

Mateusz Babicki

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Racjonalna antybiotykoterapia w przebiegu infekcji górnych dróg oddechowych – zalecenia a perspektywa pacjenta. **Analiza wyników badania IPSOS 2022**

Streszczenie

Okres jesienno-zimowy charakteryzuje się wzmożoną zachorowalnością na choroby infekcyjne, szczególnie dotyczące układu oddechowego, zwłaszcza górnych dróg oddechowych. Zapalenie gardła, które jest najczęstszą przyczyną wizyt lekarskich w ramach POZ, jest również najczęstszą przyczyną nadużywania antybiotyków. Według badań IPSOS z 2022 r. ból gardła może występować nawet u 50% ludzi co najmniej raz na kwartał, a u 1/5 raz w miesiącu. Postępowanie w zapaleniu gardła w zdecydowanej większości przypadków powinno polegać jedynie na leczeniu objawowym. Decyzja o wdrożeniu antybiotykoterapii powinna być poprzedzona oceną różnicującą etiologię zapalenia gardła.

Słowa kluczowe

racjonalna antybiotykoterapia, infekcja górnych dróg oddechowych, antybiotyki

Wstęp

Okres jesienno-zimowy każdego roku charakteryzuje się wzmożoną zachorowalnością na choroby infekcyjne [1]. W zdecydowanej większości dotyczą one układu oddechowego, szczególnie górnych dróg oddechowych, a zwłaszcza gardła. Szacuje się, że w ciągu roku mogą one stanowić przyczynę 2–4 wizyt lekarskich wśród dorosłych, a w populacji pediatrycznej nawet 9–10 wizyt [2]. Według badań zdecydowana większość infekcji górnych dróg oddechowych (70–95%) ma podłoże wirusowe. Do głównych czynników wirusowych zaliczamy: rynowirusy, adenowirusy, koronawirusy, wirusy grypy oraz paragrypy. Infekcje bakteryjne w tej lokalizacji rzadziej mają charakter infekcji pierwotnych, częściej wynikają z nadkażenia trwającej infekcji wirusowej. Do najczęstszych czynników bakteryjnych zaliczamy: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, pałeczki Gram-ujemne *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Staphylococcus aureus* [2–4].

Prawidłowe różnicowanie czynnika etiologicznego ma kluczowe znaczenie w doborze odpowiedniego sposobu leczenia. Trudności diagnostyczne mogą wynikać z faktu, że do objawów klinicznych infekcji górnych dróg oddechowych należą gorączka, katar, kaszel, osłabienie, ból gardła, powiększone węzły chłonne, biały nalot na języku, powiększone migdałki, bóle mięśniowe. Mogą one występować

zarówno w infekcji o etiologii bakteryjnej, jak i wirusowej [3]. Zdecydowanie najczęstszym objawem infekcji górnych dróg oddechowych jest ból gardła, który według badania IPSOS z 2022 r. (wykonanego na zlecenie firmy Reckitt), może występować nawet u 50% ludzi co najmniej raz na kwartał, a u 1/5 raz w miesiącu (ryc. 1). Stanowi to olbrzymie wyzwanie, ponieważ ból gardła jest najczęstszą przyczyną nieprawidłowego wdrożenia antybiotykoterapii [3].

Rekomendacje dotyczące leczenia zapalenia gardła

Według zaleceń dotyczących leczenia zapalenia gardła decyzja o antybiotykoterapii powinna być poprzedzona oceną różnicującą infekcję wirusową od bakteryjnej. W tym celu można wykorzystać skalę Centora w modyfikacji McIsaacka. Skala ta bazuje na wywiadzie lekarskim oraz badaniu fizykalnym. Ocenie podlegają: temperatura ciała > 38°C, brak kaszlu, powiększone węzły chłonne szyjne przednie, wysięk i obrzęk na migdałkach oraz wiek pacjenta. Na podstawie sumarycznej liczby punktów szacuje się prawdopodobieństwo infekcji bakteryjnej. W przypadku uzyskania 4 punktów zalecane jest wdrożenie antybiotykoterapii. Wynik 2–3 punktów powinien stanowić wskazanie do wykonania testów na obecność antygenów PBHA [5]. Należy wspomnieć, że od 1 lipca 2022 r. w związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie

LECZENIE INFEKCJI GARDŁA

wyniki ogólnopolskich badań opinii¹ a fakty

CZY WIESZ, ŻE:



Infekcje gardła są powszechne:

Ponad 50% Polaków doświadcza infekcji z towarzyszącym bólem gardła co najmniej raz na kwartał,

1/5 – co najmniej raz w miesiącu.

Infekcje z towarzyszącym bólem gardła mogą mieć podłoże:

wirusowe lub **bakteryjne.**

Oba rodzaje infekcji należy leczyć inaczej.

WAŻNE!
ANTYBIOTYKI
NIE DZIAŁAJĄ
NA WIRUSY!

Rycina 1. Infekcje gardła – występowanie i przyczyny

Źródło: Kampania Leczyć odpowiedzialnie. Stop nadużywaniu antybiotyków. Dostępne: <https://nil.org.pl/biuro-prasowe/patronaty-honorowe/6869-edukacja-dotyczaca-racjonalnego-stosowania-antybiotykow-w-chorobach-gornych-drog-oddechowych>.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w ramach budżetu powierzonego możliwe jest wykonanie szybkich testów antygenowych w kierunku infekcji *S. pyogenes*. Testy te charakteryzują się dużą swoistością i czułością, dlatego mogą stanowić bardzo przydatne narzędzie w codziennej praktyce lekarskiej [6]. Badania te mogą być wykonane w każdej grupie wiekowej [7]. Wspomniane rozporządzenie wprowadziło również możliwość wykonywania bezpłatnych szybkich testów CRP u dzieci do ukończenia 6. roku życia. Oba te narzędzia są niewątpliwie bardzo przydatne w ocenie wskazań do wdrożenia antybiotykoterapii.

W przypadku stwierdzenia obecności wskazań do włączenia antybiotyków należy zastosować leczenie zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami. Lekiem pierwszego rzutu jest fenoksymetylopenicylina, wskazywana też przez Europejskie Towarzystwo Mikrobiologii Klinicznej i Chorób Zakaźnych. Cefalosporyny oraz makrolidy to leki drugiego i trzeciego rzutu. Ważne jest to, aby leczenie trwało 10 dni. Z wyjątkiem azytromycyny nie powinno być przerywane wcześniej, gdyż zwiększa to ryzyko nawrotu infekcji oraz powikłań w przyszłości. Zdecydowana większość pacjentów z bólem gardła (9 na 10 przypadków) nie będzie jednak wymagała antybiotykoterapii, ale jedynie leczenia objawowego, które powinno być ordynowane również pacjentom stosującym antybiotyk [3].

W przypadku występowania gorączki oraz dolegliwości bólowych zalecane jest przyjmowanie ibuprofenu lub paracetamolu. W razie braku skuteczności jednego z nich możliwe jest naprzemienne podawanie tych leków z utrzymaniem odpowiedniego odstępu czasowego. W celu złagodzenia bólu gardła można wykorzystać miejscowe niesteroidowe leki przeciwzapalne (flurbiprofen, benzzydamina) w postaci tabletek do ssania, aerozoli, płynów do płukania. Można również rozważyć podanie leków znieczulających miejscowo (lidokaina, benzokaina, mentol, heksylorezorcynol), jak również miejscowych antyseptyków (chlorheksydyna, chlorchinaldol, amylometakrezol, oktenidyna). Zaleca się też odpowiednią podaż płynów, odpoczynek oraz suplementację witamin rozpuszczalnych w wodzie [3].

Jak to wygląda w praktyce?

Jak wspomniano wcześniej, zapalenie gardła jest jedną z najczęstszych przyczyn wdrażania antybiotykoterapii. Polska należy do krajów z największą podażą antybiotyków w ramach leczenia otwartego

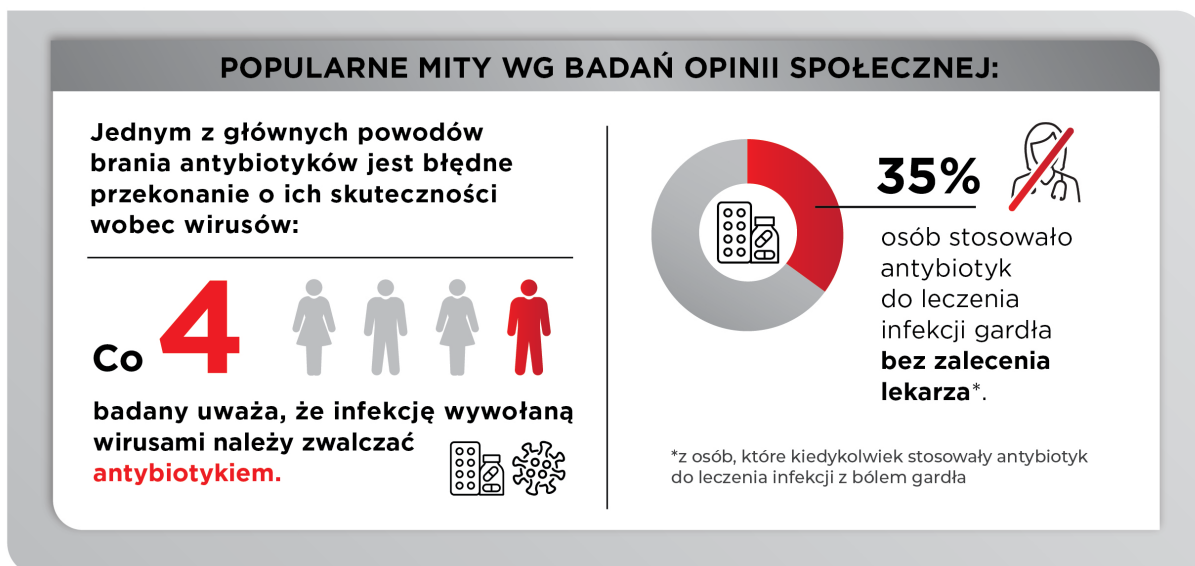
– 27 dawek dobowych na 1000 mieszkańców dziennie (DDD), podczas gdy średnia europejska wynosi 18,3 DDD [8, 9]. Co więcej, według szacunków blisko 50–60% wizyt infekcyjnych w ramach POZ w Polsce kończy się wdrożeniem antybiotykoterapii. Zaobserwowano również dodatnią korelację sprzedaży z okresem zwiększonej zachorowalności na grypę, która – jak wiadomo – jest chorobą wirusową, czyli niewrażliwą na antybiotyki [8]. Może to nasuwać obawy o nieprawidłową ordynację antybiotyków przez lekarzy praktyków. Kolejnym niebezpiecznym zjawiskiem jest to, że pacjenci po ustąpieniu dolegliwości kończą przyjmowanie antybiotyków bez konsultacji lekarskiej, a pozostałe leki pozostawiają sobie na wypadek kolejnej infekcji. Wszystko to, wraz z nadmiernym wykorzystywaniem antybiotyków w hodowli zwierząt, przyczynia się do wzrostu antybiooporności. To zjawisko zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) za jedno z dziesięciu największych zagrożeń XXI wieku i może być przyczyną kryzysu współczesnej medycyny [10]. WHO szacuje, że rocznie z tego powodu może umierać 75 tys. osób, z czego 2,2 tys. w Polsce [11].

Antybiotykoterapia oczami pacjenta

Konieczne jest podejmowanie działań mających na celu zapobieganie antybiooporności. Niewątpliwie jednym z nich jest racjonalizacja antybiotykoterapii, która w dużej mierze zależy również od pacjentów. Zasadne jest sprawdzanie poziomu wiedzy pacjentów z zakresu infekcji oraz sposobów ich leczenia.

W tym celu w czerwcu 2022 r. IPSOS na zlecenie Reckitt przeprowadził badanie na reprezentatywnej grupie 600 Polaków (52% kobiet, 48% mężczyzn, średni wiek 43 lata) na temat postaw wobec antybiotykoterapii infekcji górnych dróg oddechowych (metoda zbierania danych: badanie online na panelu IPSOS; reprezentatywna próba Polaków; wielkość próby: $N = 600$, w tym: $n = 310$ – rodzice dzieci w wieku 0–18 lat; średnia długość wywiadu: 16 minut; termin realizacji: czerwiec 2022 r.).

Wśród badanych osób 90% zgodziło się ze stwierdzeniem, że zapalenie gardła może mieć podłoże zarówno bakteryjne, jak i wirusowe, jednak jedynie 53% wiedziało o możliwości wykonania testów różnicujących. Co więcej, zaledwie 58% respondentów miało świadomość, że antybiotyki mają działanie przeciwbakteryjne, natomiast 31% było przeświadczonych o ich skuteczności wobec wi-



Rycina 2. Wiedza pacjentów na temat leczenia infekcji

Źródło: Kampania Lecz się odpowiedzialnie. Stop nadużywaniu antybiotyków. Dostępne: <https://nil.org.pl/biuro-prasowe/patronaty-honorowe/6869-edukacja-dotyczaca-racjonalnego-stosowania-antybiotykow-w-chorobach-gornych-drog-oddechowych>.

rusów, a aż 49% sądziło, że hamują dalszy postęp infekcji (ryc. 2).

Kolejnym ważnym elementem antybiotykoterapii jest jej odpowiednie stosowanie – 3 na 4 respondentów deklarowało, że stosuje antybiotyk do końca zgodnie z zaleceniem lekarskim, natomiast młodzi mężczyźni najczęściej decydowali się na wcześniejszą rezygnację z leczenia. Jeden na 3 ankietowanych przyznał, że kiedykolwiek zażył antybiotyk bez zaleceń lekarza.

Najczęstszą przyczyną przyjmowania antybiotyków w grupie badanej były zalecenia lekarskie (44%), przeświadczenie o ochronie przed dalszym rozwo-

jem choroby (40%) oraz wiara, że jest to skuteczne leczenie, które daje pewność wyleczenia (39%). Niepokojący jest fakt, że w ocenie 26% respondentów antybiotyki „są wygodnym rozwiązaniem – zamiast kilku preparatów wystarczy zastosować tylko antybiotyk”.

Podsumowanie

Wniki badania jasno pokazują, że świadomość Polaków w zakresie chorób infekcyjnych oraz racjonalnej antybiotykoterapii nie jest zadowalająca. Konieczne są skoordynowane działania rządu,

ZAPAMIĘTAJ!

9 na 10

infekcji gardła jest powodowanych przez **wirusy**².





Antybiotyki są skuteczne jedynie w wypadku infekcji powodowanej przez **bakterie**.



NIE STOSUJ ANTYBIOTYKU, KIEDY NIE JEST ON POTRZEBNY.



Partner badawczy:



Partnerzy społeczni:



Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

1. Metoda zbierania danych: Badanie online na panelu Ipsos; reprezentatywna próba Polaków; wielkość próby: N=600, w tym: n=310; rodzice dzieci 0-18 lat; średnia długość wywiadu: 16 min.; termin realizacji: czerwiec 2022.

2. Fal A.M.: Diagnostyka i leczenie wybranych infekcji oraz stanów zapalnych dróg oddechowych. Wytyczne dla lekarzy POZ; LEKARZ POZ 5/2021; dotyczy ostrego zapalenia błony śluzowej gardła i migdałków podniebiennych u osób dorosłych.

Rycina 3. Kampania Lecz się odpowiedzialnie

Źródło: Kampania Lecz się odpowiedzialnie. Stop nadużywaniu antybiotyków. Dostępne: <https://nil.org.pl/biuro-prasowe/patronaty-honorowe/6869-edukacja-dotyczaca-racjonalnego-stosowania-antybiotykow-w-chorobach-gornych-drog-oddechowych>.

organizacji pozarządowych oraz pracowników medycznych, aby zwiększyć poziom wiedzy na temat antybiotyków, co może się przyczynić do ich bardziej racjonalnego stosowania wśród Polaków (ryc. 3).

Piśmiennictwo

1. Karlikowska-Skwarnik M, Kuchar E. Terapia ostrego zapalenia gardła podczas pandemii COVID-19 – nowe spojrzenie na stary problem. *Medycyna po Dyplomie* 2020; 9.
2. Kuchar E, Miśkiewicz K, Nitsch-Osuch A, Szenborn L. Pathophysiology of clinical symptoms in acute viral respiratory tract infections. *Adv Exp Med Biol* 2015; 857: 25-38.
3. Fal AM, Babicki M, Brożek-Mądry E i wsp. Diagnostyka i leczenie wybranych infekcji oraz stanów zapalnych dróg oddechowych. *Wytyczne dla lekarzy POZ. Lekarz POZ* 2021; 7: 325-353.
4. Trudności z rozpoznaniem zakażeń układu oddechowego. *Termedia, Lekarz POZ*. <https://www.termedia.pl/poz/Trudnosci-z-rozpoznaniem-zakazen-ukladu-oddechowego,21598.html>. Dostęp: 12.11.2022.
5. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and Mclsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med* 2012; 172: 847-852.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. *Dz.U.* 2022 poz. 1293.
7. Hryniewicz W, Ozorowski T, Radzikowski A i wsp. (red.). Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego 2009. *Lek w Polsce* 2009; 19: 103-126.
8. Klein EY, Van Boeckel TP, Martinez EM i wsp. Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015. *Proc Natl Acad Sci USA* 2018; 115: E3463-E3470.
9. Najwyższa Izba Kontroli. Antybiotyki i co dalej? <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/antybiotyki-i-co-dalej.html>. Dostęp: 12.11.2022.
10. 10 największych zagrożeń dla zdrowia na świecie w 2019 roku. *Rzeczpospolita. Zdrowie*. <https://www.rp.pl/zdrowie/art9486791-10-najwiekszych-zagrozen-dla-zdrowia-na-swiecie-w-2019-roku>. Dostęp: 12.11.2022.
11. Narodowy Fundusz Zdrowia. Środa z Profilaktyką – antybiotykooporność. <https://www.nfz.krakow.pl/dla-pacjenta/aktualnosci/sroda-z-profilaktyka-antybiotykoopornosc,527.html>. Dostęp: 12.11.2022.

Adres do korespondencji:

lek. Mateusz Babicki
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
e-mail: ma.babicki@gmail.com