

Klinika Pediatrii, Chorób Płuc i Reumatologii Akademii Medycznej w Lublinie
Department of Pediatrics, Lung Diseases and Rheumatology,
University School of Medicine, Lublin

ANDRZEJ EMERYK

*Symptomatologia i leczenie alergicznego nieżytu
błony śluzowej nosa (ANN)*

Symptomatology and treatment of allergic rhinitis

EPIDEMIOLOGIA ANN

Alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa (ANN) jest to nieżyt błony śluzowej nosa spowodowany działaniem alergenów środowiskowych [14]. ANN jest najczęstszą postacią nieżytu nosa i jednocześnie najczęstszą chorobą alergiczną, szczególnie w krajach rozwiniętych [4, 6]. Na ANN choruje od 4% do 21 % dzieci [10, 16, 17, 19, 25], choć są opracowania wskazujące na około 40% [26] oraz 10%–30 % dorosłych [9, 13, 19, 23, 27]. Podkreśla się rosnącą częstość występowania ANN na przestrzeni ostatnich 20 lat [1, 2, 15], a także coraz częstsze współwystępowanie ANN i astmy oskrzelowej [7]. N. Mygind sugeruje, iż „tak wysoka częstość występowania ANN jest ceną jaką płacimy za ochronę dolnych dróg oddechowych” [16]. Można dodać, iż cenę tę płaci „najlepszy naturalny klimatyzator” za jaki należy uznać nos. Jednakże nie zawsze jest to ochrona skuteczna, gdyż astma oskrzelowa rozwija się u znacznego odsetka chorych z ANN. Jak wykazano w ostatnio publikowanych pracach, objawy ANN stwierdza się u 26%–85% dzieci chorych na astmę oraz u 30%–90% dorosłych z tą chorobą, a zwłaszcza u tych, którzy demonstrowali ciężką postać ANN w dzieciństwie [3, 4, 11]. Tacy chorzy wymagają najczęściej donosowej i dooskrzelowej terapii przeciwnzapalnej.

Chorzy z ANN stanowią istotną grupę leczonych nie tylko przez alergologów lub pneumonologów, ale też przez lekarzy tzw. pierwszego kontaktu. Jak wynika z opracowania Castellsague wśród całej populacji UK pomocy u lekarza pierwszego kontaktu z powodu zaostrzenia ANN szukało w roku 1999 ponad 1,3 mln dzieci i dorosłych [5]. Nakłady finansowe ponoszone na diagnostykę i terapię ANN są bardzo wysokie. Przykładowo koszty związane z leczeniem ANN (bezpośrednie i pośrednie) wyniosły

w 1996 roku w USA około 5,3 mld dolarów [18]. Istotne jest zatem szybkie rozpoznanie tej choroby oraz jej właściwe leczenie.

PODZIAŁ, SYMPTOMATOLOGIA I POWIKŁANIA ANN

Alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa występuje w dwóch głównych formach klinicznych, czasami współistniejących ze sobą. Wyróżnia się zatem:

1. sezonowy ANN, zwany inaczej pyłkowym (ANNs);
2. całoroczny ANN (ANNc).

Do grupy ANN kwalifikuje się ponadto zawodowy nieżyt nosa (ANNz), który może mieć także podłoże niealergiczne oraz czasami tzw. nieżyt epizodyczny [8].

Najczęstsze alergeny odpowiedzialne za występowanie objawów ANNs w Polsce, to:

- pyłki drzew (leszczyna, olcha, brzoza, wierzba, topola, buk) — pyłące od lutego do maja,
- pyłki traw (tymotka, kostrzewa, wiechlina, rajgras, zboża) — pyłące od maja do września,
- pyłki chwastów/krzewów (bylica, babka, pokrzywa) — pyłące od kwietnia do października oraz,
- zarodniki grzybów pleśniowych (*Alternaria*, *Cladosporium*) — oddziaływujące głównie w przedziale maj–sierpień.

Wśród alergenów przyczynowych ANNc wymienia się przede wszystkim alergeny: roztocza (*D. pteronyssinus*, *D. farinae*), sierść/naskórek zwierząt domowych (kot, pies, koń, świnka morska, itp.), zarodniki grzybów pleśniowych, odchody karaluchów.

Najczęstszą postacią ANN jest ANNs, rzadziej występuje ANNc, najrzadziej ANNz.

Typowe objawy ANNs i ANNc ukazano w tabeli I [6]. U dzieci (zwłaszcza najmłodszych) objawy mogą się znacznie różnić od spotykanych u dorosłych, bądź symp-

Tabela I. Charakterystyczne objawy/cechy alergicznego nieżytu błony śluzowej nosa pyłkowego (ANNs) oraz całorocznego (ANNc)

Cecha/objaw	ANNs	ANNc
Zatkanie nosa	zmiennie	stale, dominujące
Wydzielina nosowa	powszechnie, wodnista, zawsze	śluzowo-surowicza, katar zanosowy, zmiennazmiennie
Kichanie, świąd nosa	zmiennie	powszechnie
Zaburzenie powonienia	powszechnie	rzadko
Objawy oczne	okazjonalnie	powszechnie
Przewlekłe zapalenie zatok	zmiennie	często
Astma oskrzelowa	zmiennie	często

Tabela. II. Grupy leków stosowanych w terapii ANN — wpływ na objawy nosowe w warunkach naturalnej ekspozycji [6, 13 w modyfikacji własnej]

Leki stosowane w terapii ANN	Objawy alergicznego nieżytu błony śluzowej nosa			
	kichanie świąd	wyciek wodnisty	blokada nosa	zaburzenie węchu
<i>Kromony IN</i>	+	+	+/-	-
<i>Leki anty-histaminowe PO</i>	+++	++	+/-	-
<i>Leki anty-histaminowe IN</i>	+++	++	+	-
<i>Bromek ipratropium IN</i>	-	++	-	-
<i>α-sympatykomimetyki IN, PO</i>	-	-	+++	-
<i>Leki antyleukotrienowe PO</i>	+	+	++	+
<i>Glikokortykosteroidy IN, PO</i>	+++	+++	+++	+

Tabela. III. Grupy leków stosowanych w terapii ANN — wpływ na objawy oczne oraz niektóre właściwości farmakologiczne [6, 13 w modyfikacji własnej]

Leki stosowane w terapii ANN	Objawy oczne	Początek działania	Czas działania	Koszt
<i>Kromony IN</i>	-	zmienny	2–6 godz.	mały
<i>Leki anty-histaminowe PO</i>	++	1 godz.	12–24 godz.	średni
<i>Leki anty-histaminowe IN</i>	-	15 min.	6–12 godz.	średni
<i>Bromek ipratropium IN</i>	-	15–30 min.	4–12 godz.	duży
<i>α-sympatykomimetyki IN, PO</i>	-	5–15 min.	3–6 godz.	mały
<i>Leki antyleukotrienowe PO</i>	+(?)	+(?)	++(?)	duży
<i>Glikokortykosteroidy IN, PO</i>	++	12 godz.	12–48 godz.	średni

tomatologia ANN jest niepełna [21]. Do nietypowych objawów sugerujących ANN u dzieci można zaliczyć: grymasy twarzy, oddychanie ustami, zaburzenia ortodontyczne (np. przodozgrzyz górny i wysokie, łukowate podniebienie), tzw. „pozdrowienie alergiczne”, zmarszczki wokół oczu, przerośnięte migdałki [22, 24]. ANN istotnie wpływa na fizyczne, psychologiczne i socjalne aspekty życia chorych, zaburzając nawet karierę zawodową dorosłych [6, 21]. Nierozpoznany lub źle kontrolowany ANN u dzieci może doprowadzić do szeregu niekorzystnych zjawisk, takich jak: zwiększona absencja w szkole, zespół zachowań określanych jako *allergic irritability syndrome* (drażliwość, nerwowość, gniew, złość, słaba koncentracja), zmniejszone zainteresowanie nauką

i obniżenie aktywności społecznej, nasilenie ciężkości objawów psychofizycznych, obniżenie jakości życia [20, 21].

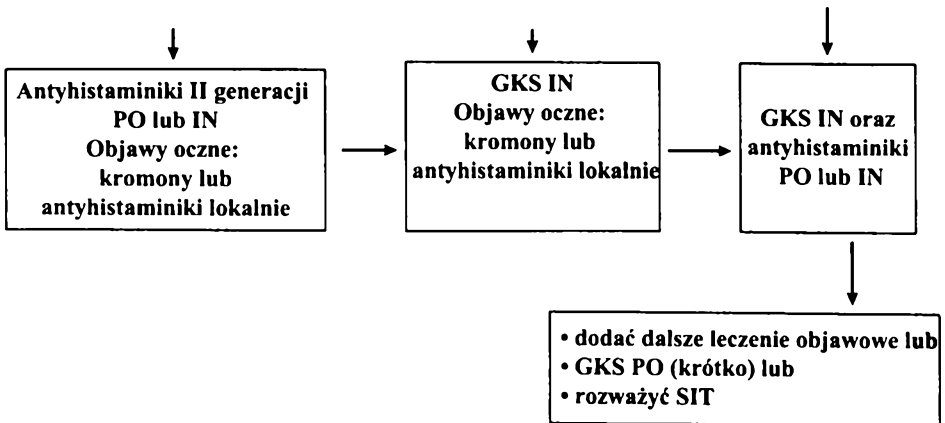
Przedłużający się, a zwłaszcza nie leczony lub źle kontrolowany ANN (szczególnie ANNc) u dzieci, może się wiązać z pojawieniem się różnorodnych następstw zdrowotnych. Najważniejsze z nich to: zapalenie zatok, zapalenie ucha środkowego (z jego następstwami), zaburzenia rozwojowe twarzy, nieprawidłowy zgryz, polipowatość nosa, zaburzenia węchu, bezdechy nocne, astma oskrzelowa [12]. Powyższe dane wskazują, jak ważne jest wczesne i właściwe rozpoznanie, a następnie skuteczne leczenie ANN, szczególnie u dzieci.

TERAPIA ANN

Podstawę racjonalnego leczenia ANN stanowi poznanie etiologii i patogenezy tej choroby. Bazując na znajomości etiopatogenezy ANN, a także biorąc pod uwagę o najnowsze dane o mechanizmach zapalenia alergicznego leżącego u podłoża tej choroby, można wyróżnić 3 główne drogi terapii ANN: karencję alergenową, farmakoterapię oraz immunoterapię.

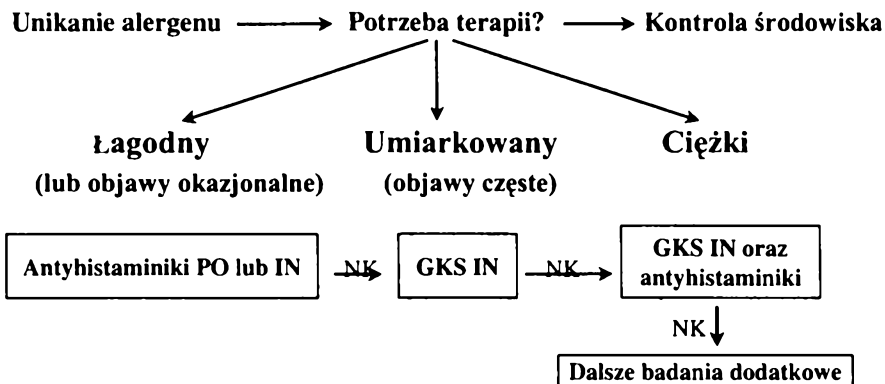
W tabeli II zestawiono grupy leków stosowanych w terapii ANN wraz z ich wpływem na poszczególne objawy ANN [6, 8]. W Tabeli III umieszczono wpływ leków stosowanych w terapii ANN na objawy oczne oraz niektóre ich właściwości farmakologiczne i koszty leczenia [6, 8, 14, 18]. Najnowsze zalecenia dotyczące terapii różnych postaci ANN z zaznaczeniem odrębności terapeutycznych u dzieci przedstawiła grupa alergologów i laryngologów pracująca pod auspicjami Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej [6]. Schematy postępowania terapeutycznego ukaza- no na rycinach 1, 2, 3, 4.

ANN sezonowy (pyłkowy)



Ryc. 1. Postępowanie w sezonowym alergicznym nieżycie błony śluzowej nosa (ANNs)
 PO — doustnie, IN — donosowo, GKS — glikokortykoidy, NK — niedostateczna kontrola,
 SIT — swoista immunoterapia

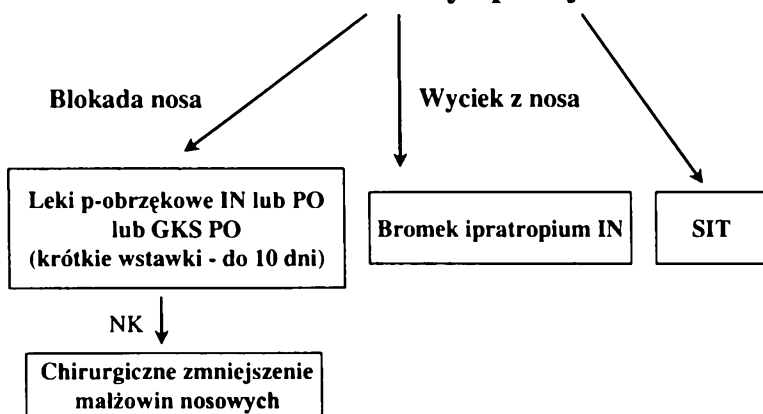
ANN całoroczny u dorosłych



Ryc. 2. Postępowanie w całorocznym alergicznym nieżyciu błony śluzowej nosa (ANNc) u dorosłych.

PO — doustnie, *IN* — donosowo, *GKS* — glikokortykoidy, *NK* — niedostateczna kontrola

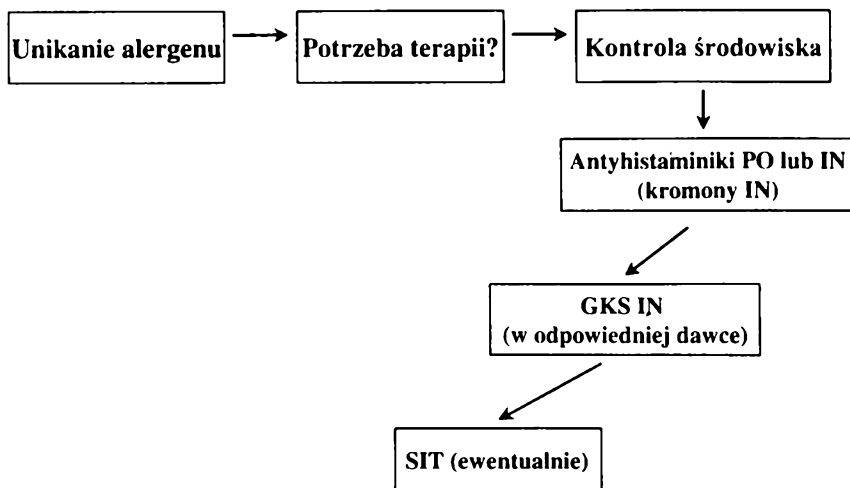
ANN całoroczny oporny na leczenie



Rycina 3. Postępowanie w całorocznym alergicznym nieżyciu błony śluzowej nosa (ANNc) opornym na leczenie.

PO — doustnie, *IN* — donosowo, *GKS* — glikokortykoidy, *NK* — niedostateczna kontrola, *SIT* — swoista immunoterapia

ANNc u małych dzieci



Ryc. 4. Postępowanie w całorocznym alergicznym nieżycie błony śluzowej nosa (ANNc) u małych dzieci
 PO — doustnie, IN — donosowo, GKS — glikokortykoidy, SIT — swoista immunoterapia

PIŚMIENNICTWO

1. Aas K., Aberg N., Bachert C. *i wsp.*: European Allergy White Paper. Allergic diseases as a public health problem in Europe. UCB Pharmaceuticals Sector, Braine-l'Alleud, Belgium 1997; 14–59.
2. Aberg N., Lundback B., Moller C. *i wsp.*: Threefold increase of asthma and allergic rhinitis in swedish military recruits between 1971 and 1992. *Allergy*. 1996; 51; suppl., s. 12.
3. Annesi-Maesano I.: Epidemiological evidence of the occurrence of rhinitis and sinusitis in asthmatics. *Allergy*, 1999; 54; suppl. 57, 7–13.
4. Busse W.: Epidemiology of rhinitis and asthma. *Eur. Respir. Rev.*, 1997; 7: 284–285.
5. Castellsague J., Garcia Rodriguez L.A.: Prevalence of allergic rhinitis requiring primary health care in the UK general population. *Allergy*, 2000; 55: suppl. 63, s. 253.
6. Cauwenberge P., Bachert C., Passalacqua G. *i wsp.*: Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy*, 2000; 55: 116–134.
7. Ciprandi G., Vizzaccaro A., Cirilio I. *i wsp.*: Increase of asthma and allergic rhinitis prevalence in young Italian men. *Int. Arch. Allergy Appl. Immunol.*, 1996; 111: 279–283.
8. Dahlen B., Szczeklik A., Kumlin M *i wsp.*: Benefits from adding the 5-lipoxygenase inhibitor zileuton to conventional therapy in aspirin-intolerant asthmatics. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 1998; 157: 1187–1194.
9. Dykiewicz M., Fineman S., Skoner D.P. *i wsp.*: Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. *Ann. Allergy Asthma Immunol.*, 1998; 81: 478–518.

10. *Emeryk A., Postępski J., Górnicka G. i wsp.*: Prevalence of allergic rhinitis among polish children from urban and rural regions. W: Spiewak R., red. Pollens and pollinosis: current problems. Inst. Agric. Med., Lublin 1995; 60–63.
11. *Emeryk A., Kurzawa R.*: Powiązania między alergicznym nieżytem błony śluzowej nosa a astmą oskrzelową. *Acta Pneum. Allergol. Pediatr.*, 1999; 2: 27–32.
12. *Fireman P.*: Otitis media and eustachian tube dysfunction: connection to allergic rhinitis. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1997; 99: 787–797.
13. *Guilot M.*: Prevalence of allergic rhinitis among adults. *Allergy*, 2000; 55: suppl. 63, s. 252.
14. International Rhinitis Management Working Group Report on Diagnosis and Management of Rhinitis. *Allergy*, 1994; 49: suppl. 9, 5–34.
15. *Lundback B.*: Epidemiology of rhinitis and asthma. *Clin. Exp. Allergy*, 1998; 28; suppl. 2, 3–10.
16. *Mygind N., Dahl R.*: Epidemiology of allergic rhinitis. *Pediatr. Allergy Immunol.*, 1996; 7: suppl. 9, 57–62.
17. *Riikjarv M.A., Annus T., Joost K. i wsp.*: The prevalence of asthma, rhinitis and eczema in estonian schoolchildren (ISAAC study). *Eur. Respir. J.*, 1995; 8; suppl. 19, s. 495.
18. *Ross R.N.*: The costs of allergic rhinitis. *Am. J. Managed Care*, 1996; 2: 285–290.
19. *Sibbald B., Rink E.*: Epidemiology of seasonal and perennial rhinitis: clinical presentation and medical history. *Thorax*, 1991; 46: 895–901.
20. *Simons F.E.R.*: Allergic rhinitis and associated disorders. In: Oski F.A., DeAngelis C.D., Feigin R.D., McMillan J., Warshaw J.B. eds. *Principles and practice of pediatrics*. JB Lippincott, Philadelphia 1994; 236–240.
21. *Simons F.E.*: Learning impairment and allergic rhinitis. *Allergy Asthma Proc.*, 1996; 17: 121–126.
22. *Simons F.E.*: Management of rhinitis in children. *Weekend of the nose. Clinical Vision LtD.* 1997, 5–35.
23. *Siracusa A., Bacoccoli R., Marabini A. i wsp.*: Prevalence of asthma and rhinitis in central Italy. *Allergy and Clinical Immunology News*, 1994, suppl. 2; s. 112.
24. *Warner J.O., Jackson W.F.*: Allergy in the nose, ear and eye. In: Warner J.O., Jackson W.F. *Colour atlas of pediatric allergy*. Wolfe Publishing, London 1994; 49–60.
25. *Weeke E.R.*: Epidemiology of allergic diseases in children. *Rhinology* 1992; 148; suppl., 75–79.
26. *Wright A.L., Holberg C.J., Martinez F.D. i wsp.*: Epidemiology of physician-diagnosed allergic rhinitis in childhood. *Pediatrics*, 1994; 105; 895–901.
27. *Wuthrich B., Peeters A.G., Schindler Ch. i wsp.*: Prevalence of atopy, hay fever and asthma in eight areas of Switzerland (SAPALDIA-study). *Allergy and Clinical Immunology News*, 1994; suppl. 2, 112s.

SUMMARY

In this paper epidemiology, symptomatology and modern therapy of allergic rhinitis (AR) were done. There are some different aspects in symptoms and therapy of seasonal AR and perennial AR. The essential features in symptomatology, complications and therapy of AR were shown. The more important drugs used in AR therapy were discussed.

