

Postępowanie terapeutyczne w przeziębieniu

Therapeutic management in the common cold

lek. med. Maciej Rygalski^{1,2,3}, prof. dr hab. n. med. Edward Zawisza^{1,2}

¹Prywatny Gabinet Alergologiczny, Warszawa

²Poradnia Chorób Zapalnych i Alergicznych, Szpital Bielański w Warszawie

³Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci, Warszawski Uniwersytet Medyczny

PDF TEXT lekwpolsce.pl

Oddano do publikacji: 22.10.2015

Słowa kluczowe: przeziębienie, infekcja GDO, wirusowe zakażenie dróg oddechowych, ostre zakażenie nosogardła, leczenie objawowe.

Streszczenie: Przeziębienie (ostre zakażenie nosogardła) należy do najczęstszych dolegliwości, z jakimi pacjenci zgłaszają się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wśród objawów wymienia się: wydzielinę z nosa, ból gardła, gorączkę, kaszel. Rozpoznanie opiera się na podstawie objawów klinicznych, a postępowanie diagnostyczne i badania dodatkowe można rutynowo ograniczyć do minimum. Postępowanie terapeutyczne obejmuje pielęgnację pacjenta oraz leczenie objawowe. Rynek farmaceutyczny oferuje szeroką gamę preparatów znoszących objawy choroby, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom lekarzy i pacjentów. Choroba w większości przypadków rokuje dobrze, ulega samoistnemu wyleczeniu w ciągu kilku dni. Powikłania zdarzają się rzadko i wymagają dodatkowego leczenia.

Key words: common cold, viral upper respiratory tract infections antitussive, rhinosinusitis, symptomatic treatment.

Abstract: The common cold (rhinosinusitis) is an acute infection and is one of the most common ailment with which patients come to a GP (general practitioner). The diagnosis is based on clinical symptoms. Typical symptoms are: runny nose, sore throat, fever and cough. Diagnostic procedures and laboratory tests are not contributory. Therapeutic procedures limit to patient's care and symptomatic treatment. The pharmaceutical market offers wide range of medicines that relieve symptoms to meet patients' and physicians' expectations. In most cases the disease has good prognosis, cures spontaneously within few days. Complications are rare and require additional treatment.

Wprowadzenie

Jako jednostka chorobowa przeziębienie (*common cold*) to ostre zakażenie górnych dróg oddechowych, spowodowane wirusem (ZGDO; *upper respiratory tract infection*, URTI), z dominującymi objawami śluzówkowymi w postaci wydzieliny i pogorszenia drożności nosa oraz z gorączką lub stanem podgorączkowym, kaszlem, drapaniem albo bólem gardła.

Biorąc pod uwagę patofizjologię, objawy kliniczne oraz nowoczesne metody diagnostyczne, nowa definicja przeziębienia uległa doprecyzowaniu w postaci *ostrego zakażenia nosogardła (rhinosinusitis)* – zamiast dotychczas używanych terminów: zapalenie jamy nosowej (*rhinitis*), zapalenie nosa i gardła (*rhinopharyngitis*) czy zapalenie zatok (*sinusitis*), określających pojedyncze procesy.

Badania obrazowe wykazały, że w przebiegu zapalenia jamy nosowej dochodzi do obrzęku śluzówek również w zatokach obocznych nosa, a nawet wysięku i odwrotnie, a ostre zapalenie zatok przynosowych rozpoczyna się od zapalenia nosogardła [1-4].

W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 przeziębienie występuje pod kodem J00. Warto zauważyć, że nadal obecne są w klasyfikacji pojedyncze jednostki chorobowe, jak J01 dotyczący ostrego zapalenia zatok z wyróżnionymi składowymi anatomicznymi – zatoka czołowa, sitowie, których stosowanie w świetle nowej nomenklatury wydaje się nieuzasadnione. Istnieje również kod J06 obejmujący ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym [5].

Przeziębienie występuje średnio z częstotliwością 4-5 infekcji rocznie u dzieci i 2-3 infekcji u dorosłych. Jest trzecią co do częstości chorobą, z jaką pacjenci zgłaszają się do lekarza pierwszego kontaktu we wszystkich porach roku. Zakażenia dróg oddechowych odpowiadają za 50-60% infekcji pozaszpitalnych, 40-70% hospitalizacji pediatrycznych oraz 60-85% wizyt u lekarzy POZ [2-6].

Etiologia i czynniki ryzyka

Choroba przeziębieniowa z definicji powodowana jest przez wirusy, których jest ponad 200, z rinowirusem na czele. Poniżej przedstawione tabele pokazują procentowy rozkład częstości infekcji konkretnych wirusów oraz ich sezonową zmienność.

Tabela 1. Etiologia wirusowa przeziębień

Rinowirus	30-50%
Koronawirus	10-15%
Wirusy grypy i grypy rzekomej, wirus RS (RSV), adenowirus, enterowirus	35-60%

Tabela 2. Sezonowa zmienność patogenów górnych dróg oddechowych

Wirus	Sezon
Rinowirus	wiosna, lato i wczesna jesień
Koronawirus	zima i wczesna wiosna
Enterowirus	lato i wczesna jesień
Adenowirus	cały rok; najczęściej późną zimą, wiosną i wczesnym latem
Wirus grypy	późna jesień i zima
Ludzki metapneumowirus	cały rok; największa aktywność zimą

Wirusy wywołujące przeziębienie przenoszą się drogą kropelkową, przez bezpośredni kontakt, a niekiedy drogą pokarmową. Największa zakaźność występuje w 3 pierwszych dobach choroby, a wydalanie wirusa trwa nawet 2 tygodnie [2,7-9].

Diagnostyka i różnicowanie

W celu właściwego postawienia diagnozy przeziębienia w świetle rekomendacji postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego 2010 wystarczy prawidłowo zebrany wywiad i badanie przedmiotowe [AII].

Rutynowo *nie* zaleca się wykonywania badań mikrobiologicznych [EII] ani obrazowych [EII], *nie* przeprowadza się również konsultacji specjalistycznych, o ile nie występują powikłania lub niepowodzenie w leczeniu [BII].

W różnicowaniu zakażenia wirusowego z bakteryjnym należy w pierwszej kolejności wziąć pod uwagę kryterium czasowe.

Za bakteryjną etiologią przemawia czas trwania objawów powyżej 10 dni lub pogorszenie stanu klinicznego po 5 dniach [BII]. Właściwą ocenę kliniczną ułatwia skala Centora w modyfikacji Mclsaaca. Wartość punktuwa pozwala z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć etiologię choroby i podjąć decyzję terapeutyczną [7,11].

W diagnostyce różnicowej przeziębienia warto, oprócz najczęściej występujących wirusów i bakterii, trzeba rozważyć:

infekcje

- wirusem grypy
- wirusem Epsteina i Barr (mononukleozą zakaźną)
- cytomegalowirusem
- wirusem Coxackiego i echowirusem (herpangina)
- wirusem ludzkiego upośledzenia odporności
- innym typem paciorkowca
- *Corynebacterium diphtheriae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Arcanobacterium haemolyticum*
- okres prodromalny wielu chorób zakaźnych (np. odra, ospa, świnka, krztusiec)
- zapalenie oskrzeli

inne choroby

- zapalenie płuc
- zapalenie krtani
- alergiczny nieżyt nosa
- zażywanie tabaki
- kontakt z chemikaliami, pyłami, substancjami drażniącymi [1,4,11/].

Przebieg infekcji i rokowania

Infekcja ma najczęściej charakter samoograniczająca. Trwa zwykle od 5 do 11 dni (średnio 7-11).

U 25% chorych utrzymuje się do 3 tygodni kaszel poinfekcyjny. Dłuższy i cięższy przebieg przeziębienia występuje u pacjentów palących tytoń, cierpiących na przewlekłe schorzenia dróg oddechowych, takie jak astma, POChP, polipy nosa z niedoborami immunologicznymi, np. niedobór IgA.

Największe nasilenie objawów występuje w 2. i 3. dobie.

Przeziębienia należą do schorzeń o niskiej śmiertelności (wyjątek stanowią pacjenci z immunosupresją). Odpowiadają za gorsze samopoczucie, absencję w pracy, a co za tym idzie – koszty społeczne oraz medyczne.

Przeziębienie możemy podzielić na dwie zasadnicze fazy poprzedzone 1-2-dniowym okresem wylegania:

- fazę przekrwienno-obrzękowo-wysiękową, zwaną „naczyniową”
- następującą po niej fazę naciekową, zwaną potocznie „fazą gęstego śluzu”.

W pierwszej fazie występuje obfita surowicza wydzielina, która gęstniejąc zamienia się w śluzową lub surowiczno-śluzową, typową dla fazy drugiej przeziębienia. Wszystkie objawy u 80% pacjentów ulegają samodzielnemu wyleczeniu bez dalszych powikłań [1,12,13].

Nadkażenie bakteryjne

U 2% pacjentów dochodzi do powikłań spowodowanych nadkażeniem bakteryjnym. Choroba przechodzi wówczas w tzw. trzecią fazę, zwaną także ostrym powirusowym zapaleniem nosa i zatok przynosowych. Rozpoznamy je w przypadku: utrzymywania się objawów powyżej 10 dni lub zaostrzenia po 5 dniach przeziębienia, ropnego kataru, blokady nosa, obrzęku powiek, spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła, bólu przy zmianie pozycji głowy, szczególnie przy pochylaniu, bólu w rzucie zatok szczękowych, gorączki.

Nadkażeniom sprzyjają wady anatomiczne nosa, alergiczny, sezonowy nieżyt nosa, a u dzieci – przerost migdałka gardłowego. W przypadku nadkażenia bakteryjnego powinno się rozważyć zastosowanie antybiotykoterapii zgodnie z zaleceniami [1,3,4,14].

Postępowanie nefarmakologiczne

Z uwagi na etiologię przeziębienia oraz samoo ograniczający się charakter pielęgnacja odgrywa kluczową rolę w terapii. Do najistotniejszych czynności pielęgnacyjnych należy zapewnienie pacjentowi:

- wilgotnego, chłodnego, wolnego od zanieczyszczeń powietrza
- odpowiedniego nawodnienia
- skutecznego oczyszczania nosa
- odkrztuszania i usunięcia wydzieliny z dróg oddechowych [3,15,16].

Postępowanie farmakologiczne

Rynek farmaceutyczny oferuje szeroką gamę tzw. preparatów na przeziębienie; głównie leki OTC. W domowych apteczkach możemy często znaleźć substancje naturalne – zioła, soki owocowe, liczne suplementy diety, środki medycyny alternatywnej.

Pacjenci przed konsultacją z lekarzem niejednokrotnie podejmują próby samoleczenia. Rolą lekarza jest w pierwszej kolejności właściwa edukacja pacjentów dotycząca samej choroby, a następnie możliwych korzyści wynikających z postępowania leczniczego i wydanie zaleceń.

Leczeniem pierwszego rzutu w przeziębieniu jest leczenie objawowe, a dopiero w przypadku wystąpienia powikłań – leczenie przyczynowe.

Do dyspozycji lekarza pozostają leki: przeciwgorączkowe i przeciwbólowe, przeciwkaszlowe, leki mukolityczne, mukokinetyczne, cholinolityczne, zmniejszające przekrwienie błony śluzowej, przeciwhistaminowe, antyseptyczne. Występują one w zależności od preparatu w formie ogólnoustrojowej (tabletki, syropy, soki, proszki, mieszanki) lub miejscowej (tabletki do ssania, aerozole, syropy, płyny) [1,2,16,17].

GORĄCZKA I BÓL

Zgodnie z obecnie obowiązującymi rekomendacjami w zwalczaniu bólu w pierwszej kolejności powinno się sięgać po paracetamol lub ibuprofen [BII], z czego lekiem z wyboru powinien być ibuprofen [CIII], o ile nie istnieją ku temu przeciwwskazania.

Warto zauważyć, że w przypadku gorączki nie stwierdzono istotnych korzyści wynikających z jej rutynowego zmniejszania [DIII]. Jednak w przypadku złego samopoczucia lub dyskomfortu pacjenta zaleca się zastosowanie paracetamolu albo ibuprofenu [CII]. Szczególną grupę stanowią osoby cierpiące na przewlekłe choroby układu krążenia lub oddechowego, u których zaleca się rutynowe zbijanie gorączki [CIII]. Gdy gorączce towarzyszą objawy zapalenia, jak ból, obrzęk, przekrwienie lub wysięk, w pierwszej kolejności należy zastosować ibuprofen [BII].

Paracetamol i ibuprofen zaleca się podawać w formie doustnej lub doodbytniczej [CII]. **Paracetamol** występuje w formie syropu o stężeniu 120 mg w 5 ml zarejestrowanym od 3. m.ż. i 250 mg w 5 ml po 6 r.ż., czopków oraz tabletek o różnych dawkach, a także w formie parenteralnej standardowo niezalecanej w przeziębieniu. Doustnie u dorosłych zaleca się podawać 500-1000 mg, a u dzieci 15 mg/kg m.c. co 4-6 godzin, doodbytniczo 20 mg mg/kg m.c. w tym samym odstępie czasowym.

Ibuprofen sprzedawany jest w syropie w stężeniu 100 oraz 200 mg w 5 ml, w czopkach już od 3 m.ż., proszku do sporządzania roztworu doustnego, kapsułkach, tabletkach oraz dodatkowo w żelach do stosowania zewnętrznego. Zalecana dawka u dorosłych to 400 mg, a u dzieci 10 mg/kg m.c. co 6-8 godz. Możliwe jest kojarzenie lub łączne podanie obu preparatów w sytuacjach braku sku-

teczności pojedynczego leku [CII]. Przy łącznym podawaniu dawkę syropu należy przeliczać na ibuprofen.

Fizyczne metody oziębiania organizmu powinny być stosowane wyłącznie po podaniu leku przeciwgorączkowego [CIII] [1,10,18-21].

KATAR

W początkowej fazie wirusowego ostrego zapalenia zatok zaleca się krótkotrwałą miejscową **sterydoterapię** [BI]. Rynek donosowych steroidów dostarcza preparatów w postaci kropli zalecanych w znacznym obręgu małżowin nosowych, blokadzie nosa oraz w postaci aerozoli.

W doborze substancji należy kierować się nasileniem objawów klinicznych oraz wiekiem pacjenta, ponieważ wiele preparatów posiada rejestrację od 3. (mometazon), 4. (propionian flutikazonu) czy nawet 6. r.ż. (budezonid, beklometazon, furonian flutikazonu).

Stosowanie **miejscowych leków obkurczających** (oksymetazoliny, ksylometazoliny) w postaci kropli czy aerozolu do nosa, albo w formie doustnej (pseudoefedryna) znajduje zastosowanie w pierwszej fazie przeziębienia. Poprawiają one drożność nosa od 3 do 10 godz., a co za tym idzie – także komfort życia. Należy jednak zachować ostrożność w ich używaniu powyżej 3-5 dni, ponieważ zastosowane w drugiej fazie powodują dodatkowe zagęszczenie śluzu i nasilają blokadę nosa, a stosowanie przewlekłe powoduje uzależnienie się śluzówki nosa w postaci przewlekłego nieżytu [1,10,22-25].

PLUKANIE NOSA

Główne zalecenia laryngologiczne EPOS 2012 w sposób pozytywny odnoszą się do stosowania izotonicznych lub hipertonicznych roztworów soli w postaci butelek do płukania nosa, spray'ów, pompek, czy nebulizacji celem uzu-

pełnienia terapii. W przytoczonych w zaleceniach badaniach zauważono korzystny wpływ płukania nosa na leczenie ostrego nieżytu nosogardła. Podkreśla się, że lepsze efekty uzyskiwali pacjenci stosujący płukanki donosowe niż aerozole. Inne badania wykazały, że częste płukanie skraca czas antybiotykoterapii, zmniejsza ilość wodnistej wydzieliny, poprawia drożność nosa, zmniejsza kaszel i kichanie. Pewnym wyzwaniem jest konieczność dbania o higienę urządzeń do płukania nosa, choć jak zauważono w zaleceniach EPOS 2012, nie zgłoszono dotychczas infekcji zatok spowodowanej kontaminacją zestawu do płukania. Istotnym faktem jest wyższa skuteczność 0,05% podchlorynu sodu (NaOCl) w eradykacji *S. aureus* i *P. aeruginosa* niż zwykłego roztworu NaCl [IIB]. Ksylitol okazywał się bardziej efektywny od soli w płukaniu nosa, dodatkowo spowalniał migrację bakterii, ilość zapaleń ucha środkowego oraz, co ciekawe, próchnicy [IB]. Tym samym zalecono używanie ksylitolu [A] oraz podchlorynu sodu [B] obok roztworów soli do płukania nosa. Preparaty do płukania nosa można stosować u dzieci od 6. m.ż. Przeciwwskazaniem do użycia zestawu płuczącego są urazy twarzoczaszki, schorzenia neurologiczne, mięśniowo-szkieletowe, drżenie zamiarowe [1,22,26-27].

KASZEL

Kaszel infekcyjny powstaje w mechanizmie uwolnienia cytokin prozapalnych, zmian metabolitycznych nabłonka, destrukcji aparatu rzęskowego, które pobudzając mechano- i chemoreceptory znajdujące się pod nabłonkiem dróg oddechowych (w nosie, gardle) oraz w opłucnej, osierdziu, przewodzie słuchowym zewnętrznym, żołądku i przeponie, wyzwalają odruch bezwarunkowy. W pierwszej fazie zapalenia terapia farmakologiczna kaszlu jest mało efektywna, porów-

nywalna z placebo. Dopiero w drugiej fazie można rozważyć zastosowanie leków w sytuacji uporczywego kaszlu, trudności w karmieniu, bólu, wyczerpania, współistnienia innych ciężkich dolegliwości. Podstawowym elementem leczenia jest właściwa pielęgnacja chorego polegająca na zapewnieniu chłodnego, nawilżonego powietrza oraz prawidłowym usunięciu wydzieliny.

W leczeniu farmakologicznym można posłużyć się miejscowo działającym bromkiem ipratropium oraz obwodowo działającą lewodropropizyną, dekstrometorfanem i butamiratem. Skuteczność wszystkich wymienionych substancji została udowodniona klinicznie.

Bromek ipratropium, będący pochodną atropiny, działa antagonistycznie na receptor muskarynowy. Podany w postaci aerozolu do drzewa oddechowego zapobiega skurczowi oskrzeli oraz zmniejsza wydzielanie śluzu, tym samym znosi możliwe przyczyny kaszlu.

Lewodropropizyna cechuje się znaczną siłą działania przeciwkaszlowego. Hamuje aktywację włókien C oraz znosi skurcz oskrzeli wywołany mediatorami zapalenia. Występuje w postaci syropu dostępnego na receptę powyżej 2. r.ż.

W przypadku stosowania leków przeciwkaszlowych działających na ośrodek kaszlu w rdzeniu przedłużonym zaleca się szczególnie ostrożność. Wykazują one znaczną siłę działania skuteczną nawet w przypadku kaszlu u pacjentów z chorobami nowotworowymi i po zabiegach operacyjnych. Umiejętnie zastosowane przynoszą wyraźną ulgę pacjentom cierpiącym z powodu uporczywego, suchego kaszlu. U pacjentów pediatrycznych łatwiej wywołać niekorzystną supresję ośrodka oddechowego.

Pochodna morfiny, **kodeina**, znajduje zastosowanie w leczeniu suchego, uporczywego kaszlu, szczególnie w zapaleniu oskrzelików,

przynosząc ulgę pacjentom. W mniejszych dawkach wywiera działanie wyłącznie przeciwkaszlowe, w wyższych natomiast przeciwbólowe. Ze względu na krótki czas półtrwania podaje się kodeinę co 4-6 godz. W przeziębieniu może być stosowana od 12. r.ż. w formie syropu lub tabletek.

Dekstrometorfan, pochodna opioidowa, blokując receptor NMDA oraz pobudzając receptor σ_1 zlokalizowany w rdzeniu przedłużonym, wywołuje w niższych dawkach efekt przeciwkaszlowy. W niewielkim stopniu działa na ośrodek oddechowy. Występuje zarówno w preparatach prostych, jak i złożonych – w tabletkach, saszetkach i syropie zarejestrowanych do stosowania od 6. r.ż. Ze względu na dłuższy od kodeiny czas działania może być stosowany co 4-8 godz.

Butamirat należy do środków nieopioidowych. Działa przeciwkaszlowo, podobnie jak kodeina i dekstrometorfan. Wykazuje ponadto nieznaczne działanie bronchodylatoryjne. Nie oddziałuje na ośrodek oddechowy. Na rynku butamirat dostępny jest w kroplach i syropie od 3. r.ż.

Stosowanie leków antyhistaminowych szczególnie starszej generacji nie jest zalecane [DI]. Ich skuteczność porównywalna jest z placebo. Pacjenci po zastosowaniu tych leków zgłaszają typowe parasympatykolityczne działania niepożądane w postaci senności, suchości w jamie ustnej. W niektórych przypadkach mogą być niebezpieczne dla zdrowia lub życia, powodując zaburzenia rytmu serca w mechanizmie wydłużenia odstępu QT oraz dając depresję ośrodka oddechowego [1,4,15,16,22,28].

BÓL GARDŁA

NIESTEROIDOWE LEKI PRZECIWPALNE (NLPZ)

Wiele preparatów złożonych zawiera w swoim składzie NLPZ-y, których sumaryczna dawka może przekraczać bezpieczną.

Zgodnie z zasadą nie należy łączyć różnych NLPZ-ów ze względu na sumowanie się działań niepożądanych; w przypadku łączenia z kwasem acetylosalicylowym dochodzi do znoszenia jego działania antyagregacyjnego. Substancje takie jak kwas acetylosalicylowy (ASA) i jego pochodne, jak flurbiprofen, zarejestrowane są dopiero od 12. r.ż.; stosowane poniżej tego wieku mogą wywołać zespół Rey'a.

Jedynie **benzydaminę** można zastosować u dzieci od 4. r.ż. Wszystkie wymienione leki występują w formie tabletek do ssania, a benzydamina dodatkowo jako aerozol i roztwór do płukania jamy ustnej i gardła. Dzięki formie aerozolu osiąga wysokie stężenie miejscowe i w mniejszym stopniu spływa do przełyku [1,4,10,15,17,29].

MIEJSCOWE ŚRODKI ANTYSEPTYCZNE

Chlorki benzalkoniowe, chlorek cetylopirydynowy, nanokoloid srebra, chlorheksydyna należą do środków o miejscowym działaniu przeciwbakteryjnym i przeciwgrzybiczym. W przypadku alkoholu 2,4-dichlorobenzylowego i amyloetakrezolu wykazano działanie przeciwwirusowe i miejscowo znieczulające. Miejscowe środki antyseptyczne występują w wielu preparatach, często w połączeniu z takimi substancjami jak mentol, mięta pieprzowa, tymol, olejek eukaliptusowy, benzokaina, głony morskie, sole mineralne, kwas askorbiny, które potęgują efekt przeciwbólowy, przeciwobrzękowy i łagodzą dolegliwości. Należą do preparatów bezpiecznych, dobrze tolerowanych. W zależności od substancji czynnej i formy mogą być zastosowane od 4. do 12. r.ż. [30-33].

MIEJSCOWE ŚRODKI ZNIECZULAJĄCE

Miejscowo działającymi anestetykami blokującymi kanały jonowe są lidokaina i benzokaina. Charakteryzują się silnym działaniem, co

może w skrajnych wypadkach spowodować zachłyśnięcie, dlatego nie należy stosować tych preparatów przed jedzeniem czy pić. Występują w formie tabletek i aerozoli z dodatkiem substancji zarejestrowanych od 12. r.ż. Po ich zastosowaniu mogą wystąpić działania niepożądane w postaci reakcji nadwrażliwości i wpływu na układ sercowo-naczyniowy [17,34].

PREPARATY NATURALNE I WITAMINY

Rynek preparatów OTC na przeziębienie oferuje w preparaty pochodzenia naturalnego oraz różnego rodzaju preparaty witaminowe, w tym produkty medycyny alternatywnej. Stanowią one często składnik preparatów złożonych. Ze względu na naturalny charakter pacjenci im ufają i chętnie po nie sięgają jeszcze przed kontaktem z lekarzem. Ocenia się, że używa ich ok. 15-50% pacjentów z ostrym zapaleniem nosogardła. Stanowią niejednorodną grupę substancji, z których część posiada wiarygodne badania kliniczne. W ich szerokim stosowaniu zaleca się ostrożność u osób ze współistniejącymi chorobami przewlekłymi, szczególnie alergią, astmą, chorobami sercowo-naczyniowymi, po operacjach, u małych dzieci, kobiet w ciąży i karmiących. Potencjalnym zagrożeniem związanym z ich stosowaniem są reakcje nadwrażliwości oraz interakcje lekowe.

Wśród dostępnych substancji warto wymienić **wyciąg z jeżówki, propolis, bez czarny, lipę, prawoślaz lekarski, witaminę C, cynk, olejki eteryczne, miód** [1-4,16,17,19].

W ostatnim czasie bardzo popularne stało się stosowanie **witaminy C**. Może mieć ona znaczenie w profilaktyce przeziębień osób aktywnych fizycznie [BII]. Prace mówiące o korzystnym wpływie witaminy C na nieswoiste mechanizmy obronne wymieniają jej silne właściwości antyoksydacyjne, przeciwwolno-

rodnikowe, jak też korzystny wpływ na układ immunologiczny. Badania *in vitro* wykazały, że kwas askorbinowy zwiększa chemotaktyczną migrację leukocytów, transformację limfocytów, produkcję interferonu, a także hamuje replikację wirusów. W przypadku badań *in vivo* mówi się o korzystnym wpływie witaminy C na ekspresję genów adhezyjnych monocytów oraz korzystnym wpływie ogólnoustrojowym u osób z niedoborem lub niskim poziomem witaminy C [1,10,35,36].

Naturalny flawonoid – **rutyna** zawarta w licznych preparatach złożonych, głównie z witaminą C, poprawia jej wchłanianie i zapobiega utlenianiu. Wykazuje właściwości przeciwzapalne, przeciwutleniające, poprawia stan naczyń krwionośnych oraz przepływ krwi [1,37].

Olejki eteryczne stosowane zewnętrznie lub w postaci sztyftów, czy maści, działają stymulująco na nerw trójdzielny, wywołują uczucie chłodu i dają subiektywne poczucie lekkiego oddychania. Realnie powodują zwiększoną produkcję śluzu i mogą sprzyjać rozwojowi stanu zapalnego. W sprzedaży łączone są z mentolem, kamforą, tymolem. Należy zachować szczególną ostrożność w stosowaniu ich u pacjentów z chorobami alergicznymi czy astmą. Wielokrotne używanie sztyftów donosowych może sprzyjać kolonizacji sztyftu przez bakterie, a tym samym powodować powikłania [38].

Stosowanie **miodu** zmniejsza liczbę oraz częstość epizodów kaszlu, poprawia jakość snu dzieci. Miód jako naturalny preparat jest chętnie spożywany przez pacjentów, nie wykazuje istotnych działań niepożądanych poza ryzykiem botulinizmu u dzieci poniżej 1. r.ż. [1,2,4,9-11,15,29].

Wczesne zastosowanie **cynku**, w ciągu 24 godz. od pojawienia się pierwszych objawów infekcji, skraca czas jej trwania [CII] oraz dzia-

ła profilaktycznie na kolejne infekcje. W opracowaniu ekspertów pozostaje dawkowanie oraz optymalna forma leku. Pacjenci po zastosowaniu pastylek do ssania zgłaszają nudności, nieprzyjemny smak w jamie ustnej częściej niż po syropach i tabletkach dojelitowych [1,3,10,19].

Nie ma również wystarczających dowodów na skuteczność stosowania probiotyków w leczeniu przeziębień. Mogą być rozważone jako nieswoista profilaktyka [1,10,39].

Wspomagająco w leczeniu przeziębienia można rozważyć zastosowanie tradycyjnych preparatów leczniczych. Należą do nich niżej wymienione surowce roślinne umieszczone na specjalnej liście przez Komitet ds. Roślinnych Produktów Leczniczych (HMPC) Europejskiej Agencji Leków (EMA) [1,2,10,16,17,19].

Prawoślaz lekarski działa przeciwkaszlowo i łagodząco na drogi oddechowe najprawdopodobniej w mechanizmie wpływu polisacharydów rośliny na receptor serotoninergiczny 5-HT₂. Zawarte w prawoślazie substancje śluzowe powlekają błony śluzowe gardła i krtani, chroniąc je przed podrażnieniem, bólem i uczuciem suchości. Warto zauważyć, że prawoślaz skutecznie łagodził kaszel u pacjentów stosujących ACE-I. W badaniach wykazano działanie przeciwzapalne, immunostymulujące, wzrost aktywności makrofagów, działanie antyoksydacyjne oraz przeciwbakteryjne wobec niektórych bakterii Gram-dodatnich, Gram-ujemnych i grzybów. Wśród działań niepożądanych najczęściej zgłaszano reakcje nadwrażliwości [1,40].

Lipa należy do tradycyjnych preparatów o wielowiekowej tradycji. W przeziębieniach stosowana jest napotnie i przeciwkaszlowo. Poprzez działanie na gruczoły potowe zwiększa transpirację i perspirację, tym samym obniżając gorączkę. Olejek lipowy zmniejsza przekrwienie śluzówek, łagodzi podrażnienie

i zmniejsza kaszel. Ponadto lipa dzięki działaniu uspokajającemu ułatwia zasypianie. Należy do preparatów bezpiecznych, może być stosowana od 4. r.ż. Podobnie jak w przypadku innych preparatów roślinnych zgłaszano reakcje nadwrażliwości [1,2,41].

Kolejną rośliną należąca do tradycyjnych preparatów leczniczych jest **czarny bez**. Działa napotnie, przeciwzapalnie, wykrztuśnie, przeciwbakteryjnie, przeciwwirusowo, antyoksydacyjnie i immunomodulatoryjnie. Czarny bez drażni zakończenia nerwu błędnego w żołądku, tym samym powodując kaszel i zwiększając produkcję śluzu. Działanie antyseptyczne wykazano wobec wielu bakterii Gram-dodatnich i Gram-ujemnych, wirusa grypy, opryszczki, a nawet HIV. Aktywne związki bzu czarnego zwiększają produkcję cytokin prozapalnych, co ułatwia migrację komórek fagocytarnych. Czarny bez jest preparatem bezpiecznym i poza nielicznymi reakcjami nadwrażliwości nie wykazano istotnych działań niepożądanych. W sprzedaży występuje w formie preparatów prostych i złożonych w postaci soku, syropu, proszku do sporządzania roztworu, tabletek powlekanych, do ssania. Może być stosowany już od 6. m.ż. [1,2,42,43].

Dla **pelargonii afrykańskiej** wykazano działanie przeciwkaszlowe, zmniejszanie ilości śluzu i ogólne redukcowanie objawów przeziębienia. Podobnie jest w przypadku jeżówki pospolitej, choć wyniki części badań nie potwierdzają jej skuteczności. Obie rośliny stanowią często składniki licznych preparatów złożonych dostępnych bez recepty [1,2,14].

Owoc dzikiej róży bogaty jest w wiele witamin z grupy B, witaminę C, A, E i K oraz liczne mikroelementy. Przeprowadzone badania wykazały działanie wzmacniające układ immunologiczny, antyoksydacyjne, przeciwzapalne, przeciwbakteryjne, przeciwwirusowe i antygrzybicze oraz prze-

ciwnowotworowe. Związki aktywne zawarte w owocach dzikiej róży obniżają chemotaksję leukocytów, a także obniżają stężenie CRP. Istotnym faktem mówiącym o bezpieczeństwie jest zalecenie przetworów z dzikiej róży kobietom ciężarnym i karmiącym. Na rynku możemy znaleźć soki, kapsułki, tabletki do ssania oraz herbaty z tym składnikiem [1,2,14].

Zasadność antybiotykoterapii

Rutynowo nie zaleca się stosowania antybiotyków w przeziębieniu. Nawet w przypadku występowania ostrego zapalenia jamy nosowej i zatok polecane są *strategie czujnego wyczekiwania* ze względu na samoo graniczenie się infekcji i samowyleczenie [BII]. Dopiero w przypadku występowania dodatkowych objawów, jak gorączka, ciężki przebieg, przedłużający się czas trwania infekcji [AII], brak poprawy po 7-10 dniach [BII], czy wystąpienie powikłań [AII], zaleca się rozważenie antybiotykoterapii.

Mimo silnych dowodów przeciw stosowaniu antybiotyków i etiologii wirusowej antybiotyki otrzymuje ok. 65% pacjentów z przeziębieniem [1,2,4,7,8,10,12,44].

Profilaktyka

Ostatnie badania naukowe wykazały istotny wpływ snu na zapadalność na przeziębienia. Wykazano, że dzieci śpiące gorzej i krócej niż 7 godz. na dobę chorowały 2,94 razy częściej niż te śpiące powyżej 8 godz. [45].

Podobny wpływ wykazano co do aktywności fizycznej. Osoby regularnie uprawiające sport o umiarkowanym nasileniu wydają się rzadziej zapadać na przeziębienia [46].

Otyłość oraz niewłaściwy tryb życia wpływają niekorzystnie na układ immu-

nologiczny, powodując również wzrost ilości przeziębień [47].

Stosowanie probiotyków ma udowodniony wpływ w zapobieganiu infekcjom. Wykazano istotne zmniejszenie się ilości i czasu trwania infekcji, a także redukcję kursów antybiotykoterapii. Daje to zauważalne przełożenie na zmniejszenie absencji w pracy, czy szkole [1,2,39].

Imunostymulacja bakteryjna posiada udowodniony naukowo efekt. Wykazały to liczne badania naukowe, w tym metaanalizy [1,2,14,48-50].

Podsumowanie

Przeziębienia należą do najczęstszych dolegliwości społecznych. Statystycznie dotyczą każdego człowieka nawet kilka razy rocznie. Powodują je liczne wirusy, których rutynowo się nie identyfikuje.

Postawienie diagnozy w większości przypadków wydaje się być proste, a jedyną terapią jest leczenie objawowe.

Większość infekcji wirusowych mija samistnie bez powikłań, często nie wymagając leczenia. Aktualne zalecenia nie precyzują w pełni konkretnej drogi postępowania. Dlatego rynek preparatów medycznych dostarcza lekarzowi szeroki wachlarz możliwości terapeutycznych. Na każdy z objawów choroby opracowano wiele środków farmakologicznych, które często są dostępne w domowych apteczkach. Niejednokrotnie stanowi to zagrożenie. Pacjenci poprzez samoleczenie powodują u siebie liczne działania niepożądane lub powikłania.

Leki OTC, preparaty roślinne, suplementy diety, witaminy to środki, którym pacjenci ufają ze względu na naturalny charakter i bezpieczeństwo. Kierując się doborem odpowiedniego środka farmakologicznego, należy wziąć pod uwagę, oprócz stanu klinicznego pacjenta, możliwe

działania niepożądane, interakcje lekowe oraz sumaryczną dawkę substancji czynnych.

Skuteczna terapia przeziębień zależy w znacznej mierze od edukacji chorego dotyczącej właściwej pielęgnacji i odpowiedniego doboru substancji leczniczych [1-4,10-19,22].



Piśmiennictwo:

1. Arroll B. Common cold. *BMJ Clin Evid.* 2011 Mar 16;2011. pii: 1510.
2. Fashner J, Ericson K, Werner S. Leczenie przeziębienia u dorosłych i dzieci. *Lekarz Rodzinny* 2012;11(183):840.
3. Radzikowski A. Choroba przeziębieniowa u dzieci – czy jeszcze istnieje? Najczęściej zadawane pytania. *Lekarz Rodzinny* 2011;12(172).
4. Interna Szczeklika: Podręcznik chorób wewnętrznych. *Medycyna Praktyczna, Kraków* 2015
5. www.icd10.pl
6. <http://grypa.mp.pl/przeziebienie/61668,przeziebienie>
7. Kotowska M, Radzikowski A, Hryniewicz W. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego – 2010. Zakażenia górnych dróg oddechowych – najczęściej zadawane pytania. *Lekarz Rodzinny* 2010;11(159):916-923.
8. <http://grypa.mp.pl/lista/show.html?id=68927>
9. <http://www.mp.pl/grypa/artykuly/podrecznik/show.html?id=99738>
10. „Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego 2010” *Narodowy Program Ochrony Antybiotyków.*
11. Manoharan A, Winter J. Jak opanować zakażenia górnych dróg oddechowych. *Lekarz Rodzinny* 2011;9(169):870-874.
12. Radzikowski A. Choroba przeziębieniowa u dzieci – czy jeszcze istnieje? Najczęściej zadawane pytania. *Lekarz Rodzinny* 2011;12(172).
13. <http://www.mp.pl/grypa/artykuly/podrecznik/show.html?id=99738>
14. Albrecht P. Zapalenia jam nosowych i zatok przynosowych. Najczęstsze pytania i odpowiedzi. *Lekarz Rodzinny* 2013;10(194).
15. Bolser D. Cough Suppressant and Pharmacologic Protussive Therapy. *ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines Chest.* 2006 January;129(1 Suppl):238S-249S.
16. Rygalski M, Zawisza E. Leczenie kaszlu infekcyjnego. *Lek w Polsce* 2015; 8(231):46-50.
17. Rygalski M, Zawisza E. Sprawdzono metody leczenia bólu gardła. *Lek w Polsce* 2015;8(231):20-25.
18. http://www.leki-informacje.pl/84,wykaz_lekow_dostepnych_na_terenie_rp.html Stan na dzień 16 Marca 2015 r.
19. Albrecht P. Co robić z przeziębieniem? Leczenie objawowe zakażeń górnych dróg oddechowych. *Lekarz Rodzinny* 2013;1(185).
20. CHPL Paracetamol
21. CHPL Nurofen/ Nurofen Forte
22. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology.* 2012 Mar;50(1):1-12.
23. CHPL Avamys
24. CHPL Nasonex
25. CHPL Buderhin
26. Rabago D, Zgierska A. Płukanie nosa roztworem soli w scho-

- rzeniach górnych dróg oddechowych. *Lekarz Rodzinny* 2010;3(151):250-254.
27. Zielińska-Pisklak M. Skuteczność aplikacji roztworów soli fizjologicznej i wody morskiej w leczeniu stanów zapalnych błon śluzowych górnych dróg oddechowych. *Lek w Polsce* 2015;5 (288): 15-20.
 28. CHPL Atrovent
 29. ESCMID Sore Throat Guideline Group Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Apr;18 Suppl 1:1-28
 30. Chen CY, Kuo CJ, Lee YW, Lam F, Tam KW. Benzylamine hydrochloride on postoperative sore throat: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Anaesth.* 2014 Mar;61(3):220-8.
 31. CHPL Uniben
 32. CHPL Hascosept
 33. CHPL Tantum Verde
 34. Chrubasik S, Beime B, Magora F. Efficacy of a benzocaine lozenge in the treatment of uncomplicated sore throat. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012 Feb;269(2):571-7. http://www.mp.pl/grypa/przeglad_badan/przeziebienie_badan/show.html?id=38697
 36. Zielińska-Pisklak M. Szeleszczuk Ł. Marzena Kuras M. Rola witaminy C i cynku we wspomaganiu układu odpornościowego. *Lek w Polsce* 2013; 11-12'13 (271/272): 62-69.
 37. Turner RB, Fowler SL, Berg K. Treatment of the common cold with troxerutin. *APMIS.* 2004 Sep;112(9):605-11.
 38. http://www.mp.pl/grypa/przeglad_badan/przeziebienie_badan/show.html?id=58013
 39. Supplementation of infant formula with probiotics and/or prebiotics: a systematic review and comment by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;52(2):238-50.
 40. Krajewska J. Prawoślaz lekarski (*Althaea officinalis*) tradycyjne zastosowanie i nowe perspektywy. *Lek w Polsce* 2014; 10 (281): 21-25.
 41. Krajewska J. Właściwości lecznicze kwiatostanów lipy (*Tiliae inflorescentia*) *Lek w Polsce* 2014; 10 (281): 41-45.
 42. Zielińska-Pisklak M. Szeleszczuk Ł. Młodzianka A. Bez czarny (*Sambucus nigra*) domowy sposób nie tylko na grype i przeziębienie. *Lek w Polsce* 2013; 6-7 (266/267) :48-54.
 43. Krajewska J. Bez czarny (*Sambucus nigra*) w leczeniu stanów grypy i przeziębienia. *Lek w Polsce* 2014; 09 (280): 44-48.
 44. Zoorob R, Sidani MA, Fremont RD, Kihlberg C. Stosowanie antybiotyków w ostrych zakażeniach górnych dróg oddechowych. *Lekarz Rodzinny* 2013;2(186).
 45. Cohen S, Doyle W, Alper C. Sleep Habits and Susceptibility to the Common Cold *Arch Intern Med.* 2009;169(1):62-67.
 46. Lee HK, Hwang IH, Kim SY, Pyo SY. The effect of exercise on prevention of the common cold: a meta-analysis of randomized controlled trial studies. *Korean J Fam Med.* 2014 May;35(3):119-26.
 47. Zammit C, Liddicoat H, Moonsie I, Makker H. Obesity and respiratory diseases *Int J Gen Med.* 2010; 3: 335-343.
 48. Schaad UB. OM-85 BV, an immunostimulant in pediatric recurrent respiratory tract infections: a systematic review. *World J Pediatr.* 2010 Feb;6(1):5-12.
 49. Steurer-Stey C, Lagler L, Straub DA. Oral purified bacterial extracts in acute respiratory tract infections in childhood: a systematic quantitative review. *Eur J Pediatr.* 2007 Apr;166(4):365-76.
 50. Mierzejewska-Zawisza MJ, Jahnz-Różyk K, Rabczuk J. The use of broncho-vaxom preparation in clinical practice. *Pol Merkur Lekarski.* 2003 May;14(83):457-8.

lek. med. Maciej Rygalski
maciekrigalski@gmail.com