

Pismo Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego
Journal of the Polish Pediatric Society

4 / 2025
REPRINT

Przegląd Pediatryczny

PEDIATRIC
REVIEW

eISSN 2083-5752
ISSN 0137-723X
kwartalnik/quarterly
Nr/No. 4/2025
tom/volume 54
MEiN **20 pkt**

Teresa Jackowska, Katarzyna Plata-Nazar, Adam Sybilski

PRZEZIĘBIENIE U DZIECI – POSTĘPOWANIE

Colds in children – proceeding

Przegląd Pediatryczny Vol. 54/No. 4



WYDAWNICTWO
CZELEJ

nasic[®]

Szybko hamuje katar i regeneruje^{1,2}

Podwójne działanie:



Ksylometazolina
udrażnia



Deksopantenol
regeneruje

❖ Rozpoczynają działanie już po 5-10 minutach^{1,2}

❖ Synergia działania ksylometazoliny z deksopantenolem^{3,4}

❖ Przyspiesza gojenie się ran i wspierają proces regeneracji błon śluzowych^{1,2,4}

❖ Delikatna mgiełka umożliwia komfortowe rozpylanie na błonę śluzową nosa

OD **6**
ROKU ŻYCIA

OD **2**
ROKU ŻYCIA



Produkt leczniczy nasic[®] i nasic[®] kids można stosować do 7 dni.

1. ChPL – nasic[®]. 2. ChPL – nasic[®] kids.

3. Mösges R i wsp. Dexpanthenol: An Overview of its Contribution to Symptom Relief in Acute Rhinitis Treated with Decongestant Nasal Sprays. Adv Ther 2017; 34 (8): 1850–1858.

4. Kehl W i wsp. Fortschritt in der Therapie der akuten Rhinitis. Vergleich der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Xylometazolin mit der Kombination von Xylometazolin-Dexpanthenol bei Patienten mit akuter Rhinitis. Laryngorhinotologie. 2003 Apr; 82 (4): 266–71.

Dowiedz się
więcej (SIL)



PRZEZIĘBIENIE U DZIECI – POSTĘPOWANIE

COLDS IN CHILDREN – PROCEEDING

Teresa Jackowska¹, Katarzyna Plata-Nazar², Adam Sybilski^{3,4}

¹ Klinika Pediatrii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

² Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

³ Klinika Pediatrii i Alergologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA, Warszawa

⁴ II Klinika Pediatrii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

STRESZCZENIE

Przeziębienie u dzieci jest zjawiskiem powszechnym. Dzieci poniżej 6. r.ż. chorują na kilka infekcji wirusowych rocznie. Rolą lekarza pediatry jest rozpoznanie, właściwe leczenie oraz edukacja rodziców, której głównym celem jest poinformowanie o braku konieczności stosowania antybiotyków. Rodzice powinni otrzymać wytyczne, jak postępować z dzieckiem w przypadku przeziębienia.

W pracy omówiono etiologię i patofizjologię przeziębienia, leczenie przeciwgorączkowe, wspomagające, wykrztuśne i mukolityczne oraz postępowanie przy bólu gardła. Zwrócono uwagę na rolę preparatów pochodzenia roślinnego o działaniu wykrztuśnym, jakim jest 1,8-cyneol (eukaliptol), naturalny monoterpren z olejku eukaliptusowego, o udokumentowanym działaniu w infekcjach dróg oddechowych. Cyneol wykazuje właściwości mukoaktywne: zwiększa ruch rzęsek nabłonka oddechowego i przyspiesza klirens śluzowo-rzęskowy, dzięki czemu łatwiejsze jest usuwanie zalegającej wydzieliny. Cyneol ma działanie przeciwzapalne w drogach oddechowych oraz przeciwbakteryjne i przeciwwirusowe. Zarówno Europejskie Stanowisko w sprawie Zapalenia Zatok Przynosowych i Polipów Nosa (EPOS 2020), jak i stanowisko Polskiego Towarzystwa Fitoterapii wskazują, że niektóre preparaty roślinne mogą stanowić cenne uzupełnienie leczenia przeziębienia. Leki ziołowe dzięki całemu spektrum aktywności biologicznej skracają czas trwania choroby i ograniczają rozwój infekcji bakteryjnej jako powikłania zakażenia wirusowego.

W przypadkach kataru zalecamy płukanie nosa roztworem soli. Jeśli jednak nie przynosi to wystarczającej ulgi, pomocne może być krótkotrwałe zastosowanie kropli lub aerozolu obkurczających naczynia błony śluzowej. Celem jest zmniejszenie przekrwienia i obrzęku, a tym samym szybka poprawa drożności nosa oraz ograniczenie wodnistego wycieku z nosa. Najczęściej stosowane substancje to ksylometazolina, oksymetazolina oraz rzadziej nafazolina. Są one dostępne bez recepty w różnych stężeniach, dostosowanych do wieku dziecka. Czas działania pojedynczej dawki wynosi zwykle 6-12 godzin, dzięki czemu lek przynosi dziecku ulgę również podczas snu. Należy zachować ostrożność i przestrzegać zaleceń dotyczących dawkowania oraz czasu terapii.

Do stosowania miejscowego w jamie ustnej i gardle zalecana jest benzydamina, będąca niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym, która dzięki właściwościom miejscowo znieczulającym szybko łagodzi ból i pieczenie gardła.

Nie istnieje skuteczna terapia przyczynowa przeziębienia. Podstawą postępowania jest leczenie objawowe. Jego głównymi celami są łagodzenie dokuczliwych objawów, poprawa

Cytować ten artykuł jako: Jackowska T., Plata-Nazar K., Sybilski A.: Przeziębienie u dzieci – postępowanie. Przegl Pediatr 2025; 54 (4): 48-54.
Cite this article as: 48-54.

komfortu chorego dziecka oraz zapobieganie powikłaniom przez utrzymanie drożności dróg oddechowych i prawidłowego nawodnienia.

Słowa kluczowe: przeziębienie, 1,8-cyneol, benzydamina, ksylometazolina

ABSTRACT

Colds are a common occurrence in children. Children under the age of six suffer from several viral infections each year. Paediatricians diagnose and provide appropriate treatment for these infections and educate parents that antibiotics are not necessary. Parents should be provided with guidelines for caring for their child if they have a cold.

This paper discusses the aetiology and pathophysiology of the common cold, as well as antipyretic, supportive, expectorant, and mucolytic treatments, and the management of sore throats. The paper highlights the role of herbal preparations containing expectorant herbs, such as 1,8-cineole (eucalyptol), a natural monoterpene found in eucalyptus oil, which is effective in treating respiratory tract infections. Cineol has mucoactive properties, increasing ciliary motility in the respiratory epithelium and accelerating mucociliary clearance. This facilitates the removal of retained secretions. Cineol also exhibits anti-inflammatory, antibacterial, and antiviral properties. Both the European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS 2020) guidelines and the Polish Society of Phytotherapy's position indicate that specific herbal preparations can effectively supplement the treatment of colds. Due to their broad spectrum of biological activity, herbal medicines can shorten the duration of the disease and limit the development of bacterial infections as complications of viral infections.

We recommend rinsing the nose with salt water for a runny nose. However, if this does not provide sufficient relief, the short-term use of vasoconstrictive drops or sprays may help to reduce congestion and swelling of the mucous membrane. This reduces congestion and swelling, rapidly improving nasal patency and reducing watery nasal discharge. The most commonly used substances are xylometazoline and oxymetazoline; naphazoline is used less commonly. These are available without a prescription in various concentrations tailored to the child's age. A single dose typically lasts 6 to 12 hours, providing relief for the child during sleep. Caution should be exercised, and the recommended dosages and therapy durations should be followed.

Benzydamine, a non-steroidal anti-inflammatory drug, is recommended for topical use in the mouth and throat. Thanks to its local anaesthetic properties, it quickly relieves pain and sore throats.

There is no effective causal treatment for the common cold. The basis of treatment is symptomatic therapy. The main goals are to relieve distressing symptoms, improve the comfort of the sick child, and prevent complications by maintaining airway patency and ensuring adequate hydration.

Key words: cold, 1,8-cineole, benzydamine, xylometazoline

WSTĘP

Przeziębienie, czyli ostre zapalenie błony śluzowej nosa i gardła, jest najczęstszą chorobą zakaźną wieku dziecięcego. U dzieci poniżej 6. r.ż. występuje średnio od 6 do 8 epizodów przeziębienia rocznie, a u starszych dzieci od 4 do 6 epizodów [1, 2]. Szczyt zachorowań przypada na miesiące jesienno-zimowe, co wiąże się m.in. z rozpoczęciem sezonu żłobkowego, przedszkolnego i szkolnego oraz większą przeżywalnością wirusów w chłodnym, wilgotnym środowisku. Do czynników sprzyjających częstym infekcjom należą kontakt z rówieśnikami, obecność starszego rodzeństwa, duża liczba domowników, ekspozycja

na dym tytoniowy oraz obniżona odporność organizmu. Mimo że przeziębienie ma etiologię wirusową i zazwyczaj przebiega łagodnie, to jest głównym powodem wizyt u pediatrów oraz absencji w żłobku, przedszkolu i szkole. Niestety nadużywanie antybiotyków w leczeniu przeziębień pozostaje istotnym problemem klinicznym. Szacuje się, że około jednej trzeciej wizyt z powodu niepowikłanego przeziębienia kończy się niesłusznie wystawieniem recepty na antybiotyk [3, 4]. Takie postępowanie niesie za sobą ryzyko działań niepożądanych, narastania lekooporności bakterii, bez żadnych korzyści dla pacjentów [5]. W konsekwencji obserwuje się istotne obciążenie społeczno-ekonomiczne związane z kosztami

Tabela I. Fazy przeziębienia [8]**Table I.** Phases of a cold [8]

Faza infekcji	Czas trwania	Główne objawy
Faza naczyniowa (obrzękowo-wysiękowa)	3-5 dni	■ ból gardła, ■ wodnisty katar, ■ suchy kaszel
Faza komórkowa	2-3 dni	■ gęsta, zabarwiona wydzielina z nosa, ■ produktywny kaszel
Faza destrukcyjna	2-5 dni	■ gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia, ■ nasilenie się objawów lub powrót do zdrowia

zbędnej antybiotykoterapii i powikłań. Racjonalny stosunek do leczenia przeziębienia u dzieci, zgodny z aktualnymi wytycznymi, polega przede wszystkim na edukacji przez informowanie, że jest to choroba samoograniczająca się o etiologii wirusowej, wymagająca głównie leczenia objawowego i unikania antybiotykoterapii. W większości przypadków leczenie nie skraca choroby, lecz ogranicza dyskomfort związany z objawami.

ETIOLOGIA I PATOFIZJOLOGIA PRZEZIĘBIENIA

Wirusy są przyczyną zdecydowanej większości (> 90%) zakażeń górnych dróg oddechowych u dzieci, a dominującym patogenem są rinowirusy. Szacuje się, że rinowirus odpowiada za około 30-50% przeziębień zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych [2]. Inne często spotykane wirusy wywołujące objawy przeziębienia to: koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* – SARS-CoV-2) i inne koronawirusy, syncytialny wirus oddechowy (*respiratory syncytial virus* – RSV), wirusy grypy, a także adenowirusy i enterowirusy. Niektóre z tych patogenów występują w wielu podtypach, co w konsekwencji powoduje, że przechorowanie przeziębienia daje tylko krótkotrwałą, częściową odporność na dany szczep wirusa, a dziecko może ulec zakażeniu innym podtypem. Sezonowo obserwuje się pewną zmienność dominujących patogenów: np. infekcje rinowirusowe dominują wczesną jesienią i późną wiosną, adenowirusowe częściej jesienią, a RSV i grypa od zimy do wczesnej wiosny [6]. Do zakażenia dochodzi najczęściej drogą kropelkową lub przez kontakt bezpośredni. Okres wylęgania przeziębienia wynosi średnio 1-3 dni, po czym rozwijają się objawy ostrego zakażenia wirusowego górnych dróg oddechowych. Patofizjologia przeziębienia obejmuje odpowiedź zapalną organizmu na zakażenie wirusowe i przebiega typowo w trzech następujących po sobie fazach (tab. I).

Objawy przeziębienia u dzieci są dość charakterystyczne, choć mogą różnić się nasileniem w zależności

od wieku dziecka, swoistej odporności i typu wirusa [7, 8]. Typowo początek choroby jest nagły. Pierwszymi objawami bywają często drapanie lub ból gardła, uczucie suchości w nosie, kichanie oraz ogólne pogorszenie samopoczucia. Wkrótce dołącza się wodnisty katar (wyciek z nosa) oraz nieżyt nosa objawiający się uczuciem zatkanego nosa. U około 60% pacjentów pojawia się także kaszel, który na początku ma charakter suchy (wywołany podrażnieniem przez spływającą wydzielinę), a w późniejszej fazie staje się mokry, z odkrztuszaniem śluzu (kaszel produktywny). Gorączka w przebiegu przeziębienia rzadko występuje. Katar oraz kaszel trwają przeciętnie około 7 dni. U części dzieci objawy, zwłaszcza kaszel nocny, mogą się utrzymywać powyżej 2 tygodni. Kaszel poinfekcyjny jest najczęstszą formą przewlekłego kaszlu u dzieci [9]. Czas trwania objawów przeziębienia wynosi najczęściej 5-7 dni. U około 90-95% dzieci zakażenie ustępuje samoistnie, nie pozostawiając powikłań. Według kryteriów Europejskiego Stanowiska w sprawie Zapalenia Zatok Przynosowych i Polipów Nosa (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – EPOS 2020) ostre bakteryjne zakażenie jest bardzo prawdopodobne, jeżeli obecne są co najmniej trzy z następujących objawów [10]:

- ropna, gęsta wydzielina z nosa (zwłaszcza jednostronna, w dużej ilości),
- temperatura ciała > 38°C utrzymująca się co najmniej 3 dni,
- silny, miejscowy ból twarzy (szczególnie jednostronny) lub ból zębów,
- podwyższone wskaźniki stanu zapalnego (poziom białka C-reaktywnego powyżej normy),
- pogorszenie objawów po okresie początkowej poprawy.

W polskich rekomendacjach dla lekarzy podstawowej opieki medycznej kryteria rozpoznania bakteryjnego zapalenia zatok są zbliżone i obejmują wysoką gorączkę, nawrót dolegliwości, silny ból oraz podwyższenie poziomu białka ostrej fazy (białka C-reaktywnego, *C-reactive protein* – CRP) [11].

LECZENIE PRZEZIĘBIENIA

Nie istnieje skuteczna terapia przyczynowa przeziębienia, dlatego podstawą postępowania jest leczenie objawowe. Jego głównymi celami są łagodzenie dokuczliwych objawów, poprawa komfortu chorego dziecka (możliwości oddychania przez nos, jedzenia, spania) oraz zapobieganie powikłaniom przez utrzymanie drożności dróg oddechowych i prawidłowego nawodnienia [12]. Ważnym aspektem jest także edukacja rodziców. Należy poinformować o naturalnym przebiegu choroby, braku skuteczności antybiotyków w zakażeniach wirusowych, znaczeniu terapii wspomagającej oraz jedynie umiarkowanie łagodzącym objawy wpływie leków bez recepty [13-15].

Leczenie wspomagające

Podstawą leczenia jest zapewnienie choremu dziecku odpoczynku. Na czas choroby dziecko powinno pozostać w domu, aby nie zarażać innych. Utrzymanie odpowiedniego nawodnienia może pomóc w rozrzedzeniu wydzieliny i złagodzeniu podrażnienia błony śluzowej dróg oddechowych. Podawanie ciepłych płynów, np. herbaty, rosółu, ma korzystny wpływ na błonę śluzową, zwiększa przepływ śluzu, rozrzedzając wydzielinę i ułatwiając jej usuwanie [16]. Chłodne i nawilżone powietrze w miejscu przebywania chorego dziecka ułatwia oddychanie i zmniejsza obrzęk śluzówek. Nie ma jednak dowodów i nie zaleca się terapii parowej lub stosowania mgiełek w leczeniu kaszlu i przeziębienia [17].

Leczenie gorączki

Gorączka pojawia się rzadko w przebiegu przeziębienia i nie trzeba jej łagodzić, jeśli dziecko znosi ją dobrze. Stan podgorączkowy jest naturalną reakcją obronną. Leki podajemy, gdy dziecko ma temperaturę ciała $> 38^{\circ}\text{C}$ i odczuwa wyraźny dyskomfort (ból mięśni, głowy). Zgodnie z polskimi rekomendacjami w infekcjach wirusowych dróg oddechowych u dzieci pierwszym wyborem jest ibuprofen, a alternatywą paracetamol [11].

Oczyszczanie nosa z wydzieliny i leczenie nieżytu nosa

Nieżyt nosa to najbardziej charakterystyczny objaw zapalenia błony śluzowej nosa i zatok przynosowych [18]. Mimo że katar jest niegroźnym objawem, to znacznie pogarsza komfort chorego dziecka.

Usuwanie nadmiaru wydzieliny z nosa jest ważnym elementem terapii objawowej zwłaszcza u najmłodszych dzieci, które nie potrafią samodzielnie wydychać nosa. Regularne odciąganie wydzieliny z nosa za pomocą aspiratora u niemowląt oraz płukanie nosa pozwala utrzymać drożność przewodów nosowych. Dzięki oczyszczaniu nosa dziecko lepiej oddycha, śpi i je [19]. W praktyce można stosować izotoniczne i hipertoniczne roztwory soli w stężeniu do $\leq 2,5\%$, co ogranicza działanie drażniące śluzówkę nosa bardziej stężonych roztworów. Hipertoniczne roztwory soli działają osmotycznie, odciągając wodę z obrzękniętej śluzówki nosa, co powoduje obkurczenie naczyń i zmniejszenie obrzęku błony śluzowej [20, 21]. Irygacja nosa jest bezpieczną, łatwo dostępną i efektywną formą łagodzenia objawów zapalenia górnych dróg oddechowych u dzieci [22]. Stosowanie izotonicznych i hipertonicznych roztworów soli może się przyczynić do zmniejszenia konieczności podawania leków oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia takich powikłań, jak ostre zapalenie ucha środkowego [20]. U części dzieci irygacja nosa może nie być możliwa ze względu na brak współpracy oraz duży dyskomfort. W tym wypadku można stosować roztwory soli izotoniczne lub hipertoniczne w aerozoluach do nosa.

Jeśli samo płukanie nosa roztworem soli nie przynosi wystarczającej ulgi, pomocne może być krótkotrwałe zastosowanie kropli lub aerozolu obkurczających naczyń. Dekongestanty to agonści receptorów α -adrenergicznych, które po podaniu miejscowym do nosa powodują zwężenie małych naczyń krwionośnych błony śluzowej. Skutkiem jest zmniejszenie przekrwienia i obrzęku, a tym samym szybka poprawa drożności nosa oraz ograniczenie wodnistego wycieku z nosa [23]. Najczęściej stosowane substancje z tej grupy to pochodne imidazolowe, przede wszystkim ksylometazolina, oksymetazolina oraz rzadziej nafazolina. Są one dostępne bez recepty w różnych stężeniach, dostosowanych do wieku dziecka. Przykładowo ksylometazolina w stężeniu 0,05% jest zalecana dla dzieci od 2 lat do 6 lat, a 0,1% – powyżej 6 lat. Zalecenia dotyczące wieku podawania oksymetazoliny zależą od jej stężenia – niemowlętom w 1. r.ż. podajemy 0,01%, dzieciom w wieku 2-6 lat – 0,025%, a powyżej 6 lat – 0,05%. Czas działania pojedynczej dawki wynosi zwykle 6-12 godzin, dzięki czemu lek przynosi dziecku ulgę również podczas snu. Czas działania dekonjestantów pozwala na dawkowanie 2-3 razy dziennie. Należy zachować ostrożność i przestrzegać zaleceń dotyczących dawkowania oraz czasu terapii. Dekongestanty wolno podawać maksymalnie 3 razy dziennie przez nie dłużej niż 5-7 dni. Dłuższe lub zbyt częste stosowanie grozi osłabieniem działania leku oraz efektem z odbicia, polekowym zapaleniem błony śluzowej nosa objawiającym się

nasilonym, przewlekłym obrzękiem i blokadą nosa w wyniku nadużywania tych leków [24].

Dzieci mogą być wrażliwe na ogólnoustrojowe działania niepożądane sympatykomimetyków stosowanych donosowo. Przy prawidłowej aplikacji i właściwym dawkowaniu efekty hemodynamiczne są bardzo rzadkie i zwykle samoograniczające się [11, 25].

W leczeniu kataru u dzieci można zastosować preparaty złożone, które oprócz składnika obkurczającego naczynia zawierają substancje osłaniające i regenerujące śluzówkę. Dekspantenol, prowitamina B₅, to związek o jednoczesnym działaniu nawilżającym, chroniącym i regenerującym nabłonek błony śluzowej nosa. Dodatek deksopantenolu w produktach podawanych donosowo pozwala na oczyszczanie (z solą) i łagodzenie objawów nieżyty nosa (z dekongestantem) przy jednoczesnej ochronie nabłonka i działaniu regeneracyjnym [26, 27]. Wykazano, że połączenie ksylometazoliny i deksopantenolu skuteczniej redukuje objawy nieżyty nosa niż monoterapia ksylometazoliną [28]. Dekspantenol lub kwas hialuronowy stosowane w połączeniu z dekongestantem zapobiegają nadmiernemu przesuszeniu i podrażnieniu śluzówki często towarzyszącemu stosowaniu samych sympatykomimetyków [26, 28]. Kwas hialuronowy, w odróżnieniu od deksopantenolu, nie ma działania regenerującego błony śluzowe. Stosowanie preparatów złożonych zwiększa bezpieczeństwo terapii. Należy jednak pamiętać, że nawet preparaty złożone podlegają tym samym ograniczeniom czasu stosowania, czyli nie dłużej niż 5-7 dni, aby nie doprowadzić do polekowego nieżyty nosa.

W leczeniu kataru towarzyszącego przeziębieniu nie znajdują zastosowania klasyczne leki przeciwhistaminowe [29-31]. Wyjątkiem może być sytuacja, gdy dziecko ma współistniejącą alergię.

Leki wykrztuśne i mukolityczne

Kaszel w przebiegu przeziębienia ma zwykle charakter początkowo suchego, a następnie wilgotnego, z odkrztuszaniem niewielkiej ilości wydzieliny. U większości dzieci kaszel mija samoistnie wraz z ustąpieniem kataru, choć bywa, że utrzymuje się jako objaw przewlekłej infekcji przez kolejne tygodnie. W leczeniu kaszlu poszukuje się metod, które upłynnią zalegający śluz i ułatwią jego odkrztuszanie (leki mukolityczne i wykrztuśne). Podstawą leczenia jest wspomniane już nawodnienie i nawilżanie powietrza, co naturalnie rozrzedza wydzielinę.

Wśród leków doustnych o działaniu sekretolitycznym u dzieci stosuje się np. ambroksol, bromheksynę, erdosteinę czy karbocysteinę. Alternatywą lub terapią wspomagającą dla nich są preparaty pochodze-

nia roślinnego o działaniu wykrztuśnym. Szczególną uwagę zwraca 1,8-cyneol (eukaliptol), naturalny monoterpren z olejku eukaliptusowego, o udokumentowanym działaniu w infekcjach dróg oddechowych. Cyneol wykazuje właściwości mukoaktywne, zwiększa ruch rzęsek nabłonka oddechowego i przyspiesza klirens śluzowo-rzęskowy, dzięki czemu łatwiejsze jest usuwanie zalegającej wydzieliny, a także ma właściwości mukoregulatorowe – wpływa hamująco na nadprodukcję śluzu [32]. Różne mechanizmy działania 1,8-cyneolu i leków sekretolitycznych umożliwiają ich łączne stosowanie w celu uzyskania lepszego efektu terapeutycznego. Cyneol powinien być stosowany jako środek wykrztuśny w produktywnym kaszlu, tj. w fazie komórkowej przeziębienia. Lek ten ma działanie przeciwzapalne w drogach oddechowych oraz przeciwbakteryjne i przeciwwirusowe. Ogranicza wytwarzanie mediatorów zapalenia oraz namnażanie się drobnoustrojów w wydzielinie. W badaniach klinicznych wykazano, że stosowanie 1,8-cyneolu w dawkach terapeutycznych przyspiesza ustępowanie objawów [33, 34]. Co ważne, profil bezpieczeństwa cyneolu jest bardzo korzystny. W badaniach nie stwierdzono poważnych działań niepożądanych, a tolerancja była dobra. Zarówno europejskie wytyczne EPOS 2020 [10], jak i stanowisko Polskiego Towarzystwa Fitoterapii [35] wskazują, że niektóre preparaty roślinne mogą stanowić cenne uzupełnienie leczenia przeziębienia. Leki pochodzenia roślinnego, dzięki całemu spektrum aktywności biologicznej, skracają czas trwania choroby i ograniczają rozwój infekcji bakteryjnej jako powikłania zakażenia wirusowego. Obok cyneolu wytyczne EPOS 2020 wymieniają standaryzowane ekstrakty BNO1016 i SHA-10 jako wykazujące znaczny wpływ na zmniejszenie objawów przeziębienia, bez istotnych działań niepożądanych [10].

Nie zaleca się rutynowego stosowania klasycznych leków przeciwkaszlowych u dzieci z kaszlem w przebiegu przeziębienia, zwłaszcza jeśli jest to kaszel produktywny. Preparaty hamujące odruch kaszlu (np. dekstrometorfan, kodeina) mogą powodować zaleganie wydzieliny i zwiększać ryzyko powikłań [36, 37]. Alternatywnie można rozważyć podanie starszym dzieciom miodu, który łagodzi nocny kaszel skuteczniej niż placebo, a jednocześnie poprawia jakość snu dziecka [13].

Leczenie bólu gardła

Ból gardła jest częstą dolegliwością towarzyszącą przeziębieniu, zwłaszcza w pierwszych dniach infekcji. U starszych dzieci bywa on pierwszym objawem nadchodzącego przeziębienia (pieczenie, drapanie

w gardle), u młodszych może się objawiać grymasieniem przy połykaniu lub niechęcią do jedzenia. W etiologii bólu gardła w przeziębieniu dominują wirusy. Ograniczenie przepisywania antybiotyków, zwłaszcza w przypadkach bólu gardła, jest priorytetem opieki zdrowotnej. Leczenie ma na celu złagodzenie bólu, co poprawia komfort dziecka i pozwala mu normalnie przełykać pokarm oraz płyny. Idealne leczenie bólu gardła lekami bez recepty powinno mieć minimalny zestaw cech, które uczyniłyby je klinicznie skutecznym w łagodzeniu bólu: skuteczność, szybkie i długotrwałe działanie. Stosowane środki pozwalają na łagodzenie suchości lub bólu gardła. Zazwyczaj zawierają mentol, antyseptyki, miejscowe środki znieczulające i/lub środki przeciwzapalne. Dostępne są one w formie pastylek do ssania, sprayów lub płynów do płukania jamy ustnej. Stosując je, należy przestrzegać zaleceń dotyczących ograniczeń wiekowych, ze względu na ryzyko zakrztuszenia się lub brak umiejętności prawidłowego płukania gardła.

Benzydamina jest niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym do stosowania miejscowego w jamie ustnej i gardle. Działa miejscowo przeciwbólowo, przeciwzapalnie i odkażająco – hamuje wytwarzanie mediatorów stanu zapalnego oraz wykazuje słabe działanie przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze. Dzięki właściwościom miejscowo znieczulającym szybko łagodzi ból i pieczenie gardła [38].

Amylometakrezol i alkohol 2,4-dichlorobenzylowy (*amylmetacresol* – AMC, *dichlorobenzyl alcohol* – DCBA) to związki antyseptyczne występujące w popularnych tabletkach odkażających gardło. AMC i DCBA wykazują działanie przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze i przeciwwirusowe – zaburzają strukturę ścian komórkowych drobnoustrojów, hamując ich

namnażanie. Dzięki temu ograniczają kolonizację błony śluzowej gardła przez patogeny [39]. Pastylki do ssania zwiększają również wytwarzanie śliny, co nawilża śluzówkę i łagodzi uczucie drapania.

Preparaty barierowe na gardło to środki mechanicznie łagodzące ból gardła, działają przez tworzenie ochronnej powłoki na błonie śluzowej. Przykładem są syropy i pastylki zawierające porost islandzki, prawoślaz lekarski czy wyciąg z chrząstnicy kędzierzawej. Substancje te są neutralne farmakologicznie, ale w kontakcie z błoną śluzową tworzą lepką powłokę ochronną na podrażnionym gardle.

Powyższe metody zwykle skutecznie łagodzą ból gardła w przebiegu przeziębienia bez konieczności podawania antybiotyku.

PODSUMOWANIE

Przeziębienie u dzieci jest zjawiskiem powszechnym – większość pacjentów, szczególnie dzieci poniżej 6. r.ż., przechorowuje kilka infekcji wirusowych rocznie. Rolą lekarza pediatry jest rozpoznanie tego częstego schorzenia, właściwe pokierowanie leczeniem oraz – co równie istotne – edukacja opiekunów. Szczególnie ważne jest przekazanie rodzicom, że w zdecydowanej większości przypadków nie ma konieczności podawania antybiotyków. Wyjątkowo rzadko zdarzają się powikłania bakteryjne będące wskazaniem do leczenia antybiotykiem. Rodzice powinni poznać sygnały alarmowe, a dobrym zwyczajem powinien być kontakt telefoniczny (teleporada) w 3. dobie choroby. Rodzice powinni też mieć wytyczne, jak postępować z dzieckiem w razie przeziębienia, ponieważ w wielu przypadkach, szczególnie u starszych dzieci, wizyta lekarska może nie być potrzebna.

PIŚMIENNICTWO

1. Dingle J.H., Badger G.F., Jordan W.S.: *Illness in the home: a study of 25,000 illnesses in a group of Cleveland families*. Press of Western Reserve University, New York 1964.
2. Heikkinen T., Järvinen A.: The common cold. *Lancet* 2003; 361: 51-59.
3. Fal A.M., Stelzmüller I., Kardos P. i wsp.: Antibiotics usage and avoidance in Germany and Poland: attitudes and knowledge of patients, physicians, and pharmacists. *Antibiotics (Basel)* 2024; 13: 1188.
4. Maat J. van de, Voort E. van de, Mintegi S. i wsp.: Antibiotic prescription for febrile children in European emergency departments: a cross-sectional, observational study. *Lancet Infect Dis* 2019; 19: 382-391.
5. Kenealy T., Arroll B.: Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2025; 11: Cd000247.
6. Moriyama M., Hugentobler W.J., Iwasaki A.: Seasonality of respiratory viral infections. *Annu Rev Virol* 2020; 7: 83-101.
7. Pappas D.E., Hendley J.O., Hayden F.G. i wsp.: Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27: 8-11.
8. Hay A.D., Wilson A.D.: The natural history of acute cough in children aged 0 to 4 years in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 401-409.
9. Zver A., Veronese A., Krivec U. i wsp.: Children with chronic cough – what's following. *European Respiratory Journal* 66: PA4812.
10. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C. i wsp.: European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology* 2020; 58: 1-464.

11. Arcimowicz M., Babicki M., Brożek-Mądry E. i wsp.: Wytyczne dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w zapaleniu błony śluzowej nosa i zatok przynosowych u dorosłych i dzieci. *Lekarz POZ* 2025; 11: 1-11.
12. Gill P.J., Onakpoya I.J., Buchanan F. i wsp.: Treatments for cough and common cold in children. *BMJ* 2024; 384: e075306.
13. Smith S.M., Schroeder K., Fahey T.: Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 2014: Cd001831.
14. Deckx L., De Sutter A.I., Guo L. i wsp.: Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 10: Cd009612.
15. Schroeder K., Fahey T.: Should we advise parents to administer over the counter cough medicines for acute cough? Systematic review of randomised controlled trials. *Arch Dis Child* 2002; 86: 170-175.
16. Sanu A., Eccles R.: The effects of a hot drink on nasal air flow and symptoms of common cold and flu. *Rhinology* 2008; 46: 271-275.
17. Singh M., Singh M., Jaiswal N. i wsp.: Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 8: Cd001728.
18. Meltzer E.O., Hamilos D.L.: Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: a synopsis of recent consensus guidelines. *Mayo Clin Proc* 2011; 86: 427-443.
19. Köksal T., Çizmeci M.N., Bozkaya D. i wsp.: Comparison between the use of saline and seawater for nasal obstruction in children under 2 years of age with acute upper respiratory infection. *Turk J Med Sci* 2016; 46: 1004-1013.
20. Chirico G., Quartarone G., Malfet P.: Nasal congestion in infants and children: a literature review on efficacy and safety of non-pharmacological treatments. *Minerva Pediatr* 2014; 66: 549-557.
21. Kanjanawasee D., Seresirikachorn K., Chitsuthipakorn W. i wsp.: Hypertonic saline versus isotonic saline nasal irrigation: systematic review and meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy* 2018; 32: 269-279.
22. Cruz M., Roteia C., Marques Ferreira A. i wsp.: Nasal irrigation with saline solution for pediatric acute upper respiratory infections: a systematic review. *Cureus* 2024; 16: e75464.
23. Pappas D.E., Hendley J.O.: The common cold and decongestant therapy. *Pediatr Rev* 2011; 32: 47-54; quiz 5.
24. Malik M., Pasupuleti L., Ng C. i wsp.: A closer look at the evidence supporting appropriate use of nasal oxymetazoline HCl spray and the risk of rebound congestion: a systematic review. *J Curr Med Res Opin* 2025; 8: 3951-3969.
25. Macmillan A.J., Phoon K.M., Ede O.: Safety of topical administration of nasal decongestants and vasoconstrictors in paediatric nasal surgery – A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2022; 153: 111010.
26. Kehrl W., Sonnemann U., Dethlefsen U.: [Advance in therapy of acute rhinitis – comparison of efficacy and safety of xylometazoline in combination xylometazoline-dexpanthenol in patients with acute rhinitis]. *Laryngorhinootologie* 2003; 82: 266-271.
27. Proksch E., Bony R. de, Trapp S. i wsp.: Topical use of dexpanthenol: a 70th anniversary article. *J Dermatolog Treat* 2017; 28: 766-773.
28. Mösges R., Shah-Hosseini K., Hücke H.P. i wsp.: Dexpanthenol: an overview of its contribution to symptom relief in acute rhinitis treated with decongestant nasal sprays. *Adv Ther* 2017; 34: 1850-1858.
29. Hutton N., Wilson M.H., Mellits E.D. i wsp.: Effectiveness of an antihistamine-decongestant combination for young children with the common cold: a randomized, controlled clinical trial. *J Pediatr* 1991; 118: 125-130.
30. Clemens C.J., Taylor J.A., Almquist J.R. i wsp.: Is an antihistamine-decongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in preschool children? *J Pediatr* 1997; 130: 463-466.
31. De Sutter A.I., Saraswat A., Driel M.L. van: Antihistamines for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2015: Cd009345.
32. Sudhoff H., Klenke C., Greiner J.F. i wsp.: 1,8-cineol reduces mucus-production in a novel human ex vivo model of late rhinosinusitis. *PLoS One* 2015; 10: e0133040.
33. Kehrl W., Sonnemann U., Dethlefsen U.: Therapy for acute nonpurulent rhinosinusitis with cineole: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Laryngoscope* 2004; 114: 738-742.
34. Tesche S., Metternich F., Sonnemann U. i wsp.: The value of herbal medicines in the treatment of acute non-purulent rhinosinusitis. Results of a double-blind, randomised, controlled trial. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265: 1355-1359.
35. Doniec Z., Krauze-Baranowska M., Czerwionka-Szaflarska M. i wsp.: Produkty lecznicze roślinne w chorobach układu oddechowego – STANowisko Polskiego towarzystwa FIToterapii – STANFITO PULMO II. *Lekarz POZ* 2025; 11: 21-35.
36. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children. Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, Genewa 2021.
37. Atan Şahin Ö., Gülen F.: Approach to common cold in children. *J Pediatr Res* 2015; 2: 1-6.
38. Ferrer-Montiel A.: Benzydamine hydrochloride: an overview on a well-established drug with news in mechanisms of action. *F1000Res* 2024; 13: 350.
39. Weckmann G., Hauptmann-Voß A., Baumeister S.E. i wsp.: Efficacy of AMC/DCBA lozenges for sore throat: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract* 2017; 71.

Adres do korespondencji

Prof. dr hab. n. med. TERESA JACKOWSKA

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa
e-mail: tjackowska@cmkp.edu.pl

Artykuł został opracowany jako podsumowanie spotkania ekspertów zorganizowanego 30.10.2025 r. przez firmę Unique Work we współpracy z firmą M.C.M. Klosterfrau Healthcare sp. z o.o.

Udział autorów:

1. Przygotowanie artykułu do druku, przegląd piśmiennictwa – Teresa Jackowska, Katarzyna Plata-Nazar, Adam Sybilski.
2. Ostateczne przygotowanie artykułu i akceptacja wersji do druku – Teresa Jackowska, Katarzyna Plata-Nazar, Adam Sybilski.



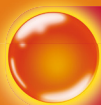
**NIE ZAWIERA
CUKRU**

**OD 6. ROKU
ŻYCIA**

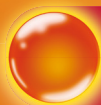


Siła, której ból gardła nie zatrzyma!

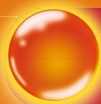
Działa poczwórnie na ostry ból gardła:



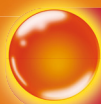
PRZECIWBÓLOWO



PRZECIWZAPALNIE



ZNIECZULAJĄCO



ANTYSEPTYCZNIE

Benzylamine neo-angin smak cytrynowy®, 3 mg, pastylki twarde. Każda pastylka twarda zawiera 3 mg benzydaminę chlorowodoru (co odpowiada 2,68 mg benzydaminę). **Wskazania do stosowania:** Benzylamine neo-angin smak cytrynowy wskazany jest w objawowym miejscowym leczeniu ostrego bólu gardła z towarzyszącymi typowymi objawami stanu zapalnego, takimi jak ból, zaczerwienienie lub obrzęk w jamie ustnej i gardle. Do stosowania u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 6 lat. **Podmiot odpowiedzialny:** M.C.M. Klosterfrau Healthcare Sp. z o.o.

Benzylamine neo-angin smak miodowo-pomarańczowy®, 3 mg, pastylki twarde. Każda pastylka twarda zawiera 3 mg benzydaminę chlorowodoru (co odpowiada 2,68 mg benzydaminę). **Wskazania do stosowania:** Benzylamine neo-angin smak miodowo-pomarańczowy wskazany jest w objawowym miejscowym leczeniu ostrego bólu gardła z towarzyszącymi typowymi objawami stanu zapalnego, takimi jak ból, zaczerwienienie lub obrzęk w jamie ustnej i gardle. Do stosowania u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 6 lat. **Podmiot odpowiedzialny:** M.C.M. Klosterfrau Healthcare Sp. z o.o.

NEO.2025.07.13

nasic® Hydro Care

Katar pod kontrolą każdego dnia!



**Dla całej rodziny:
dorośli i dzieci 2+**



Kobiety ciężarne



Kobiety karmiące



**Infekcyjny, alergiczny,
polekowy nieżyt nosa**



Stosowany w **nieżycie nosa o różnym podłożu:**
infekcyjnym, alergicznym, polekowym. ^[1]



Skutecznie oczyszcza i zmniejsza obrzęk śluzówki
– dzięki hipertonicznemu NaCl 2,5%. ^[1]



Nawilża i chroni błonę śluzową – dzięki dekspantenolowi 0,5%. ^[1]



Bezpieczny dla kobiet w ciąży i karmiących – bez działań
ogólnoustrojowych, bez efektu rebound. ^[1]

1. Ulotka nasic Hydro Care.

nasic® Hydro Care, wyrób medyczny, 15 ml hipertonicznego roztworu soli do rozpylania do nosa. Zastosowanie: Wspomagająco w leczeniu nieżyty nosa, kataru siennego, zapalenia błony śluzowej nosa i zatkanego nosa. Zmniejsza obrzęk błony śluzowej nosa. Zawiera dekspantenol, który pielęgnuje i nawilża błonę śluzową nosa. **Podmiot prowadzący reklamę:** M.C.M. Klosterfrau Healthcare Sp. z o.o. **Producent:** Medical Brands Developments B.V. nas,2025,09,19,2

**To jest wyrób medyczny.
Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.**

UDRAŻNIA ZATOKI, HAMUJE KASZEL*

Soledum®



1,8-cyneol znajduje się w wytycznych dla lekarzy POZ², jak i również w rekomendacjach EPOS 2020.³



- **działa przeciwzapalnie****
- **zwalcza wirusy, bakterie oraz grzyby**
- **normalizuje produkcję wydzieliny³,⁵**



JAK DZIAŁA NA ZATOKI?

- **zwiększa klirens śluzowo-rzęskowy nawet 8 razy skuteczniej niż ambroksol⁶**
- **normalizuje produkcję wydzieliny⁵**
- **pomaga oczyścić i udrożnić zatoki⁴**

JAK DZIAŁA NA KASZEL?

- **działa rozkurczowo na oskrzela⁴**
- **zmniejsza liczbę epizodów kaszlu⁴, poprawia stan ogólny i fizjologiczny komfort dziecka**
- **działa mukolitycznie⁴**
- **można stosować go na noc i długotrwale⁴**

* zmniejsza liczbę epizodów kaszlu w ciągu dnia, ** w drogach oddechowych

1. Dane pobrane z rejestru produktów leczniczych <https://rejestrzy.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public>, stan na dzień: 23.05.2025; 2. Fal A.M. i wsp. Diagnostyka i leczenie wybranych infekcji oraz stanów zapalnych dróg oddechowych. Wytyczne dla lekarzy POZ. Lekarz POZ 2021; 7 (5): 325-53; 3. Fokkens WJ i wsp. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology. 2020; 58 (Supl. S29): 1-464; 4. ChPL – Soledum® Forte i Soledum® junior; 5. Sudhoff H i wsp. 1,8-Cineol Reduces Mucus-Production in a Novel Human Ex Vivo Model of Late Rhinosinusitis. PLoS One 2015; 10 (7): e0133040. doi: 10.1371/journal.pone.0133040; 6. Kaspar P. i wsp. A Comparison of Secretolytic Agents Alteration of the ciliary frequency and pulmonary function following therapy with cineole and ambroxol. Atemw. Lungengerkrh. 1994; 20 (11): 605-614.

Soledum® forte, Soledum® junior. Jedna kapsułka dojelitowa, miękka Soledum® forte zawiera 200 mg (Soledum® junior – 100 mg) 1,8-cyneolu (Cineolum). **Wskazania do stosowania:** Jako środek wykrztuśny w produktywnym kaszlu. Leczenie wspomagające ostrego, nieropnego zapalenia zatok. Leczenie wspomagające w zapalnych chorobach dróg oddechowych. **Podmiot odpowiedzialny:** M.C.M. Klosterfrau Healthcare sp. z o.o.

To jest lek. Dla bezpieczeństwa stosuj go zgodnie z ulotką dołączoną do opakowania. Nie przekraczaj maksymalnej dawki leku. W przypadku wątpliwości skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.