

Przeziębienie ciężarnej problem lekarza POZ czy ginekologa?

Common cold during pregnancy – a matter for general practitioner or gynecologist?

Agnieszka Skórzak¹, Katarzyna Zygmunt²

¹ lekarz stażysta, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie

² lekarz stażysta, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

Oddano do publikacji: 10.01.2017, Copyright© Medyk Sp. z o.o. [PDF TEXT](#) www.gabinetprywatny.com.pl

Streszczenie: Lekarze pierwszego kontaktu mają duże doświadczenie w leczeniu infekcji w różnych grupach chorych. Do przychodni od okresu jesiennego trafia wiele ciężarnych z przeziębieniem. Infekcji w ciąży nie należy bagatelizować, ponieważ mogą one doprowadzić do poważnych powikłań, z poronieniem lub porodem przedwczesnym włącznie. Kobiety w ciąży od drugiego trymestru do okresu okołoporodowego należą do grupy ryzyka ciężkiego przebiegu grypy i powikłań. Z grupy pacjentek ciężarnych zgłaszających się do lekarza medycyny rodzinnej należy wyłonić te, których dolegliwości wymagają specjalistycznej diagnostyki lub podjęcia leczenia w warunkach szpitalnych. Nie należy zapominać o działaniach profilaktycznych, którymi są m.in. zalecane przez WHO szczepienia ciężarnych przeciw grypie, chroniące również noworodka i niemowlę w pierwszych miesiącach życia. Niestety, nie są one powszechnie praktykowane. **Słowa kluczowe:** infekcja przeziębieniowa w ciąży, powikłania infekcji, grypa, szczepienia ochronne, leczenie ciężarnej.

Abstract: General practitioners have extensive experience in the treatment of respiratory tract infections in various groups of patients. In autumn a lot of pregnant women with symptoms of common cold present in GP's office. Infection during pregnancy should not be underestimated, as it can lead to many serious complications and even miscarriage or preterm birth. Pregnant women from the second trimester to the perinatal period are at risk of severe influenza and complications. The General practitioner should identify. All pregnant women presenting to a GP, it is important to identify those, who require further diagnostics or hospital treatment. We must not forget about prevention, which includes recommended by the WHO, – influenza vaccine for pregnant women to protect newborn and infant in the first months. Unfortunately, they are not commonly used. **Keywords:** common cold during pregnancy, complications of infection, influenza, vaccination, pregnant women treatment.

Wprowadzenie

Infekcje wirusowe i bakteryjne są najbardziej niebezpieczne w I trymestrze ciąży, ponieważ w tym okresie mogą spowodować powstanie groźnych wad rozwojowych u płodu. Na szczęście nie każda infekcja matki powoduje zakażenie płodu, dzieje się tak najczęściej w przypadku infekcji pierwotnych, i to w nie-

licznym odsetku przypadków. Za najczęstszą infekcję wrodzoną, która może powodować powikłania, takie jak wady wrodzone, małopłowie, niską masę urodzeniową lub zwapnienia śródczaszkowe, odpowiada wirus cytomegalii. W III trymestrze ciąży za najgroźniejsze dla płodu uważane są infekcje wirusem ospy wietrznej czy odry. Zakażenie parwovi-

rusem B19, wywołującym rumień wielopostaciowy, może prowadzić do nieimmunologicznego obrzęku płodu.

W wielu przypadkach infekcji nie udowodniono bezpośredniego działania patogenów na dziecko. Ale tak naprawdę nie do końca wiadomo, jaki mogą mieć wpływ na rozwijający się płód [10].

■ Infekcja przeziębienia czy grypa?

Najważniejsze jest odróżnienie objawów grypy od infekcji przeziębiennej, co nie zawsze jest możliwe. Dokonuje się tego głównie na podstawie nasilenia różnych objawów klinicznych [8] (tab. 1.).

Grypa jest jedną z najczęściej występujących wirusowych chorób zakaźnych i istotną przyczyną zachorowalności oraz śmiertelności w wielu rejonach świata, w tym w Polsce. Szczyt zachorowań przypada co sezon na okres od stycznia do marca. Podlega zgłoszeniu do terenowej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Grypa wywołana jest przez wirusy z rodziny *orthomyxoviridae*, z których znane są 3 typy: wirus grypy A, B, C. Wszystkie są chorobotwórcze dla człowieka, jednak najistotniejsze jest potwierdzenie lub wykluczenie wirusów A i B ; typ C jest znacznie mniej groźny. Znane epidemie wywoływane

były przez wirusa typu A, którego podtypy wyróżniamy na podstawie swoistości antygenowej 2 białek powierzchniowych: hemaglutyniny (H) oraz neuraminidazy (N). Grypa sezonowa to najczęściej H1N1 i H3N2 (w niektórych sezonach H1N2), w mniejszym stopniu wirus B. Ryzyko zachorowania w każdym kolejnym roku i konieczność corocznej aktualizacji składu szczepionek wynika z dużej zmienności antygenowej wirusa A [2,6,9].

W celu identyfikacji wirusa grypy można zastosować diagnostykę laboratoryjną: DUO Influenza A+B Check-1. Jest to szybki jednostopniowy test immunochromatograficzny do wykrywania wirusów grypy A i B w wymazach lub wydzielinach z nosogardzieli i gardła. Pozwala on na szybką 40-60-minutową weryfikację, czy u pacjenta występuje infekcja wirusem grypy, oraz ustalenie, czy to jest wirus A (np. A/H1N1, ptasia grypa H5N1 czy H3N2), czy typ B (wirus grypy sezonowej). Test jest kosztowny i charakteryzuje się umiarkowaną czułością i swoistością (do 30% wyników fałszywie dodatnich i ujemnych), jest więc dość rzadko stosowany w praktyce lekarza rodzinnego [1,2,9].

Zachorowalność na grype w populacji ciężarnych jest podobna jak w populacji ogólnej, ale powikłania w tej grupie pacjentek wy-

Tabela 1. Nasilenie objawów klinicznych grypy i przeziębienia

Cechy charakterystyczne	Grypa	Przeziębienie
Początek objawów	nagły	stopniowy
Gorączka	często powyżej 38°C z towarzyszącymi dreszczami	zwykle nie przekracza 38°C
Objawy ogólne	bóle głowy, mięśni, stawów, uczucie ogólnego rozbicia, silne wyczerpanie	nieznacznie nasilone
Katar, uporczywe kichanie	rzadko	często
Chrypka	rzadko	często
Powikłania	często	rzadko
Test DUO Influenza A+B Check-1	dodatni	ujemny

stępują częściej. Podczas pandemii w roku 2009: 32% ciężarnych wymagało hospitalizacji, 9% wymagało przyjęcia na oddział intensywnej opieki medycznej, a u 20% rozpoznano zapalenie płuc, które u niektórych pacjentek doprowadziło do rozwoju ostrej niewydolności oddechowej. 4-13% zgonów związanych z zachorowaniem na grypę dotyczy ciężarnych [4,9].

■ Kiedy wdrożyć leczenie przeciwwirusowe?

Przy podejrzeniu zakażenia wirusem grypy u kobiety w ciąży, bez względu na nasilenie objawów klinicznych, należy jak najszybciej rozważyć leczenie przeciwwirusowe. W leczeniu przeciwbólowym i przeciwgorączkowym należy ograniczyć się do paracetamolu [6].

Dostępne są 2 grupy leków przeciwwirusowych działających na wirusa grypy:

- inhibitory neuraminidazy (oseltamiwir, zanamiwir),
- pochodne adamantanu (adamantyna, ryfantadyna).

W chwili obecnej prawie wszystkie wirusy grypy spowodowane zakażeniem A/H1N1v oraz A/H3N2 są wrażliwe na oseltamiwir. Większość wirusów grypy sezonowej A/H1N1 jest na niego oporna. Wszystkie wirusy grypy sezonowej i pandemicznej są wrażliwe na zanamiwir. W praktyce lekarza rodzinnego stosuje się oseltamiwir (od 1. r.ż.) oraz zanamiwir (od 5. r.ż.) w ciężkich przypadkach grypy z ryzykiem powikłań. Są to kobiety w ciąży, dzieci w wieku do 5. r.ż., pacjenci przewlekłe chorzy oraz osoby po 65. r.ż. Do częstszych powikłań grypy możemy zaliczyć: zapalenie oskrzeli i płuc, zaostrzenia przewlekłych schorzeń układu oddechowego, zapalenie zatok, czy ucha środkowego. Powikłania położnicze u kobiet ciężarnych mogą dotyczyć poronienia, porodu przedwczesnego

oraz zwiększonego ryzyka wad wrodzonych [5,6,8].

W wyniku zakażenia wirusem grypy może dojść także do zapalenia mięśnia sercowego, osierdzia, nerwów obwodowych, opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, mięśni (zapaleniu mięśni towarzyszy mioglobinuria), zespołu Guillaina-Barrego, a nawet zgonu [8].

Podczas grypy niepowikłanej wystarczające jest postępowanie objawowe: wypoczynek, pozostanie w domu (względy zdrowotne i epidemiologiczne), odpowiednie nawodnienie, stosowanie leków przeciwgorączkowych, przeciwbólowych, zmniejszających obrzęk błony śluzowej jamy nosowej, przeciwkaszlowych – w zależności od nasilenia różnych objawów [7,10].

■ Szczepienia ochronne

Najskuteczniejszym sposobem zwalczania grypy jest profilaktyka, a jej podstawowy element stanowi immunizacja w postaci szczepień przeciwgrypowych. Od 2005 r. WHO rekomenduje wykonanie szczepień u wszystkich chorych ciężarnych w danym sezonie epidemicznym. W 2011 r. WHO zaleciła krajom rozwijającym się uwzględnienie szczepień przeciwko grypie w strategii opieki prenatalnej. Zaleca się szczepienie wyłącznie 3-walentną szczepionką inaktywowaną, podawaną domięśniowo. Szczepienie można wykonać w dowolnym okresie ciąży. Atenuowana szczepionka przeciw grypie jest przeciwwskazana u kobiet w ciąży. Nie jest ona jednak dostępna w Polsce.

Przeciwciała wytworzone przez kobietę chronią także noworodka i niemowlę, ponieważ szczepienia przeciw grypie niedopuszczalne są w trakcie pierwszych 6 miesięcy życia.

Obawa przed powszechnym stosowaniem szczepień jest spowodowana brakiem dobrej

KROPLE DO USZU DLA OSÓB DOROSŁYCH I DZIECI

- ➔ wspomagająco w stanach zapalnych ucha
- ➔ zmniejszają obrzęk przewodu słuchowego

! MOGĄ BYĆ STOSOWANE
PRZY KORZYSTANIU
Z APARATÓW SŁUCHOWYCH



1 OD
ROKU
ŻYCIA



wyrób medyczny

UCHOLEK – krople do uszu

- ➔ o łagodnym działaniu
- ➔ dzięki naturalnym olejkom daje wysokie poczucie bezpieczeństwa
- ➔ unikalne kompozycje olejków eterycznych o działaniu hamującym namnażanie bakterii

UCHOLEK FORTE – krople do uszu

- ➔ preparat zawiera wyłącznie substancje naturalne
- ➔ dzięki zawartości olejku czosnkowego może być stosowany w profilaktyce infekcji ucha
- ➔ efekt stosowania kropli jest wynikiem skojarzonego działania czosnku, dziurawca i nagietka



wyrób medyczny

jakości badań potwierdzających skuteczność szczepień w ciąży, co w dużej mierze wynika ze względów etycznych [1,2,4,9].

Nie należy zapominać, że niektóre infekcje wirusowe, w tym wirus świńskiej grypy A/H1N1, wiążą się ze szczególnie ciężkim przebiegiem u ciężarnych oraz dużym ryzykiem zgonu okołoporodowego matek i noworodków [1,9].

■ Ciężarna z zapaleniem płuc w gabinecie lekarza rodzinnego

Wirusy bardzo często są przyczyną chorób dróg oddechowych. Zakażenia wirusowe torują drogę infekcjom bakteryjnym. Częstość zapaleń płuc u ciężarnych jest taka sama jak u nieciężarnych i wynosi 1-3:1000 kobiet. Wywoływane są przez bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty i czynniki chemiczne. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym wirusowych zapaleń płuc są wirusy grypy i paragrypy, RSV, adenowirusy, CMV, VSV oraz wirusy z grupy Coxackie. Czynnikiem predysponującym do zakażenia jest upośledzenie odpowiadzi immunologicznej w ciąży z uwagi na mniejszą zdolność proliferacyjną i cytotoxiczną limfocytów z obniżeniem liczby limfocytów T [3,5].

Chora zgłaszająca się z dolegliwościami takimi jak: złe samopoczucie, duszność, kaszel suchy i napadowy, ból głowy, bóle mięśniowo-stawowe oraz gorączka powyżej 38°C z towarzyszącymi dreszczami powinna budzić niepokój lekarza. Jeśli dodatkowo w badaniu internistycznym stwierdza się przyspieszoną akcję serca, tachypnoe, stłumiony odgłos opukowy nad płucami, trzeszczenia u podstawy płuc, wzmożone drżenie głosowe, czy śnicę centralną, nasuwa się podejrzenie wirusowego zapalenia płuc. Dreszcze, poty, kłująco bóle w klatce piersiowej, kaszel z odkrztu-

szaniem wydzieliny, gorączka znacznie powyżej 38°C, a w badaniu internistycznym rżenia drobnobańkowe, czy szmer oskrzelowy, zbliżałyby do rozpoznania bakteryjnego zapalenia płuc. W postawieniu pewnego rozpoznania pomocne są wyniki badań dodatkowych. Wskaźniki stanu zapalnego, takie jak nasilona leukocytoza z przewagą neutrofilii oraz znaczny wzrost CRP będą przemawiały za infekcją bakteryjną. W przypadku nasilonych objawów klinicznych, a niskich parametrów laboratoryjnych stanu zapalnego należałoby wykonać szybki test w kierunku wirusa grypy DUO Influenza A+B – Check-1. Zapalenie płuc ma także swój charakterystyczny obraz w RTG klatki piersiowej, polegający na widocznych przywnękowych zagęszczeniach oraz mętnych zacienieniach mięszu u podstawy płuc; może być widoczna niewielka ilość płynu w jamie opłucnej. W każdym przypadku podejrzenia zapalenia płuc należy wykonać wymaz z nosogardzieli na badanie bakteriologiczne [2,3,6,7].

Leczenie empiryczne jest analogiczne do postępowania w pozaszpitalnym zapaleniu płuc. Bakteryjne zapalenie płuc u chorych na grypę najczęściej wywołują *Staphylococcus aureus* i pneumokoki, ale w każdym przypadku należy przeprowadzić standardową diagnostykę bakteriologiczną. Nie zaleca się stosowania antybiotyku profilaktycznie. Jeśli ocena kliniczna i wyniki badań mikrobiologicznych nie wskazują na zakażenie bakteryjne, u chorych na grypę potwierdzoną laboratoryjnie należy rozważyć odstawienie antybiotyku. Obecnie nie stosuje się GKS w leczeniu wirusowego zapalenia płuc, ponieważ niosą one za sobą ryzyko poważnych działań niepożądanych, w tym zakażeń oportunistycznych i przedłużenia replikacji wirusa. GKS w małej dawce należy jedynie rozważyć we wstrząsie

septycznym wymagającym stosowania leków wazopresyjnych [7,9].

Stan pacjentek z bakteryjnym zapaleniem płuc, które otrzymywały antybiotyk poprawia się po ok. 24-48 godz. Ustępuje gorączka, tachykardia, tachypnoe. W przypadku braku poprawy należy zmodyfikować leczenie antybiotykiem. Zgodnie z wynikiem badań mikrobiologicznych i uzyskanym antybiogramem, przy łagodnym przebiegu zapalenia antybiotyk stosuje się do 7 dni. W przypadku ciężkiego przebiegu lub infekcji patogenami atypowymi terapia powinna trwać 14 dni. Zakażenie gronkowcem złocistym lub G-pałeczkami jelitowymi wymaga 21-dniowej kuracji antybiotykiem [6,7].

Nie ma danych o szkodliwym wpływie antybiotyków β -laktamowych na płód. Amoksylicyna z kwasem klawulanowym są przeciwskazane w III trymestrze ciąży ze względu na zwiększone ryzyko martwiczego zapalenia jelit u noworodków [6].

Nie należy zapominać o leczeniu wspomagającym, które w przypadku zapalenia płuc polega na: oklepywaniu klatki piersiowej, odpowiednim nawadnianiu, inhalacjach solankowych, tlenoterapii, stosowaniu środków wykrztuśnych, mukolitycznych i przeciwgorączkowych.

Największymi czynnikami ryzyka rozwoju zapalenia płuc są istniejące przed ciążą choroby układu oddechowego, głównie astma, oraz niedokrwistość u ciężarnych [6,9].

■ Pierwsze objawy łagodnej niedyspozycji ciężarnej – co zaproponować pacjentce?

Lekarz pierwszego kontaktu kobiecie w ciąży zaniepokojonej pierwszymi nieznacznie nasilonymi objawami infekcji powinien zaproponować w pierwszej kolejności, aby pozostała w domu i stosowała tradycyjne środki przez

pierwsze 2-3 dni. Przy niewielkim kaszlu i surowiczej (nie ropnej!) wydzielinie z nosa jest to najczęściej wystarczające. Ciężarne mogą wówczas pić herbatę z owoców malin, napój z imbiru z dodatkiem miodu, cytryny, a także spożywać naturalne produkty pomagające w zwalczaniu infekcji, takie jak czosnek, cebula czy sok z czarnego bzu. Można stosować napar z lipy. Dostępne są gotowe preparaty z ziół i naturalnych surowców, przygotowane specjalnie dla ciężarnych w postaci tabletek, syropów i kropli, które działają przeciwbakteryjnie i podnoszą odporność. W leczeniu kataru należy się wystrzegać przepisywania pacjentce substancji obkurczających: adrenomiometryków i pochodnych efedryny. Aby odblokować nos, można stosować sól morską czy fizjologiczną, która pomaga udrożnić drogi oddechowe. Dobry skutek przynoszą inhalacje z rumianku. Chora powinna dbać o komfort cieplny i jednocześnie nie przegrzewać się oraz przebywać w regularnie wietrzonym pomieszczeniu. Istotne jest, aby uświadomić ciężarnej pacjentce, iż niektóre substancje, mimo że naturalne, są w ciąży zabronione, więc zawsze zasięgać porady lekarskiej, zanim je zastosuje. Zaliczyć tutaj można np. wyciąg z krwawnika, czy jałowiec. Jeśli chodzi o herbatę z malin, do zaparzenia polecane są owoce. Kontrowersje budzi natomiast herbata z liści malin. Panuje pogląd, iż wyciąg z nich może powodować przedwczesną czynność skurczową macicy, choć w Indiach uważa się, że liście malin są jednym z najważniejszych ziół stosowanych w ciąży, wzmacniających mięśnie macicy [10].

Alarmujące jest trwanie dolegliwości u przeziębionej ciężarnej ponad trzy dni, pomimo stosowania domowych metod lub gdy zmienia ono swój charakter, np. dołączają się nowe, niepokojące objawy, kaszel zmienia

swoj charakter, pacjentka ma wysoką temperaturę. Należy pamiętać, że w I trymestrze ciąży temperatura powyżej 38°C może mieć działanie teratogenne, w takiej sytuacji zaleca się więc stosowanie leków przeciwgorączkowych. Nie powinno się stosować preparatów złożonych, w których skład wchodzi pochodne efedryny czy kodeina, polecanych zwykle przy przeziębieniu. Dopuszczalnym w krótkotrwałym leczeniu jest paracetamol, w razie konieczności można stosować także ibuprofen [9,10]. Pacjentka musi przy tym przyjmować duże ilości płynów, by gorączka nie spowodowała odwodnienia [10].

Podsumowanie

Nie każda niedyspozycja ciężarnej, katar czy drapanie w gardle muszą skłaniać lekarza do podejmowania działań. Czasem wystarczy zalecić odpoczynek w domu i stosowanie niefarmakologicznych metod walki z infekcją. Natomiast bardzo niepokojące jest, gdy chora zgłasza się z gorączką, potami, bólem w klatce piersiowej o charakterze opłucnowym, kaszlem z odkrztuszaniem, przyspieszeniem akcji serca czy oddechu. Jeśli ponadto wywiad jest

obciążony chorobami ogólnoustrojowymi, paleniem papierosów i kontaktem z osobą zakażoną, ze względu na duże ryzyko dla płodu zaleca się rozpoczęcie leczenia w warunkach szpitalnych [5,9].



Piśmiennictwo:

1. Postępowanie kliniczne w grypie pandemicznej A/H1N1v – zaktualizowane wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (listopad 2009). Med. Prakt. 2009; 12: 37-53.
2. Zapobieganie zachorowaniom na grypę za pomocą szczepień. Aktualne (2012) zalecenia amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Szczepień Ochronnych (ACIP). Med. Prakt. 2012; 10: 68-76.
3. Nitsch-Osuch A, Korzeniewski K, Gawlak M. i wsp. Epidemiological and Clinical reasons for Vaccination against pertussis and influenza in pregnant women. Adv. Exp. Med. Biol. 2015; 849: 11-21.
4. Nitsch-Osuch A, Woźniak-Kosek A, Brydak LB. Vaccination against influenza in pregnant woman – safety and effectiveness. Gin. Pol. 2013; 84: 56-61.
5. Ie S, Rubio ER, Alper B, Szarlip HM. Respiratory complications of pregnancy. Obst. Gynecol. Surv. 2002; 57: 39-46.
6. Pierzchała W, Sikora J. Choroby układu oddechowego. W: Położnictwo tom 2 – medycyna maczyno-rodowa. Red. Bręborowicz GH. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012.
7. Lim WS, Macfarlane JT, Colthopre CL. Pneumonia and pregnancy. Thorax 2001; 56: 398-405.
8. Widok A, Chlabicz S, Mastelercz-Migas A. Medycyna Rodzina – Podręcznik dla lekarzy i studentów. Poznań 2015; 292-239.
9. Kapacka-Lesiak M, Wielgoś M, Paszkowski T. Sytuacje kliniczne w położnictwie. Red. Bręborowicz GH. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2016.
10. Kobieta w ciąży z infekcją wirusową. Med. Trib 2016; 11: 40-42.

lek. Agnieszka Skórzak
agnieszkaskorzak@o2.pl

PORTAL DLA LEKARZY
gabinetprywatny.com.pl



leczenie



nauka



praktyka