

Οδηγίες προς φαρμακοποιούς για την διαχείριση προσερχόμενων ασθενών - ή των οικείων τους- με λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος



Τεπερικήδης Ελευθέριος

Συνεργασία του Φαρμακευτικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης:

Τεπερικήδης Ελευθέριος, Κλημεντίδης Διαμαντής, Ευγενίδης Διονύσιος, Σιδηροπούλου Άννα, Χατζητόλιος Ι. Απόστολος¹, Ανδρόνογλου Δ. Μάρκος², Μύρου Αθηνά³, Ψωμάς Ευάγγελος⁴, Καραπαπάζογλου Αναστασία⁵, Μουρουγλάκης Αλέξανδρος⁶, Πιλάλας Δημήτρης⁷, Κιουμής Ιωάννης⁸

1. Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ»
2. Παθολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ»
3. Παθολόγος - Εντατικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ»
4. Παθολόγος- Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Σπουδών-Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Σωμάτων.
5. Παθολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ»
6. Ειδικευόμενος Παθολογίας Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ»
7. Ειδικευόμενος Παθολογίας Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ»
8. Καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

Πρωτοβουλία για την ενημέρωση των Φαρμακοποιών μελών του Φαρμακευτικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, δεδομένης της ιδιαίτερης σημασίας στενής συνεργασίας των Φαρμακοποιών με τους Θεράποντες Ιατρούς προς όφελος των ασθενών.

Υπεύθυνος συγγραφέας

Αθηνά Μύρου

οδός Αίγινας 5, ΤΚ 54352,

Θεσσαλονίκη

Τηλ. επικοινωνίας: 6949867515

email: taniamyrou@gmail.com

Περίληψη

Οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος αποτελούν τον πρώτο λόγο επίσκεψης του ασθενούς σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συνήθως, εκδηλώνονται με ήπια και αυτοπεριοριζόμενα συμπτώματα, αλλά η διάγνωση και η αιτιολογία τους αποτελούν συχνά πρόκληση για τον ιατρό και είναι σημαντικά για την αντιμετώπισή τους. Στην παρούσα εργασία αναφερόμαστε στην κλινική εικόνα, την διάγνωση και την θεραπεία των λοιμώξεων αναπνευστικού, καθώς και στις επιπλοκές και τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν. Επίσης, αναφερόμαστε ειδικά στον ρόλο του φαρμακοποιού και στα πλαίσια εντός των οποίων μπορεί να συνεισφέρει.

Λέξεις-κλειδιά: λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ρόλος φαρμακοποιού

Guidelines regarding the management of adult upper respiratory tract infections- the role of pharmacist.

Summary

Primary care health professionals are usually the first point of contact for patients who can present a wide range of initial symptoms which may constitute their first presentation of an upper respiratory disease. Upper respiratory tract infections usually appear with mild and self-limited symptoms. Diagnosis and etiology is often a challenge for doctors, and is also critically important for management. To help physicians with the appropriate use of antibiotics in adults with upper respiratory tract infection, a multidisciplinary team evaluated existing guidelines and summarized key practice points. This paper is focused upon the clinical features, diagnosis and management of upper respiratory infections and includes complications and emergencies which can be arise. We also consider a special refer about the role of pharmacist and the frame in which his mediation can be useful.

Εισαγωγή -Νοσολογικά Στοιχεία

Οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος παρουσιάζουν μεγάλη επίπτωση στη δημόσια υγεία. Είναι πολύ συχνές και αποτελούν τον πρώτο λόγο επίσκεψης του ασθενούς σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας¹. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οφείλονται κυρίως σε ιούς και λιγότερο σε βακτήρια. Τόσο οι ιογενείς, όσο και οι βακτηριακές λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, είναι δυνατόν να παρουσιάζονται με κοινά κλινικά σημεία και συμπτώματα, γεγονός που τις καθιστά δυσδιάκριτες μεταξύ τους². Συνήθως διαδράμουν ήπια, παρ' όλη αυτά, μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές επιπτώσεις, προσβάλλοντας και άλλα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού, όπως καρδιά, νεφρούς, Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Για τον λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση της κλινικής εικόνας και της γενικής κατάστασης του ασθενούς από τον ιατρό του. Η παράληψη αυτής της αξιολόγησης εγκυμονεί κινδύνους με ότι αυτό συνεπάγεται από πλευράς ηθικής, αστικής και ποινικής ευθύνης.

Λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος

Κοινό κρυολόγημα

Αποτελεί αυτοπεριοριζόμενη νόσο του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και κατά κύριο λόγο οφείλεται σε ρινοϊούς (>50% στους ενήλικες) και κοροναϊούς (10-20%)³. Είναι δυνατόν να συμμετέχουν αδενοϊοί, ο ιός της Parainfluenza και ο Respiratory Syncytial Virus (RSV) (3). Μεταδίδεται είτε μέσω του αέρα, με σταγονίδια και μικρά σωματίδια, είτε μέσω της άμεσης επαφής⁴. Κλινικά εκδηλώνεται με κυρίαρχο σύμπτωμα τη ρινίτιδα (παρμός, ρινικές εκκρίσεις), βήχα, κόπωση, κακουχία, ήπια πυρετική κίνηση και φαρυγγαλγία⁵. Η θεραπεία του κοινού κρυολογήματος είναι

καθαρά συμπτωματική. Η χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας έχει ένδειξη μόνο σε περιπτώσεις δευτεροπαθούς βακτηριακής λοίμωξης (μέση ωτίτιδα, πνευμονία, παραρρινοκολπίτιδα)^{6, 7, 8}.

Γρίπη

Η γρίπη είναι μία οξεία νόσος, που οφείλεται στους ιούς της γρίπης ομάδας Α και Β. Η μετάδοσή της γίνεται κυρίως με τον βήχα ή τον παρμό μέσω σταγονιδίων, καθώς επίσης και με άμεση επαφή⁹. Προσβάλλει το ανώτερο ή/και το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα, ενώ η εισβολή της είναι αιφνίδια, παρουσιάζοντας υψηλό πυρετό, κεφαλαγία, μυαλγίες, βήχα, φαρυγγαλγία και αδυναμία¹⁰. Μπορεί να προκαλέσει μία παρατεταμένη περίοδο καταβολής και γενικής κακουχίας η οποία είναι δυνατό να διαρκέσει ημέρες ή και εβδομάδες¹⁰. Κυριότερη επιπλοκή της γρίπης είναι η πνευμονία, η οποία ενδέχεται να είναι είτε πρωτοπαθής (από τον ίδιο τον ιό της γρίπης), είτε δευτεροπαθής (βακτηριακή), είτε ταυτόχρονα ιογενής και βακτηριακή¹¹. Η αντιμετώπισή της είναι κυρίως συμπτωματική, ενώ οι αναστολείς της νευραμινιδάσης (ζαναμιβίρη, οσελταμιβίρη) έχουν αυξημένη δραστηριότητα όταν χορηγούνται κατά τις πρώτες 48 ώρες, περιορίζοντας τις ημέρες νοσηλείας, αλλά και ελαττώνοντας την ανάπτυξη των επιπλοκών¹². Αποτελεσματικότερο μέτρο πρόληψης αποτελεί ο αντιγριπικός εμβολιασμός, ο οποίος συνιστάται σε άτομα άνω των 60 ετών, πάσχοντες από χρόνια νοσήματα (ΧΑΠ, καρδιακή ανεπάρκεια, ανοσοκαταστολή, βρογχικό άσθμα), ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και εργαζόμενους σε μονάδες παροχής υγείας (με βάση και τις ετήσιες οδηγίες του ΚΕΕΛΠΝΟ). Προσφέρει ατομική και συλλογική προστασία και πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο¹³.

Παραρρινοκολπίτιδα

Ως παραρρινοκολπίτιδα ορίζεται η φλεγμονή των παραρρινίων κόλπων. Συχνότερη είναι η ιγμορίτιδα, είναι όμως δυνατό να προ-

σβληθούν οι ηθμοειδείς κυψέλες, ο σφηνοειδής και οι μετωπιαίοι κόλποι. Διακρίνεται στην οξεία και χρόνια παραρρινοκολπίτιδα. Η οξεία παραρρινοκολπίτιδα μπορεί να είναι είτε ιογενούς αιτιολογίας (ρινοϊοί, ιός Parainfluenza, ιός Influenza), η οποία είναι και η συχνότερη, είτε βακτηριακής αιτιολογίας (*S.pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*)¹⁴. Συχνότερα συμπτώματα αποτελούν η ρινική καταρροή, η μετωπιαία κεφαλαλγία και το άλγος του προσωπικού κρανίου. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση χωρίς τη χρήση αντιβιοτικής θεραπείας. Προτιμότερη αρχική θεραπευτική προσέγγιση είναι η συμπτωματική, περιλαμβάνοντας κυρίως τη χρήση αποσυμφορητικών της ρινός, πλύσεις με φυσιολογικό ορό και αντιφλεγμονώδη θεραπεία με τοπικά στεροειδή. Αντιβιοτική θεραπεία χορηγείται σε περιπτώσεις όπου η διάρκεια των συμπτωμάτων παρατείνεται πέραν των 10 ημερών ή σε περιπτώσεις έντονης κλινικής συμπτωματολογίας, ανεξαρτήτως χρονικής διάρκειας⁸. Παρ' όλα ταύτα, καθώς η διάκριση μεταξύ ιογενούς και βακτηριακής λοίμωξης δεν είναι εύκολη, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η αντιβιοτική θεραπεία είναι παρούσα στη συντριπτική πλειοψηφία των παραρρινοκολπίτιδων (>80%)¹⁵.

Μέση Ωτίτιδα

Η οξεία μέση ωτίτιδα μπορεί να είναι αποτέλεσμα λοίμωξης από παθογόνα του ρινοφάρυγγα, τα οποία εισβάλλουν στο μέσο ούς, δημιουργώντας τυπικά σημεία και συμπτώματα μέσης ωτίτιδας¹⁶. Τα συχνότερα παθογόνα που απαντώνται είναι ο RSV, ο ιός της Influenza, ο ρινοϊός και ο εντεροϊός, αλλά και ο *S.pneumoniae*, ο οποίος αποτελεί το κυριότερο βακτηριακό αιτιολογικό παράγοντα μέσης ωτίτιδας και ακολουθεί ο *H.influenzae*¹⁷. Συχνότερα συμπτώματα είναι η ωτόρροια, η ωταλγία, η ελαττωμένη ακοή και ο πυρετός. Ερυθρότητα του τυμπανικού υμένα απαντάται συχνά, χωρίς όμως να αποτελεί ειδικό σύμπτωμα της νόσου. Ίλιγγος, νυσταγμός και εμβοές είναι επίσης συχνά¹⁷. Η χρήση της αντιβιοτικής θεραπείας ενδείκνυται στη μέση ωτίτιδα, σε συνδυασμό με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) για την αντιμετώπιση της ωταλγίας⁶.

Φαρυγγοαμυγδαλίτιδα

Η οξεία φαρυγγίτιδα είναι η φλεγμονή του φάρυγγα που οφείλεται κυρίως σε ιούς (ρινοϊοί, κοροναϊοί, ιός Influenza, ιός Parainfluenza και αδενοϊοί), αλλά και σε βακτήρια με κύριο παθογόνο τον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A (*S.pyogenes*)¹⁸. Η εκδήλωση της οξείας φαρυγγίτιδας η οποία οφείλεται σε ρινοϊούς ή κοροναϊούς, περιλαμβάνει μία σειρά μη ειδικών συμπτωμάτων, όπως ήπιος βήχας, φαρυγγαλγία, ρινική καταρροή, ήπιο εμπύρετο και γενικά συμπτώματα¹⁹. Αντίθετα, οξεία φαρυγγίτιδα προκαλούμενη από τον ιό της Influenza ενδέχεται να έχει σοβαρότερες εκδηλώσεις, με παρουσία υψηλού πυρετού, μυαλγιών, κεφαλαλγίας και έντονου βήχα¹⁹. Η φαρυγγίτιδα από αδενοϊούς χαρακτηρίζεται

από την παρουσία επιπεφυκίτιδας στο 30-50% των ασθενών²⁰. Η λοίμωξη από αδενοϊούς προκαλεί την κοινή κυνάγχη, κατά την οποία ο στοματοφάρυγγας και η μαλακή υπερώα είναι εξέρυθρα και οι αμυγδαλές φλεγμαίνονται και διογκώνονται¹⁹. Η φαρυγγίτιδα βακτηριακής αιτιολογίας συνοδεύεται από φαρυγγαλγία, εμπύρετο, ρίγος, ακόμη και κοιλιακό άλγος. Εξέρυθρος φάρυγγας, υπερτροφία των αμυγδαλών και εξίδρωμα συχνά απαντώνται, ενώ η απουσία του βήχα είναι χαρακτηριστική²¹. Είναι σημαντική η διαφοροδιάγνωση μεταξύ ιογενούς και στρεπτοκοκκικής φαρυγγίτιδας και αποτελεί πρωταρχικό διαγνωστικό στόχο του θεράποντος ιατρού. Η αντιβιοτική θεραπεία στη στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα προσφέρει πολλαπλά οφέλη μειώνοντας τη μεταδοτικότητα και αποτρέποντας δραστικά τις σοβαρές επιπλοκές ρευματικού τύπου (ενδοκαρδίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα)²². Δεν θα πρέπει να παραβλέψει κανείς ότι μία συνήθης εκδήλωση, όπως η φαρυγγοαμυγδαλίτιδα μπορεί να αποκρύπτει σοβαρά νοσήματα με πιθανές επιπλοκές από άλλα όργανα, όπως στην περίπτωση της λοίμωξης από μηνιγγιτιδόκοκκο, από ιό Epstein-Barr ή και από ιό HIV, η δε καθυστέρηση στην διάγνωση και αιτιολογική αντιμετώπιση μπορεί να έχει δυσμενή επίπτωση στον ασθενή.

Λαρυγγίτιδα

Πρόκειται για μία φλεγμονή του λάρυγγα, που μπορεί να προκληθεί από λοιμώδεις ή μη λοιμώδεις παράγοντες. Η πλειονότητα των περιπτώσεων αφορά στην οξεία λαρυγγίτιδα, η οποία προκαλείται κυρίως από ιούς (ρινοϊοί, κοροναϊοί, ιός Influenza, ιός Parainfluenza, αδενοϊοί, ιός Coxsackie, RSV)²³. Είναι δυνατόν να οφείλεται επίσης και σε βακτήρια, όπως ο στρεπτόκοκκος της ομάδας A και το *C.diphtheriae*²³. Η λαρυγγίτιδα χαρακτηρίζεται από βράγχος φωνής ή και αφωνία, ρινική καταρροή ή συμφόρηση, βήχας και φαρυγγαλγία, ενώ επιδεινούμενη ενδέχεται να προκαλέσει αποφρακτικά φαινόμενα με αναπνευστική δυσχέρεια. Η θεραπεία περιλαμβάνει τη φωνητική ανάπαυση και σε περιπτώσεις βακτηριακής λοίμωξης τη χρήση αντιβιοτικών²⁴.

Επιγλωττίτιδα

Η οξεία επιγλωττίτιδα είναι μία ταχέως εξελισσόμενη λοίμωξη της επιγλωττίδας, η οποία οφείλεται κυρίως στον *H.influenzae* τύπου B²⁵. Μπορεί να είναι μία άκρως απειλητική για τη ζωή λοίμωξη, καθώς είναι δυνατόν να προκαλέσει οξεία σοβαρή απόφραξη των αεραγωγών, μία κατάσταση η οποία όμως είναι σπάνια μετά την ηλικία των 5 ετών²⁶. Είναι πιο συχνή σε μικρές ηλικίες, οι οποίες συνήθως νοσούν πολύ βαριά, παρουσιάζοντας υψηλό πυρετό, έντονη φαρυγγαλγία, ταχυκαρδία και συμπτώματα αναπνευστικής δυσχέρειας²⁶. Πρώτη και άμεση θεραπευτική προσέγγιση είναι η διατήρηση της βατότητας των αεραγωγών, ενώ η θεραπεία με ενδοφλέβια αντιβιοτικά είναι απαραίτητη²⁷. Μετά την ανακάλυψη του εμβολίου Hib, στα

μέσα της δεκαετίας του 1980, τα κρούσματα έχουν μειωθεί δραστικά²⁸.

Διαχωρισμός ιογενών από βακτηριακές λοιμώξεις

Οι βακτηριακές λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος δίνουν πανομοιότυπη συμπτωματολογία με τις ιογενείς, ενώ ο διαχωρισμός τους αποτελεί διαχρονικά μία πρόκληση για τον θεράποντα ιατρό. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, χρειάζεται να γίνει συλλογή δείγματος και καλλιέργεια, κάτι όμως που δεν αποτελεί την συνήθη τακτική στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. Έτσι, ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί κριτήρια που βασίζονται στην κλινική εξέταση του ασθενή (κριτήρια Centor)²⁹, ώστε να ποσοτικοποιήσει την πιθανότητα βακτηριακής λοίμωξης.

Η κλινική εικόνα του ασθενή μπορεί να δώσει κάποιες ενδείξεις ως προς τη φύση του παθογόνου μικροοργανισμού. Οι βακτηριακές λοιμώξεις παρουσιάζουν υψηλό πυρετό, με πιο παχύρρευστες ή και κιτρινοπράσινες εκκρίσεις, κάτι που είναι δυνατόν να διαρκέσει για αρκετές ημέρες³⁰. Οι ιογενείς λοιμώξεις συνήθως παρουσιάζουν ήπιας έντασης πυρετό, που διαρκεί για 24-48 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Οι εκκρίσεις είναι συνήθως άχρωμες, ενώ μπορεί να γίνουν κιτρινο-πράσινες λίγες ημέρες μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων, κάτι που ενδέχεται να υποδηλώνει βακτηριακή επιλοίμωξη³⁰.

Στον χώρο του φαρμακείου ο διαχωρισμός μεταξύ ιογενούς και βακτηριακής λοίμωξης δεν μπορεί να επιτευχθεί. Στόχος του φαρμακοποιού είναι η κατάσταση της συμπτωματολογίας του κάθε ασθενή σε ήπιας, μέτριας ή μεγάλης έντασης και η ανάλογη σύσταση για προσωρινή συμπτωματική αγωγή και παραπομπή σε ιατρό. Επίσης, ευθύνη του φαρμακοποιού θα πρέπει να είναι και ο εντοπισμός των ασθενών με υψηλό κίνδυνο για επιπλοκές (ηλικιωμένοι, κυοφορούσες, θηλάζουσες, ανοσοκαταστολή, συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, πνευμονοπάθειας ή καρδιοπάθειας) και η άμεση παραπομπή τους στον ιατρό.

Η χρήση αντιβιοτικών

Η χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων στον ασθενή που παρουσιάζει συμπτώματα του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος γίνεται κατά κύριο λόγο χρησιμοποιώντας εμπειρικά κριτήρια, που προκύπτουν από το ιστορικό και την κλινική εξέταση του θεράποντος ιατρού. Η κοινή συμπτωματολογία με τις ιογενείς λοιμώξεις και η δυσκολία σαφούς διάκρισης κλινικά μεταξύ βακτηριακής και ιογενούς λοίμωξης, έχει ως αποτέλεσμα την υπερ-συνταγογράφηση αντιβιώσεων, στην προσπάθεια του ιατρού να καλυφθεί μία εν δυνάμει βακτηριακή λοίμωξη, ή ακόμη χειρότερα την προμήθεια και χρήση αντιβιοτικών χωρίς συνταγή.

Το πρόβλημα της υπερκατανάλωσης αντιβιώσεων με ή χω-

ρίς συνταγογράφηση σε αυτά τα περιστατικά αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, κάτι που τεκμηριώνεται από έναν μεγάλο αριθμό μελετών. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, το 90 - 95% των περιστατικών με συμπτώματα του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος είναι ιογενούς προελεύσεως³¹. Στην αντίπερα όχθη, χορηγούνται αντιβιώσεις στο 40 - 60% των περιστατικών³². Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η χορήγηση αντιβιώσεων σε ασθενείς χωρίς βακτηριακή λοίμωξη αποτελεί πρόβλημα. Για αυτόν τον λόγο, άλλωστε, σχεδόν όλοι οι αρμόδιοι οργανισμοί παγκοσμίως (IDSA, ESCMID) έχουν δημοσιεύσει κατευθυντήριες οδηγίες, που στοχεύουν στη μείωση της χορήγησης αντιβιώσεων.

Το πρόβλημα με την υπερχορήγηση αντιβιώσεων

Οι αντιβιώσεις είναι μία κατηγορία φαρμάκων που εμφανίζει αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες, σε αρκετά μεγάλη συχνότητα. Υπολογίζεται ότι οι αντιβιώσεις ευθύνονται για το 20% των περιστατικών που νοσηλεύονται ως αποτέλεσμα παρενέργειας οποιουδήποτε φαρμάκου³³.

Επίσης, όταν χορηγείται αντιβίωση, είτε υπάρχει παθογόνος βακτηριακή λοίμωξη είτε όχι, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να αναπτυχθεί αντίσταση κάποιων βακτηριακών στελεχών στη χορηγούμενη αντιβιοτική ουσία. Αυτό αφορά και στα παθογόνα βακτήρια, αλλά και στα βακτήρια της φυσιολογικής χλωρίδας του οργανισμού. Γεγονός που έχει προκαλέσει έντονη ανησυχία είναι η δυνατότητα μετάδοσης των μηχανισμών αντίστασης στις αντιβιώσεις μεταξύ διαφορετικών βακτηριακών ειδών³⁴. Αυτό σημαίνει ότι ένα βακτήριο της φυσιολογικής χλωρίδας που αποκτά αντίσταση σε κάποια αντιβιοτική ουσία, μπορεί εν δυνάμει στη συνέχεια να μεταδώσει την αντίσταση αυτή σε ένα παθογόνο βακτήριο. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι η χορήγηση αντιβιώσεων θα πρέπει να γίνεται με περίσσεια σύνεση και πάντα σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες προς τους ιατρούς. Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι το 70% των περιστατικών παρουσιάζουν αυθόρμητη βελτίωση³⁵, χωρίς επιπλοκές. Για αυτόν τον λόγο άλλωστε πολλές οδηγίες προς τους ιατρούς συστήνουν αναμονή υπό παρακολούθηση (watchful waiting)^{36,37}, αντί για την άμεση χορήγηση αντιβίωσης. Ο Έλληνας φαρμακοποιός μπορεί να συμβάλλει ενεργά στον περιορισμό της αλόγιστης χρήσης αντιβιώσεων, αποφεύγοντας την χορήγηση αντιβιοτικών χωρίς συνταγή και παραπέμποντας τον ασθενή στον θεράποντα ιατρό.

Συμπτωματική αντιμετώπιση του κρυολογήματος

Βιβλιογραφικές Αναφορές: ^{38,39,40,41,42}

ΡΙΝΙΚΗ ΣΥΜΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΡΟΗ

► Πλύσεις με φυσιολογικό ορό

- ▶ Εφύγραση (ζεστό λουτρό)
- ▶ Ευδάτωση (αύξηση κατανάλωσης υγρών)
- ▶ Ρινικό αποσυμφορητικό (οξυμεταζολίνη, ξυλομεταζολίνη). Η χρήση τους θα πρέπει να περιορίζεται στις 3 - 5 ημέρες, ώστε να αποφευχθούν περιστατικά φαρμακευτικής ρινίτιδας.

Εναλλακτικά, αποσυμφορητικό από το στόμα (ψευδοεφεδρίνη) μετά σχετική σύσταση του ιατρού, δεδομένου ότι για την χορήγηση ψευδοεφεδρίνης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανή συνύπαρξη άλλων παθήσεων (θυρεοειδούς, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, υπερπλασία του προστάτη). Η χρήση της ψευδοεφεδρίνης θα πρέπει να αποφεύγεται κατά τις βραδινές ώρες, λόγω υπερδιέγερσης του ΚΝΣ.

Η χορήγηση αντιισταμινικού 1ης γενιάς (όπως η κλωροφαιριρίνη) αντίθετα γίνεται το βράδυ, λόγω της υπναγωγού δράσης του.

ΜΥΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

- ▶ Ζεστά λουτρά
- ▶ Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη (παρακεταμόλη – ΜΣΑΦ) με περιορισμούς σε περιπτώσεις συνύπαρξης νοσημάτων (γκήπατος, νεφρών, υπέρτασης) με βάση τις ιατρικές οδηγίες.

ΠΥΡΕΤΟΣ

- ▶ Αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη (με βάση τις ιατρικές οδηγίες)
- ▶ Παρακεταμόλη 3,2 gr / ημέρα
- ▶ Ιβουπροφαίνη 1.2 gr / ημέρα

ΦΑΡΥΓΓΑΛΓΙΑ

- ▶ Γαργάρες με φυσιολογικό ορό (4-6 φορές την ημέρα)
- ▶ Παστίλιες, γαργάρες ή τοπικά σπρέι με αντισηπτικό και αναισθητικό (λιδοκαΐνη)

ΒΗΧΑΣ

- ▶ Βλεννολυτικά – αποχρεμπτικά (αμβροξόλη, βρωμεξίνη, ακετυλοκυστεΐνη)
- ▶ Αντιβηχικά σιρόπια δεν ενδείκνυνται (βουταμιράτη, λεβοδροπροπιζίνη), διότι μπορεί να συμβάλλουν στη συσσώρευση βλέννης στους πνεύμονες και να οδηγήσουν σε επιπλοκές (πνευμονία). Η χρήση τους θα πρέπει να περιορίζεται μόνο για την ανακούφιση του βήχα που δεν επιτρέπει στον ασθενή να κοιμηθεί τη νύχτα.
- ▶ Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί σε περιστατικά που αρχικά παρουσιάζουν μη παραγωγικό βήχα, ο οποίος μετατρέπεται σε παραγωγικό με πυκνότερες εκκρίσεις μετά από μερικές ημέρες.

Έντυπο υλικό

Η χρήση έντυπου υλικού μπορεί να έχει σημαντικό όφελος στην

ενημέρωση του ασθενή, κάτι που επιβεβαιώνεται και μέσα από μελέτες⁴³. Τα ενημερωτικά φυλλάδια μπορεί να βοηθήσουν στην κατανόηση των λόγων για τους οποίους θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση αντιβίωσης. Επίσης, με αυτόν τον τρόπο παρέχεται ενημέρωση γύρω από τους τρόπους καταπράυνσης των συμπτωμάτων πέραν της φαρμακευτικής αγωγής (ζεστό λουτρό, αφεψήματα, ανάπαυση) και την ανάγκη προσφυγής στον θεράποντα ιατρό αναλόγως.

Χρήση παραφαρμακευτικών, φυτικών-φυσικών σκευασμάτων

Η χρήση παραφαρμακευτικών σκευασμάτων στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του κρυολογήματος δεν τεκμηριώνεται μέσα από κλινικές μελέτες. Βιβλιογραφικά, τα περισσότερα συγκριτικά δεδομένα αφορούν στο όφελος από το μέλι και τον ψευδάργυρο⁴⁴. Οι λιγοστές διαθέσιμες μελέτες για συστατικά όπως η πρόπολη, η Echinacea και η βιταμίνη C δίνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Για αυτόν τον λόγο η χρήση τους είναι εμπειρική και δεν συνιστάται σε καμία από τις οδηγίες των διεθνών οργανισμών⁴⁵. Ως εκ τούτου, η χορήγηση παραφαρμακευτικών σκευασμάτων, όταν γίνεται, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη ειδικές επιφυλάξεις όσον αφορά την χρήση συγκεκριμένων ουσιών σε συγκεκριμένους ασθενείς, ιδίως σε παρατεταμένη χορήγησή τους. Επίσης, η χορήγηση παραφαρμακευτικών σκευασμάτων σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να καθυστερεί την προσφυγή στον ιατρό και την λήψη φαρμακευτικής αγωγής ανάλογα με την συμπτωματολογία του ασθενούς.

Ο ρόλος του φαρμακοποιού

Η πλειοψηφία των ασθενών αντιμετωπίζει την λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού χωρίς να επισκεφθεί κάποιον ιατρό. Πολλές φορές ο ασθενής επιλέγει να χρησιμοποιήσει κάποια φαρμακευτικά ή/και φυτικά σκευάσματα με βάση την προηγούμενη εμπειρία του, ή συστάσεις του περιβάλλοντός του, ενώ πολλές φορές προσφεύγει και στην άποψη-σύσταση του φαρμακοποιού.

Ο φαρμακοποιός μπορεί να λειτουργήσει εν προκειμένω ως «κόμβος παραπομπής περιστατικών», καθοδηγώντας υπεύθυνα τους ασθενείς και επικοινωνώντας ενδεχομένως και με τον θεράποντα ιατρό τους. Ο φαρμακοποιός οφείλει να ενημερώσει τους προσερχομένους ασθενείς για την ανάγκη ιατρικής εκτίμησης ανάλογα και με την ύπαρξη συμπτωμάτων ήπιας, μέτριας ή μεγάλης έντασης, καθώς και για την σημασία της ύπαρξης παραγόντων που κατατάσσουν τον ασθενή σε κατηγορία υψηλού κινδύνου, με την ανάγκη άμεσης παραπομπής στον ιατρό.

Στα περιστατικά που παρουσιάζουν ήπιας έντασης συμπτωματολογία, σε συνδυασμό με την απουσία παραγόντων υψηλού κιν-

Πίνακας 1. Κριτήρια παραπομπής ασθενή προς ιατρική αξιολόγηση

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	
	Ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών
	Ασθενείς κυοφορούσες ή θηλάζουσες
	Ασθενείς με ειδικά νευρολογικά νοσήματα και αδυναμία συνεργασίας και επικοινωνίας του φαρμακοποιού με τον ασθενή (νοπτική υστέρηση, νόσος Αλτσχάιμερ, ψυχιατρικά νοσήματα, επικοινωνία μέσω τρίτου προσώπου)
	Ασθενείς που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή (AIDS, αυτοάνοσα νοσήματα, νεοπλασματικές παθήσεις, φαρμακευτική πχ κορτικοειδή και λοιπά ανοσοκατασταλτικά, χημειοθεραπεία)
	Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακές παθήσεις, πνευμονοπάθειες, πρόσφατη χειρουργική επέμβαση, πρόσφατο ταξίδι σε περιοχές με ενδημικά λοιμώδη νοσήματα
	Επιδημική εμφάνιση νοσημάτων σύμφωνα με ανακοινώσεις του ΚΕΕΛΠΝΟ (πχ γρίπη)
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Υψηλός ή/και παρατεταμένος πυρετός πιθανόν να υποδηλώνει σοβαρή πάθηση γενικότερα. Σε επίπεδο δε αναπνευστικού συστήματος να υποδηλώνει σοβαρότερη λοίμωξη με υψηλό ποσοστό επιπλοκών, είτε βακτηριακή είτε και ιογενή, όπως αυτή του ιού της γρίπης. Έξάλλου εκδηλώσεις από το αναπνευστικό (βήχας, δύσπνοια) μπορούν να συνοδεύουν και άλλες λοιμώξεις, όπως πχ μηνιγγίτιδα ή ενδοκαρδίτιδα.
	Υψηλός πυρετός συνοδευόμενος από οξεία κεφαλαλγία, ζάλη, φωτοφοβία, θόλωση/σύγχυση/υπνηλία, αυχενική δυσκαμψία και ναυτία πιθανόν να παραπέμπει σε λοίμωξη ΚΝΣ (πχ μηνιγγίτιδα).
	Υψηλός πυρετός με συμπτώματα προκάρδιας δυσφορίας, αισθήματος παλμών, καταβολής και ωχρότητας μπορεί να παραπέμπει σε ενδοκαρδίτιδα.
	Έντονος παροξυσμικός, παραγωγικός και μη βήχας που δημιουργεί αναπνευστικά προβλήματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται να γίνει αξιολόγηση από τον ιατρό ακόμη και αν δεν υπάρχει ιστορικό πνευμονοπάθειας (πχ οξεία βρογχίτιδα)
	Σοβαρό, εκτεταμένο ή εμμένον εξάνθημα συνοδευόμενο ή μη από γενικά συμπτώματα (πχ συμπτώματα από το αναπνευστικό, πυρετό, κεφαλαλγία) που μπορεί να υποκρύπτει συστηματική πάθηση ή αντίδραση.
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	Συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερες ημέρες. Επειδή οι κοινές ιώσεις ολοκληρώνουν τον κύκλο τους σε λίγες ημέρες ⁴⁰ , η παρουσία συμπτωμάτων για περισσότερες ημέρες χωρίς να υπάρχουν αισθητά σημεία βελτίωσης, υποδηλώνει είτε επιπλεγμένη ιογενή λοίμωξη, είτε την ύπαρξη βακτηριακής λοίμωξης (εξαρχής ή επιλοίμωξης), είτε κάποιας άλλης πάθησης και χρειάζεται αξιολόγηση από ιατρό, για την αποφυγή πιθανών επιπλοκών (πχ της εμπύρετης κυνάγχης που μπορεί να οφείλεται σε στρεπτόκοκκο και χρήζει αντιβιοτικής αγωγής για την αποφυγή των επιπλοκών όπως της μεταστρεπτοκοκκικής σπειραματονεφρίτιδας) ⁴⁶ .
	Συμπτώματα ρινικής καταρροής/συμφόρησης ή/και φαρυγγαλγίας που αρχικά παρουσιάζουν βελτίωση, αλλά επιδεινώνονται κατά την 5η – 6η ημέρα. Αυτό υποδηλώνει ότι αρχικά υπήρξε ιογενής λοίμωξη η οποία «κλείνει τον κύκλο της» (5-6 μέρες) και ότι για την υποτροπή των συμπτωμάτων ευθύνεται δευτεροπαθής βακτηριακή λοίμωξη (επιλοίμωξη-επιπλεγμένη ιογενής λοίμωξη) ⁴⁷ . Σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η επίσκεψη σε ιατρό για χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Η συχνότητα εμφάνισης αυτών των περιστατικών υπολογίζεται έως 2% ⁴⁸ .
	Οποιοδήποτε σύμπτωμα που δεν χαρακτηρίζει το κοινό κρουσολόγημα, το οποίο εκδηλώνεται με ήπια πυρετική κίνηση, βήχα, κεφαλαλγία, μυαλγίες, φαρυγγαλγία, ρινική καταρροή/συμφόρηση, πταρμό. Σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η επίσκεψη σε ιατρό, ώστε να αξιολογηθεί η πιθανότητα επιπλοκής (π.χ. δύσπνοια – οξεία βρογχίτιδα ή πνευμονία, ωταλγία – ωτίτιδα).
	Επίμονος βήχας συνοδευόμενος ή όχι από πυρετό ή δύσπνοια. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού (πνευμονία ή οξεία βρογχίτιδα) ⁴⁹ και χρειάζεται να αξιολογηθεί από ιατρό.
	Κυρίαρχο σύμπτωμα πονόλαιμος (φαρυγγαλγία), είτε μόνος του, είτε συνοδευόμενος από άλλα συμπτώματα (πχ πυρετός, κεφαλαλγία, αρθραλγίες). Υπολογίζεται ότι έως 15% των περιστατικών, όπου ο πονόλαιμος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα, είναι βακτηριακής αιτιολογίας (συνήθως Streptococcus pyogenes) ⁵⁰ . Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός μπορεί να αξιολογήσει τον ασθενή κατά την κλινική εξέταση και να χρησιμοποιήσει εμπειρικούς αλγόριθμους (κριτήρια Centor για φαρυγγίτιδα από στρεπτόκοκκο: πυώδες εξίδρωμα στις αμυγδαλές, ευαίσθητοι διογκωμένοι πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες, απουσία βήχα και ρινίτιδας, πυρετός >38°C) ²⁹ ώστε να προσδιορίσει την πιθανότητα βακτηριακής λοίμωξης και αντίστοιχα την ένδειξη χορήγησης αντιβίωσης.
	Η ανάγκη εξέτασης-εκτίμησης ή και εργαστηριακής διερεύνησης, αποτελεί αφ' εαυτής ένδειξη άμεσης παραπομπής στον ιατρό.

δύνου, ο φαρμακοποιός μπορεί να συστήσει, σε συνεννόηση και με τον θεράποντα ιατρό, κάποιο ή κάποια από τα διαθέσιμα Μη Υποχρεωτικώς Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (Μ.Υ.Σ.Υ.ΦΑ.), αλλά και φυτικά – φυσικά σκευάσματα για τη συμπτωματική ανακούφιση του ασθενούς.

Παραπομπή του ασθενούς σε ιατρό σύμφωνα με τα διεθνή επιστημονικά δεδομένα

Τα κριτήρια παραπομπής του ασθενή προς ιατρική αξιολόγηση, συνοψίζονται στον ΠΙΝΑΚΑ 1 και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- ▶ Ασθενείς υψηλής επικινδυνότητας
- ▶ Ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτώματα έντονης ασθένειας ή/και επιπλοκής
- ▶ Ασθενείς στους οποίους η έκβαση της λοίμωξης δεν ακολουθεί την επιθυμητή εξέλιξη

Παράγοντες υψηλού κινδύνου επιπλοκών

- ▶ Ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών
- ▶ Ασθενείς κυοφορούσες ή θηλάζουσες
- ▶ Ασθενείς με ειδικά νευρολογικά νοσήματα και αδυναμία συνεργασίας και επικοινωνίας του φαρμακοποιού με τον ασθενή (νοτική υστέρηση, νόσος Άλτσχάιμερ, ψυχιατρικά νοσήματα, επικοινωνία μέσω τρίτου προσώπου)
- ▶ Ασθενείς που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή (AIDS, αυτοάνοσα νοσήματα, νεοπλασματικές παθήσεις, φαρμακευτική πχ κορτικοειδή και λοιπά ανοσοκατασταλτικά, χημειοθεραπεία)
- ▶ Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακές παθήσεις, πνευμονοπάθειες, πρόσφατη χειρουργική επέμβαση, πρόσφατο ταξίδι σε περιοχές με ενδημικά λοιμώδη νοσήματα
- ▶ Επιδημική εμφάνιση νοσημάτων σύμφωνα με ανακοινώσεις του ΚΕΕΛΠΝΟ (πχ γρίπη)

Αυτές οι περιπτώσεις παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά επιπλοκών και η επίσκεψη του ασθενούς σε ιατρό είναι η μόνη επιστημονικά αποδεκτή επιλογή. Γι' αυτό και η σύσταση του φαρμακοποιού προς τον ασθενή θα πρέπει να είναι αποκλειστικά αυτή, αφού η χορήγηση οποιασδήποτε συμπτωματικής αγωγής με Μ.Υ.Σ.Υ.ΦΑ. ή παραφαρμακευτικά σκευάσματα ενδέχεται να καθυστερήσει τη διάγνωση και την αιτιολογική θεραπεία με απρόβλεπτες συνέπειες για τον ασθενή, δεδομένου ότι η καταπολέμηση των συμπτωμάτων μπορεί μεν να ανακουφίζει τον ασθενή, αλλά ενέχει τον κίνδυνο της κάλυψης μιας επικίνδυνης κλινικής εικόνας, καθώς και την καθυστέρηση της ειδικής θεραπείας, με καταστροφικά αποτελέσματα.

Κατηγοριοποίηση συμπτωμάτων

Στο πλαίσιο του σύντομου ιστορικού που δίνει ο ασθενής - ή άνθρωπος του περιβάλλοντός του - στον φαρμακοποιό είναι εφικτή

η αδρά μόνο αξιολόγηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων. Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει ένα ή και περισσότερα συμπτώματα. Άμεσα παραπέμπεται για ιατρική εξέταση εάν οποιοδήποτε σύμπτωμα είναι δύσπνοια, οπότε η άμεση επίσκεψη στον ιατρό έχει σημαντικό όφελος για τον ασθενή, όπως για παράδειγμα:

- ▶ Υψηλός ή/και παρατεταμένος πυρετός πιθανόν να υποδηλώνει σοβαρή πάθηση γενικότερα. Σε επίπεδο δε αναπνευστικού συστήματος να υποδηλώνει σοβαρότερη λοίμωξη με υψηλό ποσοστό επιπλοκών, είτε βακτηριακή είτε και ιογενή, όπως αυτή του ιού της γρίπης. Έξάλλου εκδηλώσεις από το αναπνευστικό (βήχας, δύσπνοια) μπορούν να συνοδεύουν και άλλες λοιμώξεις, όπως πχ μηνιγγίτιδα ή ενδοκαρδίτιδα.
- ▶ Υψηλός πυρετός συνοδευόμενος από οξεία κεφαλαλγία, ζάλη, φωτοφοβία, θόλωση/σύγχυση/υπνηλία, αυχενική δυσκαμψία και ναυτία πιθανόν να παραπέμπει σε λοίμωξη ΚΝΣ (πχ μηνιγγίτιδα).
- ▶ Υψηλός πυρετός με συμπτώματα προκάρδιας δυσφορίας, αισθήματος παλμών, καταβολής και ωχρότητας μπορεί να παραπέμπει σε ενδοκαρδίτιδα.
- ▶ Έντονος παροξυσμικός, παραγωγικός και μη βήχας που δημιουργεί αναπνευστικά προβλήματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται να γίνει αξιολόγηση από τον ιατρό ακόμη και αν δεν υπάρχει ιστορικό πνευμονοπάθειας (πχ οξεία βρογχίτιδα)
- ▶ Σοβαρό, εκτεταμένο ή εμμένον εξάνθημα συνοδευόμενο ή μη από γενικά συμπτώματα (πχ συμπτώματα από το αναπνευστικό, πυρετό, κεφαλαλγία) που μπορεί να υποκρύπτει συστηματική πάθηση ή αντίδραση.

Επικοινωνία με τον ασθενή Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της αγωγής

Ο φαρμακοποιός μπορεί να αξιολογήσει αδρά μόνο την πορεία της συμπτωματικής αγωγής σε επίπεδο αποτελεσματικότητας αλλά και εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών. Για την πιο αποτελεσματική παρακολούθηση του ασθενούς συστήνεται ο φαρμακοποιός να επιδιώκει/συστήνει την εκ νέου επικοινωνία με τον ασθενή και ανάλογα με τη βελτίωση ή την επιδείνωση των συμπτωμάτων ή την εμφάνιση νέων, την εκ νέου παραπομπή στον ιατρό.

Πολλές διεθνείς επιστημονικές οδηγίες συστήνουν την «αναμονή υπό παρακολούθηση» (watchful waiting) (36, 37) πριν τη χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, για την οποία ο ασθενής θα πρέπει να παραπέμπεται στον ιατρό. Ωστόσο και ο χρόνος αναμονής εξαρτάται από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη γενική κατάσταση/τυχόν συννοσηρότητες του ασθενούς. Επίσης η μη εξαρχής χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής δεν σημαίνει ότι δεν απαιτείται εξαρχής χορήγηση αντιβιοτικής ή άλλης αγωγής πχ σε πε-

ρίπτωση γρίπης ή άλλης ειδικής ιογενούς λοίμωξης, όπως αυτή της λοιμώδους μονοκυρήνωσης, που παρουσιάζεται συχνά με επώδυνους τραχηλικούς λεμφαδένες, υψηλό/παρατεταμένο πυρετό, πονόλαιμο, δυσκαταποσία, αλλά και με επιπλοκές (νευρολογικές, απόφραξη αεραγωγών, ηπατίτιδα, θρομβοπενία, αιμόλυση) που δυνάτον να απαιτούν θεραπεία με χορήγηση κορτικοειδών. Ασφαλώς, η απόφαση αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται από τον θεράποντα ιατρό με βάση τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, καθότι οφείλει να είναι και ακριβής και όσο το δυνατόν λιγότερο τοξική.

Στον χώρο του φαρμακείου τα παραπάνω θα μπορούσαν να μεταφραστούν σε άμεση παραπομπή σε ιατρό, ενώ θα μπορούσε να συστηθεί και αναμονή υπό παρακολούθηση, ανάλογα με τα συμπτώματα που ο ασθενής παρουσιάζει αλλά και την εξέλιξή τους:

- ▶ Συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερες ημέρες. Επειδή οι κοινές ιώσεις ολοκληρώνουν τον κύκλο τους σε λίγες ημέρες (40), η παρουσία συμπτωμάτων για περισσότερες ημέρες χωρίς να υπάρχουν αισθητά σημεία βελτίωσης, υποδηλώνει είτε επιπλεγμένη ιογενή λοίμωξη, είτε την ύπαρξη βακτηριακής λοίμωξης (εξαρκής ή επιλοίμωξης), είτε κάποιας άλλης πάθησης και χρειάζεται αξιολόγηση από ιατρό, για την αποφυγή πιθανών επιπλοκών (π.χ της εμπύρετης κυνάγχης που μπορεί να οφείλεται σε στρεπτόκοκκο και χρήζει αντιβιοτικής αγωγής για την αποφυγή των επιπλοκών όπως της μεταστρεπτοκοκκικής σπειραματονεφρίτιδας) (46).
- ▶ Συμπτώματα ρινικής καταρροής/συμφόρησης ή/και φαρυγγαλγίας που αρχικά παρουσιάζουν βελτίωση, αλλά επιδεινώνονται κατά την 5η – 6η ημέρα. Αυτό υποδηλώνει ότι αρχικά υπήρξε ιογενής λοίμωξη η οποία «κλείνει τον κύκλο της» (5-6 μέρες) και ότι για την υποτροπή των συμπτωμάτων ευθύνεται δευτεροπαθής βακτηριακή λοίμωξη (επιλοίμωξη-επιπλεγμένη ιογενής λοίμωξη) (47). Σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η επίσκεψη σε ιατρό για χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής. Η συχνότητα εμφάνισης αυτών των περιστατικών υπολογίζεται έως 2% (48).
- ▶ Οποιοδήποτε σύμπτωμα που δεν χαρακτηρίζει το κοινό κρυολόγημα, το οποίο εκδηλώνεται με ήπια πυρετική κίνηση, βήχα, κεφαλαλγία, μυαλγίες, φαρυγγαλγία, ρινική καταρροή/συμφόρηση, πταρμό. Σε αυτές τις περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η επίσκεψη σε ιατρό, ώστε να αξιολογηθεί η πιθανότητα επιπλοκής (π.χ. δύσπνοια – οξεία βρογχίτιδα ή πνευμονία, ωταλγία – ωτίτιδα).
- ▶ Επίμονος βήχας συνοδευόμενος ή όχι από πυρετό ή δύσπνοια. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού (πνευμονία ή οξεία βρογχίτιδα) (49) και χρειάζεται να αξιολογηθεί από ιατρό.

▶ Κυρίαρχο σύμπτωμα πονόλαιμος (φαρυγγαλγία), είτε μόνος του, είτε συνοδευόμενος από άλλα συμπτώματα (π.χ πυρετός, κεφαλαλγία, αρθραλγίες). Υπολογίζεται ότι έως 15% των περιστατικών, όπου ο πονόλαιμος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα, είναι βακτηριακής αιτιολογίας (συνήθως *Streptococcus pyogenes*) (50). Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός μπορεί να αξιολογήσει τον ασθενή κατά την κλινική εξέταση και να χρησιμοποιήσει εμπειρικούς αλγόριθμους (κριτήρια Centor για φαρυγγίτιδα από στρεπτόκοκκο: πυώδες εξίδρωμα στις αμυγδαλές, ευαίσθητοι διογκωμένοι πρόσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες, απουσία βήχα και ρινίτιδας, πυρετός >38°C) (29) ώστε να προσδιορίσει την πιθανότητα βακτηριακής λοίμωξης και αντίστοιχα την ένδειξη χορήγησης αντιβίωσης.

▶ Η ανάγκη εξέτασης-εκτίμησης ή και εργαστηριακής διερεύνησης, αποτελεί αφ' εαυτής ένδειξη άμεσης παραπομπής στον ιατρό.

Συμπεράσματα

Οι περισσότερες ιογενείς λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν συμπτωματικά, χωρίς να είναι πάντα απαραίτητη η χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής, σε αντίθεση με τις βακτηριακές, όπου η επίσκεψη στον ιατρό και η έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας έχει ξεκάθαρη θέση. Ο ρόλος του φαρμακοποιού σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Ο φαρμακοποιός οφείλει να είναι καταρτισμένος, ώστε να αναγνωρίσει τις κατηγορίες ασθενών υψηλού κινδύνου, αλλά και τα συμπτώματα που υποδηλώνουν επιπλοκές ή κίνδυνο επιπλοκών. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να γίνεται άμεση σύσταση για επίσκεψη στον θεράποντα ιατρό.

Επίσης, ο φαρμακοποιός μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο τόσο στην ενημέρωση του κοινού σχετικά με την αλόγιστη χρήση αντιβίωσης, όσο και στην παρότρυνσή του για εμβολιασμό (αντιγριπικό, έναντι του πνευμονιόκοκκου ή και άλλων με βάση τις ετήσιες οδηγίες του ΚΕΕΛΠΝΟ). Η χρήση έντυπου υλικού σε αυτήν την προσπάθεια είναι δυνατόν να αποτελέσει ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο.

Τέλος, η σύσταση Μ.Υ.Σ.Φ.Α. φαρμακευτικών και παραφαρμακευτικών σκευασμάτων για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων μπορεί να γίνει υπό την καθοδήγηση του φαρμακοποιού μετά σχετική σύσταση του θεράποντος ιατρού, λαμβανομένης υπόψη της ιδιαιτερότητας του κάθε ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται η σωστή επιλογή σκευάσματος για τον ασθενή, μεγιστοποιώντας το αποτέλεσμα και περιορίζοντας την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών.

Βιβλιογραφία

1. Fleming DM, Smith GE, Charlton JR, Charlton J, Nicoll A. Impact

- of infections on primary care – greater than expected. *Commun Dis Public Health* 2002; 5: 7–12
2. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A, for the High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Ann Intern Med*. doi:10.7326/M15-1840.
 3. Viruses and bacteria in the etiology of the common cold. Mäkelä MJ, Puhakka T, Ruuskanen O, Leinonen M, Saikku P, Kimpimäki M, Blomqvist S, Hyypiä T, Arstila P *J Clin Microbiol*. 1998 Feb; 36(2):539-42.
 4. Kutter JS, Spronken MI, Fraaij PL, Fouchier RAM, Herfst S. Transmission routes of respiratory viruses among humans. *Current Opinion in Virology* 2018, 28:142–151
 5. Graham Worrall G. Common cold. *Can Fam Physician*. 2011 Nov; 57(11): 1289–1290.
 6. Lieberthal AS et al. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *PEDIATRICS* Volume 131, Number 3, March 2013.
 7. Mandell LA et al. Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clinical Infectious Diseases* 2007; 44:S27–72.
 8. Rosenfeld RM et al. Clinical Practice Guideline (Update): Adult Sinusitis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 2015, Vol. 152(2S) S1–S39.
 9. Killingley B, Nguyen-Van-Tam J. Routes of influenza transmission. *Influenza Other Respir Viruses*. 2013 Sep;7 Suppl 2:42–51. doi: 10.1111/irv.12080.
 10. Ghebrehewet S, MacPherson P, Ho A. Influenza. *BMJ*. 2016; 355: i6258.
 11. Rothberg MB, Haessler SD, Brown RB. Complications of viral influenza. *Am J Med*. 2008 Apr;121(4):258–64.
 12. Aoki FY, Macleod MD, Paggiaro P et al. Early administration of oral oseltamivir increases the benefits of influenza treatment. *J Antimicrob Chemother* 2003; 51:123–9.
 13. BWP Ad hoc Influenza Working Group. Amended EU recommendations for the seasonal influenza vaccine composition for the season 2019/2020. EMA/CHMP/BWP/215213/2019
 14. Brook I. Microbiology of sinusitis. *Proc Am Thorac Soc*. 2011 Mar;8(1):90-100.
 15. Jørgensen LC, Christensen SF, Currea GC, Llor C, Bjerrum L. Antibiotic prescribing in patients with acute rhinosinusitis is not in agreement with European recommendations. *Scand J Prim Health Care*. 2013 Jun; 31(2): 101–105.
 16. Tasnee Chonmaitree T et al. Acute Otitis Media and Other Complications of Viral Respiratory Infection. *Pediatrics*. 2016 Apr; 137(4): e20153555.
 17. Massa HM, Cripps AW, Lehmann D. Otitis media: viruses, bacteria, biofilms and vaccines. *Med J Aust* 2009; 191 (9): S44.
 18. Hildreth, AF; Takhar, S; Clark, MA; Hatten, B (September 2015). "Evidence-Based Evaluation And Management Of Patients With Pharyngitis In The Emergency Department". *Emergency Medicine Practice*. 17 (9): 1–16.
 19. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T. Guideline for the management of acute sore throat. ESCMID Sore Throat Guideline Group. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18 (Suppl. 1): 1–27.
 20. DeGaulle I, Chigbu DI, Labib BA. Pathogenesis and management of adenoviral keratoconjunctivitis. *Infect Drug Resist*. 2018; 11: 981–993.
 21. Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA*. 2000;284(22):2912-2918.
 22. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 11.
 23. Wood JM, Athanasiadis T, Allen J. (9 October 2014). "Laryngitis". *BMJ*. The BMJ. 349: g5827.
 24. Reveiz, L; Cardona, AF (23 May 2015). "Antibiotics for acute laryngitis in adults". *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5 (5): CD004783.
 25. Richards, AM (February 2016). "Pediatric Respiratory Emergencies". *Emergency Medicine Clinics of North America*. 34 (1): 77–96.
 26. Westerhuis, B; Bietz, MG; Lindemann, J (August 2013). "Acute epiglottitis in adults: an under-recognized and life-threatening condition". *South Dakota Medicine : The Journal of the South Dakota State Medical Association*. 66 (8): 309–11, 313.
 27. Zoorob, R; Sidani, MA; Fremont, RD; Kihlberg, C (1 November 2012). "Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections". *American Family Physician*. 86 (9): 817–22.
 28. McVernon J, Slack MPE, Ramsay ME. Changes in the epidemiology of epiglottitis following introduction of Haemophilus influenzae type b (Hib) conjugate vaccines in England: a comparison of two data sources. *Epidemiol Infect*. 2006 Jun; 134(3): 570–572.
 29. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1(3):239-46.
 30. Altiner A et al. Sputum colour for diagnosis of a bacterial infection in patients with acute cough. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27(2): 70–73.
 31. Gill JM, Fleischut P, Haas S, Pellini B, Crawford A, Nash DB. Use of antibiotics for adult upper respiratory infections in outpatient settings: a national ambulatory network study. *Fam Med* 2006; 38:349–54.
 32. Young J, De Sutter A, Merenstein D, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008; 371:908–14.
 33. Shehab N, et al. "Emergency department visits for antibiotic-associated adverse events." *Clinical Infectious Diseases* 2008; 47:735-43.

34. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010;340:c2096.
35. Anon JB. Upper respiratory infections. *Am J Med* 2010; 123:S16–25.
36. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 137:S1–31.
37. Fiore AE, Shay DK, Broder K, et al. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. *MMWR Recomm Rep* 2008; 57(RR-7):1–60.
38. Fashner J, Ericson K, Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician*. 2012;86:153-159.
39. Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*.2004;(2):CD001728.
40. Heikkinen T, Jarvinen A. The common cold. *Lancet*. 2003;361:51-59.
41. Arroll B. Non-antibiotic treatments for upper-respiratory tract infections (common cold). *Respir Med*. 2005;99:1477-1484.
42. Bartok V. The Common Cold: Treatment Algorithms
43. Eefje G P M de Bont, Marleen Alink, Famke C J Falkenberg, Geert-Jan Dinant, Jochen W L Cals. Patient information leaflets to reduce antibiotic use and reconsultation rates in general practice: a systematic review. *BMJ Open* 2015;5:e007612. doi:10.1136/bmjopen-2015007612
44. Malesker MA, Callahan-Lyon P, Ireland B, Irwin RS; CHEST Expert Cough Panel. Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatment for Acute Cough Associated With the Common Cold: CHEST Expert Panel Report. *Chest*. 2017 Nov;152(5):1021-1037. doi: 10.1016/j.chest.2017.08.009. Epub 2017 Aug 22.
45. Simasek M, Blandino DA. Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician* 2007;75:515-20, 522. O'Brien KL, Dowell SF, Schwartz B, et al. Acute sinusitis principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998;101:174-177.
46. Rodriguez-Iturbe B, Musser JM. The Current State of Poststreptococcal Glomerulonephritis. *JASN* October 2008, 19 (10) 1855-1864.
47. Morris DE, Cleary DW, Clarke SC. Secondary Bacterial Infections Associated with Influenza Pandemics. *Front Microbiol*. 2017; 8: 1041.
48. Hickner JM, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hoffman JR, Sande MA; American Academy of Family Physicians. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: background. *Ann Intern Med*. 2001;134:498-505.
49. Hoare Z, Lim WS (May 2006). "Pneumonia: update on diagnosis and management" (PDF). *BMJ*. 332 (7549): 1077–79.
50. Bisno AL (January 2001). "Acute pharyngitis". *The New England Journal of Medicine*. 344 (3): 205–11.