clavulanat = 14/1)
    - Copii: 90 mg amoxicilină/kg/zi în 2 prize
    - Adulți: 2 x 500 mg amoxicilină
    - Durata terapiei: 10 zile
  - Cefuroximă p.o.
    - Copii: 20 mg/kg/zi în 2 prize

- Adulți: 2 x 250 mg
- Durata terapiei: 10 zile

## B. Terapia febrei și odinofagiei

### 1. Terapie sistemică

- a. Ibuprofen p.o. 5-10 mg/kg/doză la 6-8 h (max 40 mg/kg/zi)
- b. Paracetamol p.o. 10-15 mg/kg/doză la 4-6 h (max 75 mg/kg/zi)

### 2. Terapie locală

- a. Băuturi calde
- b. Comprimate pentru supt cu zinc
- c. Benzidamină spray 1,5 mg/ml, spray bucofaringian:
  - copii <6 ani: 1 puff la 4 kg/administrare de 2-6 ori/zi (max 4 puff/administrare)
  - copii 6-12 ani: 4 puff/administrare de 2-6 ori/zi
  - adulți: 4-8 puff/administrare de 2-6 ori/zi
- d. Benzidamină pastile: copii ≥6 ani: 3 x 1 cpr/zi

- Nu există studii randomizate controlate la copii asupra eficacității terapiei locale cu albastru de metilen, amilmetacrezol cu alcool 2,4 diclorbenzolic, ambazonă, ambroxol, benzocaină, clorhexidină, clorură de dequalinium, flurbiprofen, hidroxid și borat fenilmercuric, gargară cu apă sărată sau zinc.
- Fusafungina a fost retrasă de pe piață din cauza reacțiilor adverse.

## Bibliografie

1. National Institute for Health and Care Excellence. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing guideline. Evidence review. January 2018.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. April 2010.
3. Shulman SS, Bisno AL, Clegg HW et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2012;55:e86-e102.