

Terapie akutních zánětů horních dýchacích cest

MUDr. Petr Schalek, Ph.D.

Otorinolaryngologická klinika FN Královské Vinohrady a 3. LF UK, Praha

Akutní respirační infekce horních cest dýchacích postihují děti i dospělé a pro svou četnost představují závažný nejen zdravotní, ale i socio-ekonomický problém. Hlavním cílem léčby u těchto infekcí je zmírnění příznaků, zkrácení trvání nemoci, zamezení komplikací a zkrácení školní či pracovní absence. V následujícím stručném přehledu jsou uvedeny zejména skupiny léků, které jsou často doporučovány či předepisovány nemocným s akutními infekcemi horních dýchacích cest, se zřetelem na poznatky, které vycházejí z principů medicíny založené na důkazech.

Klíčová slova: infekce horních cest dýchacích, nachlazení, medicína založená na důkazech

Therapy of acute upper respiratory tract infections

Acute upper respiratory tract infections affect both children and adults and for their frequency represent a serious health and socio-economic problem. The main goal of treatment for these infections is to alleviate symptoms, shorten the duration of illness, avoid complications, and reduce school or work absenteeism. The following brief overview lists the groups of drugs that are often recommended or prescribed for patients with acute upper respiratory infections, with an emphasis on evidence-based medicine.

Key words: upper respiratory tract infections, common cold, evidence based medicine

Úvod

Akutní respirační infekce horních cest dýchacích (HCD) postihují děti i dospělé a pro svou četnost představují závažný zdravotní, ale i socio-ekonomický problém. Mají zpravidla sezónní výskyt (zimní měsíce) a významnou měrou se podílejí na poklesu produktivity a počtu zameškaných školních či pracovních dnů. Tato, v drtivě většině virová onemocnění, jsou označována jako nachlazení (*common cold*) a jejich výskyt se odhaduje u dospělých 2–5× ročně a u dětí dokonce 7–10× v jednom roce (1). Pokud bychom se pokusili taxonomicky „roztřídit“ tyto infekce na klinické jednotky, jednalo by se nejčastěji o akutní infekční rýmu s neostrou hranicí s akutní rinosinuitidou, rinofaryngitidou či faryngitidou. V tomto přehledu ponecháme stranou chřipku jako typicky probíhající onemocnění vyvolané virem influenzy.

Mezi nejčastějšími původci patří více než 200 typů virů, nejčastěji rinoviry, dále adenoviry, respiračně syncytiální virus, viry parainfluenty, koronaviry a myxoviry. Pokud dojde k bakteriální superinfekci, jsou nejčastějšími kultivačními nálezy *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* a *Staphylococcus aureus*.

Klinický obraz akutního nachlazení je obecně známý a jedná se zpravidla o kombinaci níže uvedených příznaků, které jsou vyjádřeny v různé intenzitě:

- nosní kongesce
- nosní sekrece různé kvality (přední či postnazální)
- porucha čichu
- bolesti v oblasti hltanu
- cefalea
- kašel
- celkové příznaky (zvýšení teploty, artralgie, myalgie, únava, nevěle)

Infekce může postupovat dále a podílet se na vzniku otitidy, tonzilitidy, laryngitidy či bronchitidy.

Diagnostika akutních respiračních infekcí je založena na typické anamnéze a základním klinickém vyšetření. Pokud navštíví pacient ambulanci ORL, je obvykle doplněno vyšetření rinoendoskopické, případně otoskopické. Radiografie paranazálních dutin není paušálně doporučena. V rámci diferenciální diagnostiky chřipky se provádí v indikovaných případech vyšetření sérologické.

Hlavním cílem léčby u akutních respiračních infekcí je zmírnění příznaků, zkrácení trvání nemoci, zamezení komplikací a zkrácení školní či pracovní absence.

V následujícím stručném přehledu jsou uvedeny zejména skupiny léků, které jsou často doporučovány či předepisovány nemocným s akutními infekcemi horních dýchacích cest, s určitým zřetelem na poznatky, které vycházejí z principů medicíny založené na důka-

zech (evidence based medicine – EBM). I když několik citovaných studií se zabývá i dětskou populací, která má určitá specifika, uvedená doporučení se týkají zejména dospělých.

Režimová opatření

Ačkoliv přínos těchto opatření není většinou prokázán studiemi, jedná se většinou o první věc doporučovanou lékaři první linie. Za základní režimové opatření lze považovat fyzický klidový režim, který je důležitý nejen pro celkové zotavení, ale tím, že nemocný nedochází například na pracoviště, může snížit šíření nákazy ve svém okolí. Z dalších nemedikamentózních postupů lze zmínit zvlhčování vzduchu v obytných místnostech a inhalaci páry, která je často doporučována, i když review z Cochranovy databáze její přínos spíše nepotvrzuje (2). Samozřejmě by mělo být naprosté vynechání kouření, včetně pasivního.

Antibiotika

Jedním z typických rysů pro toto onemocnění je nadužívání antibiotik. Jak bylo výše uvedeno, drtivá většina akutních infekcí HCD je primárně způsobena virem, a použití antibiotik nemá tedy racionální opodstatnění a pouze vede k nárůstu rezistence na tato léčiva a zvýšení rizika jejich nežádoucích účinků. Často se uvádí, že nemocní s akutními

infekcemi horních dýchacích cest jsou až v 30 % léčeni antibiotiky a tento fakt je typický zejména pro akutní rinosinuitidy (ARS). Z literatury vyplývá, že i když pouze u 0,5–2 % akutních virových rinosinuitid dochází k bakteriální superinfekci (3), dokonce 50–80 % nemocných je léčeno antibiotiky (4). Velmi obecně lze říci, že antibiotika mohou být indikována u těžkého průběhu onemocnění, u imunosuprimovaných osob, pokud trvají příznaky onemocnění déle než týden nebo se postupně zhoršují. Pro bakteriální formu onemocnění může být typický dvofázový průběh onemocnění – tj. po přechodném několikadenním zlepšení klinických příznaků dochází ke zhoršení stavu. V otázce indikace antibiotik je pro lékaře jistě vhodné mít přehled o doporučených postupech, které jsou publikovány jednotlivými odbornými společnostmi a které vycházejí z poznatků medicíny založené na důkazech. Není nikterak výjimečné, že někteří pacienti přímo vyžadují antibiotika, zejména protože se domnívají, že tyto léky mohou urychlit průběh onemocnění. V této souvislosti jsou k dispozici data, která potvrzují fakt, že praktičtí lékaři disponující tištěným „letákem“, který danou problematiku srozumitelným způsobem prezentuje, mohou významně snížit preskripci antibiotik, aniž by poklesla spokojenost jejich pacientů.

Fytofarmaka

Existuje řada rostlinných přípravků, které jsou výrobci doporučovány pro léčbu akutního nachlazení. Zejména jsou uváděny jejich antimikrobiální a antivirové účinky a jejich pozitivní vliv na mukociliární transport. Přehledový článek Cochranovy databáze z roku 2013 hodnotící účinek přípravku získaného z kořene *Pelargonium sidoides* uvádí, že přes určité pochyby může vést ke zmírnění symptomů onemocnění (5). Tento přípravek společně s Myrtolem (standardizovaný derivát rostlinných esenciálních olejů, který není v ČR registrován) jsou doporučeny dokumentem EPOS k léčbě akutní virové rinosinuitidy (3).

Mukolytika

Tyto léky jsou často používány při léčbě nachlazení, zejména s úmys-

lem zředit viskózní hlen a usnadnit jeho transport. V této indikaci máme na výběr zejména volně prodejná léčiva obsahující *acetylcystein* a *ambroxol*. Zvláštní postavení mezi mukolytiky má na lékařský předpis vázaný *erdosteín* (**ovšem granulace pro přípravu perorální suspenze jsou od 1. 2. 2018 uvolněny k výdeji bez lékařského předpisu**). Tento originální přípravek má nejen mukolytické účinky, ale rovněž i imunomodulační, antiflogistický a antioxidační efekt. Jeho použití je vhodné, zejména jsou-li současně postiženy i dolní dýchací cesty. Významný je antibakteriální účinek tohoto léčiva, kdy svým antiadhezivním působením omezuje bakteriální kolonizaci, čímž snižuje možnost bakteriální superinfekce a může pomoci předejít nutnosti zahájení antibiotické léčby. Je-li nutno antibiotika nasadit, dle některých studií může *erdosteín* potencovat jejich účinek (6–9). Pro výše uvedené vlastnosti je vhodné použití *erdosteínu* i u zánětů horních dýchacích cest.

Je-li, zejména v počátečních fázích, onemocnění přítomen dráždivý kašel, je vhodné použít spíše některé z volně prodejných nekodeinových antitusik (*butamirát*, *dropropizin*).

Intranazální kortikoidy

Tato léčiva jsou zejména indikována pro léčbu alergické rýmy a chronických rinosinuitid, ale v posledních letech patří mezi přípravky, které jsou s úspěchem používány i v terapii akutních rinosinuitid. Dle dokumentu EPOS jsou indikovány při středně těžkých příznacích ARS a jejich účinek (samostatně nebo v kombinaci s antibiotiky) je dokumentován řadou studií (3). V léčbě prostého nachlazení, bez dominantního postižení vedlejších nosních dutin, intranazální kortikoidy nemají místo a ve srovnání s placebem nevykazují lepší terapeutický efekt (10, 11). I když jsou některé z intranazálních kortikoidů volně prodejné, měly by být u ARS indikovány pouze lékařem primární péče či otorinolaryngologem.

Solné roztoky

V současné době je k dispozici celá řada solných roztoků (patřících do kategorie zdravotnických prostředků) ur-

čených k irigaci dutiny nosní a lze rovněž zakoupit i několik vyplachovacích systémů. Solné roztoky usnadňují transport hlenu, podílí se na diluci škodlivin a cizorodých materiálů a v neposlední řadě mohou zvyšovat léčebný účinek dalších intranazálně podávaných přípravků. Hypertonické solné roztoky mají i určitý dekonjescenční účinek na nosní sliznici. Cochranova databáze v práci z roku 2015 potvrzuje přínos solných roztoků, založený zejména na zmírnění příznaků onemocnění (12).

Analgetika, antipyretika

Patří k často užívaným lékům v terapii akutních infekcí horních dýchacích cest. Typickými představiteli jsou volně prodejná léčiva obsahující *paracetamol* a *ibuprofen*. Zejména *paracetamol* je častou součástí kombinovaných přípravků pro léčbu nachlazení, často se systémovým dekonjescenstem, a v těchto případech je nutné, aby byl pacient poučen o možnosti předávkování, které může mít závažné zdravotní následky (zejména poškození jater). Zajímavým faktem je, že i přes velmi rozšířené používání *paracetamolu* u nachlazení metaanalýza zabývající se touto problematikou neshledala dostatečné důkazy pro jeho použití v této indikaci (13).

Pokud dominují silné bolesti v krku, mohou být celkově podávána analgetika doplněna volně prodejnými lokálními antiseptiky, antiflogistiky (*flurbiprofen*, *benzydamin*) či anestetiky (*lidokain*), často dostupnými ve vzájemné kombinaci (antiseptikum + anestetikum).

Dekongescenty

Nosní obstrukce patří k pacienty nejtěživěji tolerovaným symptomům. V této indikaci se běžně podávají lokálně aplikovaná sympatomimetika (*nafazolin*, *oxymetazolin*, *xylometazolin* a *tramazolin*). Tato volně prodejná léčiva jsou k dispozici ve formě sprejů a kapek. Pozitivní efekt na nosní průchodnost se obvykle dostavuje v řádu minut a trvá 4–12 hodin dle použité účinné látky. Experimentální studie s použitím zobrazovacích metod potvrdily dekonjescenční účinek lokálně podávaných sympatomimetik na sliznici dolní a střední nosní skořepky a v oblasti infundibula, a lze tedy předpokládat

i jejich pozitivní efekt u ARS, i když data pro jejich samostatné použití zatím nejsou k dispozici (3). Pacienti, kteří jsou léčeni lokálními dekonescenty, by měli být vždy upozorněni na možnost vzniku medikamentózní rýmy při jejich prolongovaném užívání.

Systémové dekonescenty (*pseudoefedrin*, *fenylefrin*) jsou většinou součástí kombinovaných přípravků společně s paracetamolem, ibuprofenem či antihistaminiky. U těchto léků, které prokazatelně snižují otok nosní sliznice a mají tak pozitivní vliv na nosní průchodnost (14), je třeba mít v patrnosti jejich možné lékové interakce (antihypertenziva, tricyklická antidepresiva) a kontraindikace (diabetes, hypertyreóza, glaukom, hyperplazie prostaty, léčba inhibitory monoaminoxidázy).

Antihistaminika

Review z roku 2015, zahrnující 18 randomizovaných studií, prokázalo krátkodobý pozitivní efekt antihistaminik na symptomy nachlazení (první dva dny). V dalších dnech (3.–10. den) byly účinky antihistaminik srovnatelné s placebem (15). Dle dokumentu EPOS nepředstavuje podání antihistaminik žádný přínos v léčbě postvirové ARS, vyjma případů pacientů s již existující alergickou rýmou (3).

Závěr

Uvedený přehled nabízí poněkud odlišný pohled na problematiku léčby akutních respiračních infekcí než příspěvky, které encyklopedicky vyjmenovávají jednotlivé léky s jejich dávkováním, indikacemi a kontraindikacemi. Je zaměřen zejména na informace, jaké úrovně dosahují důkazy pro jejich použití, vycházející z příslušných studií. Je ovšem třeba poznamenat, že pokud zatím nemáme k dispozici důkazy o účinnosti jednotlivých přípravků splňující požadavky EBM, rozhodně to neznamená, že nejsou účinné.

Literatura

1. Kaňa R. Akutní rinosinusitida. In: Schalek P a kol. Rinosinusitidy, Mladá Fronta 2016: 55–85.
2. Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; CD001728. DOI: 10.1002/14651858.CD001728.pub5.
3. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. *Rhinology* 2012; Suppl 23/2012: 1–299.
4. Fokkens WJ, Hofmans R, Thomas M. Avoid prescribing antibiotics in acute rhinosinusitis. *BMJ*. 2014; 349: g5703.
5. Timmer A, Günther J, et al. Pelargonium sidoides extract for treating acute respiratory tract infections (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; CD006323. DOI: 10.1002/14651858.CD006323.pub3.
6. Balli F, Bergamini B, et al. Clinical effects of erdosteine in the treatment of acute respiratory tract diseases in children. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2007; 45(1): 16–22.
7. Braga PC, Dal Sasso M, et al. Effect of erdosteine and its metabolites on bacterial adhesiveness. *Arzneim. – Forsch. Drug Res* 1999; 45(1): 344–350.
8. Busin S, Clerici R, et al. Erdosteine: evaluation of mucorheological and secretory parameters in patients with bronchial phlogistic pathology. *Med Praxis* 1991; 12(4): 197–205.
9. Dal Sasso M, Bovio C. The combination of SH metabolite of erdosteine (a mucoactive drug) and ciprofloxacin increases the inhibition of bacterial adhesiveness achieved by ciprofloxacin alone. *Drugs Exptl Clin Res* 2002; 28(2/3): 75–82.
10. Fashner J, Ericson K, et al. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician* 2012; 86(2): 153–159.
11. Hayward G, Thompson MJ. Corticosteroids for the common cold (Review). *Cochrane Database of Syst Rev* 2015; CD008116. DOI: 10.1002/14651858.CD008116.pub3.
12. King D, Mitchell B, et al. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections (Review). *Cochrane Database of Syst Rev* 2015; CD006821. DOI: 10.1002/14651858.CD006821.pub3.
13. Li S, Yue J, et al. Acetaminophen (paracetamol) for the common cold in adults (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; CD008800. DOI: 10.1002/14651858.CD008800.pub2.
14. Taverner D, Latte J. Nasal decongestants for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; CD001953.
15. De Sutter AIM, Saraswat A, et al. Antihistamines for the common cold (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2015; CD009345. DOI: 10.1002/14651858.CD009345.pub2.

Článek je převzatý z:
Prakt. lékařn. 2018; 14(3): 115–118

MUDr. Petr Schalek, Ph.D.

Otorinolaryngologická klinika FN Královské Vinohrady a 3. LF UK, Praha
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
petr.schalek@fnkv.cz