

Alergia czy przeziębienie – temat wciąż aktualny

Allergy or the common cold – a topic still relevant

Agnieszka Lipiec^{1, 3}, Piotr Rapiejko^{2, 3}

¹ Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

² Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Kliniką Oddziałem Chirurgii
Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Wojskowy Instytut Medyczny

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Dariusz Jurkiewicz

³ Ośrodek Badania Alergenów Środowiskowych Sp. z o.o.

Streszczenie:

Wyciek wydzieliny z nosa (katar), upośledzenie drożności przewodów nosowych i kichanie to objawy charakteryzujące stan zapalny błony śluzowej nosa. Artykuł przedstawia charakterystykę dwóch jednostek chorobowych, dla których powyższe symptomy są wspólne: alergicznego nieżytu nosa i choroby przeziębieniowej.

Szczególną uwagę zwrócono na cechy pozwalające na diagnostykę różnicową. Omówiono aktualne zasady postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w obu powyższych jednostkach chorobowych.

Abstract:

Nasal discharge (runny nose), impaired nasal passage and sneezing are symptoms characterizing inflammation of the nasal mucosa. The article presents the characteristics of two disease entities for which the above symptoms are common: allergic rhinitis and common cold.

Special attention is paid to features that allow for differential diagnosis. Current recommendations for the diagnostic and therapeutic management of these two diseases are discussed.

Słowa kluczowe: alergia, alergiczny nieżyt nosa, przeziębienie

Key words: allergy, allergic rhinitis, common cold

Wstęp

Wyciek wydzieliny z nosa (katar), upośledzenie drożności przewodów nosowych i kichanie to objawy charakteryzujące stan zapalny błony śluzowej nosa, który jest częstym problemem w populacji zarówno dorosłych, jak i dzieci. Może mieć różną etiologię, najczęściej infekcyjną lub alergiczną (alergiczny nieżyt nosa [ANN]). Odrębny fenotyp kliniczny stanowi niealergiczny, nieinfekcyjny nieżyt nosa.

Alergiczny nieżyt nosa

Alergiczny nieżyt nosa, zgodnie z dokumentem ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*), jest definiowany jako klinicznie jawna choroba nosa, występująca po ekspozycji na alergen, w wyniku zależnego od przeciwciał IgE zapalenia błony śluzowej tego narządu [1, 2]. Symptomami ANN są: wyciek wodnistej wydzieliny z nosa, upośledzenie drożności nosa, świąd nosa, kichanie oraz świąd, zaczerwienie-

nia i łzawienia oczu, ustępujące samoistnie lub pod wpływem leczenia.

Największe polskie badanie epidemiologiczne – ECAP (*Epidemiologia chorób alergicznych w Polsce*) wykazało, iż częstość ANN w grupie dzieci 6–7-letnich wynosi 23,6%, w grupie młodzieży 13–14-letniej – 24,6%, a w populacji dorosłych – 21,0% (średnia częstość ANN w badanej populacji wyniosła 22,54%) [3].

Kliniczny obraz alergicznego nieżytu nosa, czas jego trwania (okresowy vs przewlekły) oraz stopień nasilenia (łagodny, umiarkowany, ciężki) jest uzależniony m.in. od rodzaju uczulającego alergenu, a także czasu i stopnia ekspozycji na ten alergen. Ekspozycja na niewielkie stężenie alergenów roztoczy kurzu domowego (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*) może wywoływać objawy obrzęku błony śluzowej nosa odczuwane jako nieznaczne upośledzenie drożności nosa, głównie w godzinach nocnych (alergeny roztoczy kurzu domowego obecne w łóżku), a narażenie na wysokie stężenie alergenu roztoczy wywołuje ponadto napady kichania, świądu, obfitej wydzieliny z nosa (np. w czasie sprzątania zakurzonych pomieszczeń). Podobnie narażenie na wysokie stężenie alergenów pyłku roślin w szczycie sezonu pylenia (np. brzozy, traw) skutkuje nasilonymi symptomami chorobowymi, a ekspozycja na alergeny pyłku roślin osiągającego zwykle niskie stężenia w powietrzu (np. komosa) warunkuje wystąpienie objawów o mniejszym nasileniu [4]. Ponadto u chorego na ANN mogą dominować typowe symptomy histaminozależne: kichanie, wodnista wydzielina z nosa, świąd nosa i oczu (tzw. kichacze), lub też dominuje upośledzenie drożności nosa (tzw. blokerzy) [5]. Wpływa to na podejmowane decyzje terapeutyczne.

Wielu pacjentów z ANN będzie rozwijało również objawy alergiczne ze strony dolnych dróg oddechowych pod postacią napadowego kaszlu czy duszności, bowiem zgodnie z koncepcją „jedne drogi oddechowe, jedna choroba” ANN i astma często ze sobą współistnieją [1, 2].

Choroba przeziębieniowa

Chorobę przeziębieniową (przeziębienie, wirusowe zapalenie nosogardła i zatok przynosowych) definiujemy jako zespół symptomów klinicznych wynikających z ostrego stanu zapalnego błony śluzowej nosa, gardła i zatok przynosowych w przebiegu zakażenia o etiologii wirusowej [6, 7]. Jest ona trzecim najczęściej ustalaniem rozpoznaniem w trakcie wizyt w gabinecie lekarskim. Szczególnie często występuje u dzieci.

W populacji dzieci uczęszczających do żłobka, przedszkola czy szkoły częstość choroby przeziębieniowej jest szacowana na 6–10 razy w ciągu roku, a w przypadku dorosłych średnio 2–4 razy w ciągu roku, szczególnie w chłodniejszych miesiącach [8, 9].

Zidentyfikowano ponad 200 typów wirusów mogących stanowić czynnik etiologiczny przeziębienia, przy czym najczęściej, w prawie połowie przypadków, są to rinowirusy. Czynnikiem sprawczym mogą być również koronawirusy (10–15%), wirusy paragrypy, wirus RS, adeno- i enterowirusy [6].

Replikacja wirusa po wnikięciu do komórek nabłonka dróg oddechowych prowadzi do rozwoju miejscowego procesu zapalnego, poszerzenia naczyń krwionośnych, zwiększenia wydzielania gruczołów błony śluzowej i uszkodzenia nabłonka.

Symptomy choroby przeziębieniowej pojawiają się zwykle w 2. dobie po kontakcie z wirusem, rozwijają się przeważnie powoli. Choroba ta często rozpoczyna się bólem gardła, po którym rozwijają się objawy kataralne: wyciek wodnistej wydzieliny z nosa, spływającej także po tylnej ścianie gardła, upośledzenie drożności nosa skutkujące uczuciem blokady, kichanie. Z czasem wydzielina może stać się gęsta, trudna do usunięcia. Zablockowanie nosa prowadzi do oddychania przez usta, rozwija się blokada ujęć zatok przynosowych, czasami upośledzenie węchu. Nierzadko jest obecny kaszel, najczęściej łagodny, początkowo suchy, z tendencją do zmiany charakteru na wilgotny. U niewielkiego odsetka chorych kaszel utrzymuje się dłużej.

Na obraz kliniczny składają się ponadto: osłabienie, uczucie ogólnego rozbicia, a niekiedy – przez krótki okres – nieduża gorączka. Często przebieg jest bezgorączkowy. Występować mogą bóle kostnowstawowe i bóle głowy.

Cechy różnicujące alergiczny nieżyt nosa i przeziębienie

Różnicujący jest czas trwania symptomów chorobowych. O ile przeziębienie to choroba samoo graniczająca się, po największym nasileniu objawów w 2.–3. dobie ustępująca samoistnie najczęściej w ciągu 7–14 dni, o tyle ANN okresowy obejmuje czas do 4 tygodni, a ANN przewlekły – ponad 4 tygodnie, z okresowymi zaostrzeniami.

W przypadku alergii obserwujemy symptomy występujące na przestrzeni lat, co możemy identyfikować na podstawie wywiadu. Objawy alergii pyłkowej pojawiają się corocznie, wraz z sezonem pylenia uczulających roślin. Obecność w powietrzu pyłku

wczesnopylających drzew, przypadająca na luty–marzec, pokrywa się z czasem zwiększonej zapadalności na chorobę przeziębieniową. Okres jesienno-zimowy również sprzyja przeziębieniu. Jest to także czas nasilenia symptomów alergii będącej wynikiem wzmożonego kontaktu z alergenami wewnątrzdomowymi: roztocami kurzu domowego i alergenami zwierząt towarzyszących. Pacjent z ANN może cierpieć ponadto na współistniejącą chorobą przeziębieniową [10].

Infekcja wirusowa górnych dróg oddechowych i alergii wziewna mają wiele objawów wspólnych, jednak pewne cechy pomagają je zróżnicować. Ból gardła, częsty w chorobie przeziębieniowej, w przypadku alergii jest obecny jedynie czasami i ma charakter łagodny. Infekcji wirusowej czasami towarzyszą bóle mięśni i bóle kostno-stawowe, które w ANN nie występują. Podwyższona ciepłota ciała (37–38°C) i ogólne złe samopoczucie są istotną wskazówką, choć nierozstrzygającą. Alergii z reguły nie towarzyszy wzrost temperatury ciała. Przeziębienie rzadko stanowi przyczynę zapalenia spojówek (np. w zakażeniu adenowirusem), które jest typową demonstracją alergii. Odpowiedzią może być charakter wydzieliny z nosa; dla ANN i wczesnej fazy infekcji charakterystyczna jest wydzielina wodnista, która staje się gęsta w drugiej (powirusowej) fazie infekcji i występuje w przewlekłym nieżycie nosa i zatok przynosowych. Należy pamiętać, że ropny charakter wydzieliny niekoniecznie musi wynikać z obecności bakterii.

Upośledzenie węchu jest spowodowane często utrudnieniem kontaktu substancji zapachowych z zakończeniami nerwów węchowych, co może mieć miejsce m.in. w przypadku upośledzenia drożności nosa w obrębie przewodu nosowego górnego i środkowego. Z mechanizmem tym może się wiązać upośledzenie węchu, które czasami pojawia się w obu omawianych schorzeniach, jest przemijające i ograniczone do ostrej fazy choroby.

Niekiedy przeziębienie może wymagać różnicowania z grypą. Symptomy grypy są jednak znacznie bardziej nasilone, ponadto nie rozwija się ona stopniowo. Zaczyna się nagle, z wysoką gorączką, dreszczami oraz bólem mięśni, stawów i głowy.

Pamiętajmy o konieczności różnicowania ww. jednostek chorobowych z objawami okresu prodromalnego wielu chorób zakaźnych (np. odry, ospy, świnki, krztuśca).

Obecnie, w okresie pandemii COVID-19, zakażenie wirusem SARS-CoV-2 wymaga również uwzględnienia w diagnostyce różnicowej [11]. Elementy pomocne w różnicowaniu ANN, przeziębienia,

zakażenia wirusem grypy i wirusem SARS-CoV-2 przedstawia tabela 1.

Postępowanie diagnostyczne

Rozpoznanie choroby przeziębieniowej opiera się na wywiadzie i badaniu przedmiotowym, z typowym obrazem zmian w nosogardle. Również podstawą diagnostyki ANN jest szczegółowy wywiad, wspomagany badaniem przedmiotowym. Do badań potwierdzających IgE-zależną alergizację należą punktowe testy skórne z alergenami oraz badanie poziomu swoistych przeciwciał IgE w surowicy. Kluczowym zadaniem jest weryfikacja spójności danych z wywiadu z wynikami powyższych badań w celu potwierdzenia istotności klinicznej uczulenia na dany alergen. W przypadku alergenów pyłkowych niezbędne są aktualne informacje o stężeniu uczulającego pyłku roślin i spor grzybowych w powietrzu atmosferycznym, dostępne w serwisach internetowych, mediach oraz aplikacjach na urządzenia mobilne. Istnieje bowiem możliwość występowania dodatniego testu skórniego przy braku symptomów podczas kontaktu z alergenem.

Jednakże u 10–25% chorych na ANN zarówno testy skórne, jak i badanie sIgE mogą dać wynik ujemny [12]. Dzieje się tak w przypadku lokalnego ANN, gdzie mamy do czynienia z miejscowym występowaniem swoistych przeciwciał IgE w błonie śluzowej nosa, przy braku podwyższonego poziomu przeciwciał w surowicy krwi i skórze [5]. Rozstrzygającym badaniem w takich przypadkach jest próba prowokacyjna z alergenem. Postępowanie diagnostyczne w ANN prezentuje rycina 1.

W różnicowaniu ANN oraz infekcji mogą być przydatne badania dodatkowe, pamiętajmy jednak przy tym, iż infekcja może iść w parze z zaostrzeniem choroby alergicznej.

Postępowanie terapeutyczne

Wytyczne dotyczące zasad postępowania w ANN, a także ostrym infekcyjnym nieżycie nosa i zatok są opracowane przez ekspertów w postaci konsensusów ARIA, EPOS (*European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps*) oraz PoSLeNN (*Polskie Standardy Leczenia Nieżytów Nosa*) [1, 2, 5, 7, 13].

Na postępowanie u chorego na ANN składają się: ograniczanie kontaktu z alergenem (gdy jest to możliwe), edukacja pacjenta, swoista immunoterapia alergenowa (prowadzona przez specjalistę alergologa) oraz farmakoterapia, która ma być bezpieczna, skuteczna i łatwa w zastosowaniu [13, 14].

Tabela 1. Diagnostyka różnicowa COVID-19, przeziębienia, grypy i alergii (na podstawie [11]).

OBJAWY	KORONAWIRUS (COVID-19)	PRZEZIĘBIENIE	GRYPA	ALERGIA
CZAS TRWANIA OBJAWÓW	7–25 dni	do 14 dni	7–14 dni	kilka tygodni
KASZEL	często (zwykle suchy)	często (łagodny)	często (zwykle suchy)	rzadko (zwykle suchy, w astmie częsty)
DUSZNOŚCI	czasami	nie*	nie*	nie*
KICHANIE	nie	często	nie	często
WYDZIELINA W NOSIE	rzadko	często	czasami	często
BLOKADA NOSA	czasami	często	czasami	często
UTRATA WĘCHU	czasami	czasami	czasami	czasami
ŁZAWIENIE	nie	nie	nie	często
BÓL GARDŁA	czasami	często	czasami	czasami (najczęściej łagodny)
GORĄCZKA	często	krótki okres gorączki	często	nie
UCZUCIE ZMĘCZENIA LUB OSŁABIENIA	czasami	czasami	często	czasami
BÓL GŁOWY	czasami	rzadko	często	czasami (ból w okolicy zatok przynosowych)
BÓL MIĘŚNI	czasami	często	często	nie
BIEGUNKA	czasami	nie	czasami u dzieci	nie

* Jeżeli towarzyszy jej astma lub POChP, duszność może być nasiloną. W przypadku COVID-19 duszność może się pojawić bez współwystępowania objawów astmy lub POChP.

Dobór leczenia farmakologicznego jest uzależniony od stopnia nasilenia i rodzaju symptomów ANN. Podstawowymi grupami leków są leki przeciwhistaminowe II generacji i donosowe glikokortykosteroidy (dnGKS).

Leki przeciwhistaminowe wpływają wybiórczo agonistycznie na receptor H_1 . Uniemożliwiają tym samym łączenie się przeciwciał IgE z receptorem na powierzchni komórki tucznej, hamując w konsekwencji uwolnienie histaminy, będącej głównym mediatorem natychmiastowej reakcji alergicznej. Redukują histaminozależne objawy choroby: wyciek z nosa, kichanie i swędzenie nosa oraz symptomy spojówkowe [15].

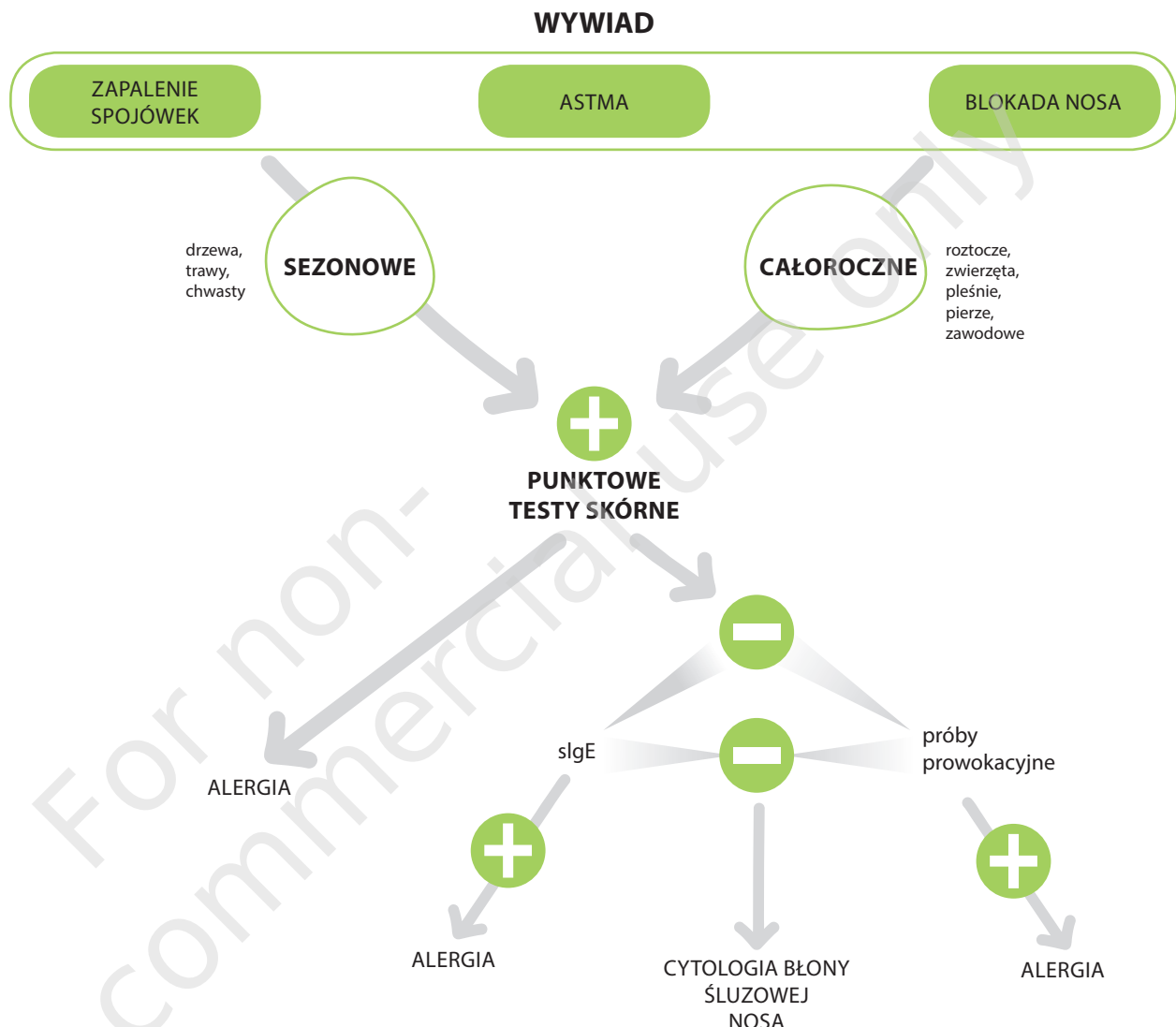
W codziennej praktyce stosuje się przede wszystkim doustne niesedatywne leki przeciwhistami-

nowe II generacji. Pozbawione są one działań niepożądanych preparatów starszej generacji, charakteryzując się korzystną farmakokinetyką. Optymalnie wyboru dokonujemy spośród leków niewchodzących w interakcje z cytochromem P450.

Drugą zasadniczą grupą leków stosowanych w leczeniu ANN są dnGKS, leki o silnym działaniu przeciwzapalnym na błonę śluzową nosa. Działają na wszystkie objawy ANN, szczególnie skutecznie redukując blokadę nosa. Zasady terapii ANN przedstawia rycina 2.

Leczenie w ANN staramy się rozpocząć na kilka, kilkanaście dni przed wystąpieniem pierwszych objawów chorobowych, co pozwala na wykorzystanie efektu profilaktycznego leków i w wielu przypadkach może zapo-

Rycina 1. Postępowanie diagnostyczne w ANN (na podstawie [5]).



biec pojawieniu się objawów. Tym samym w alergii pyłkowej będą pomocne informacje o aktualnym i prognozowanym stężeniu pyłku roślin (www.alergen.info.pl).

W terapii choroby przeziębieniowej opieramy się na leczeniu objawowym skierowanym na złagodzenie symptomów. Zalecenia przedstawione w dokumencie EPOS otrzymały określoną kategorię dowodu. Postępowanie, którego skuteczność ma siłę rekomendacji Ia, oznacza, że istnieją dowody skuteczności danej metody terapii w oparciu o metaanalizę kontrolowanych badań randomizowanych [7, 16].

Preparaty obkurczające błonę śluzową nosa mogą mieć wpływ na odczucie przywrócenia drożności nosa w populacji dorosłych z chorobą przeziębieniową (kategoria Ia) [7]. Zalecenie z siłą Ia otrzymały niesteroidowe leki przeciwzapalne i paracetamol [7].

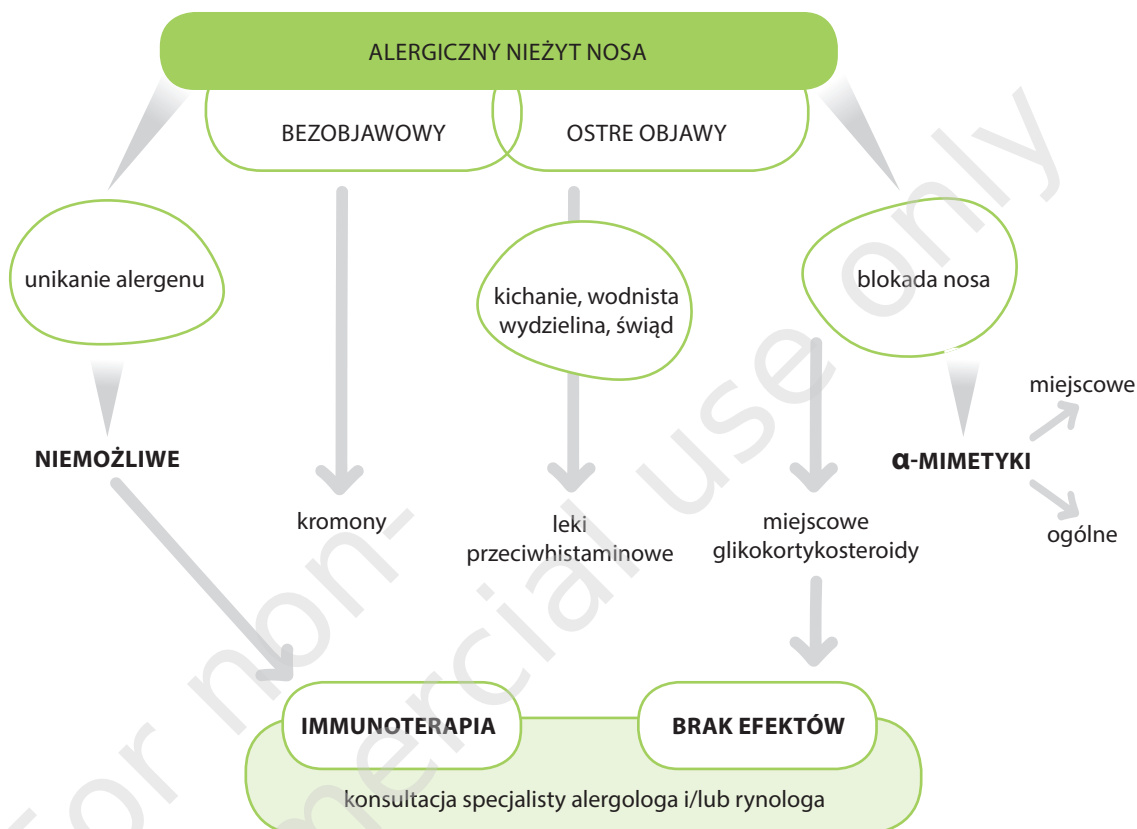
Obserwowane są pewne zalety połączenia leków przeciwhistaminowych, obkurczających i przeciwbólowych w leczeniu przeziębienia u osób doro-

ślących i dzieci starszych (kategoria dowodu Ia) [7]. Krótkoterminowe (1. i 2. dzień terapii) zastosowanie leków przeciwhistaminowych wykazuje korzystny wpływ zmniejszający nasilenie objawów u dorosłych (kategoria dowodu Ia), aczkolwiek efekt ten nie utrzymuje się długoterminowo [7].

Bromek ipratropium może być skuteczny w redukowaniu wycieku z nosa, nie ma natomiast wpływu na blokadę nosa (kategoria dowodu Ia) [7].

Cynk (w postaci octanu lub glukonianu) w dawce dobowej co najmniej 75 mg zastosowany w ciągu 24 h od pojawienia się objawów znacznie skraca czas trwania przeziębienia (kategoria Ia) [7]. Zalecenie o sile Ib uzyskało płukanie jamy nosa fizjologicznym roztworem soli. Korzystny efekt tej metody jest widoczny przede wszystkim w populacji dzieci i autorzy EPOS uznali ją za jedną z opcji terapeutycznych [7]. Można rozważyć zastosowanie probiotyków, witaminy C i niektórych leków ziołowych.

Rycina 2. Schemat leczenia alergicznego nieżytu nosa według PoSLeNN (na podstawie [5]).



Podsumowanie

Nieleczony ANN, podobnie jak choroba przeziębieniowa, może prowadzić do rozwoju powikłań, którym przy wdrożeniu prawidłowego postępowania można zapobiec.

Piśmiennictwo

1. Bousquet J, Khaltav N, Cruz AA et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and Allergen). *Allergy*. 2008; 63(suppl 86): 8-160.
2. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *Allergy Clin Immunol*. 2010; 126(3): 466-76.
3. Samoliński B, Sybilski AJ, Raciborski F et al. Prevalence of rhinitis in Polish population according to the ECAP (Epidemiology of Allergic Disorders in Poland) study. *Otolaryngol Pol*. 2009; 63(4): 324-30.
4. Rapiejko P, Stankiewicz W, Szczygielski K et al. Progowe stężenia pyłku roślin niezbędne do wywołania objawów uczuleniowych. *Otolaryngol Pol*. 2007; 61(4): 591-4.
5. Samoliński B, Arcimowicz M (ed). *Polskie Standardy Leczenia Nieżytów Nosa (PoSLeNN). Stanowisko Panelu Ekspertów PTA. Alergologia Polska*. 2013; S1: 1-167.
6. Kuchar E, Mrukowicz J, Gładysz A et al. Wybrane choroby wirusowe. In: *Interna Szczeklika: Podręcznik chorób wewnętrznych*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016: 2329-30.
7. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020; suppl 29: 1-464.
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279543> (access: 23.05.2021).
9. Hsiao CJ, Cherry DK, Beatty PC et al. National Ambulatory Medical Care Survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Rep*. 2010; (27): 1-32.
10. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/common-cold/expert-answers/common-cold/faq-20057857> (access: 23.05.2021).
11. Samoliński B, Krzych-Falta E, Wojas O et al. COVID-19 – rekomendacje dla alergologów i laryngologów. *Alergoprofil*. 2020; 16(1): 3-7.
12. Rodon C, Campo P, Galindo L et al. Prevalence and clinical relevance of local allergic rhinitis. *Allergy*. 2012; 67: 1282-8.
13. Bousquet J, Bedbrook A, Czarlewski W et al. Guidance to 2018 good practice: ARIA digitally-enabled, integrated, person-centred care for rhinitis and asthma. *Clin Transl Allergy*. 2019; 9: 16.
14. Samoliński B, Rapiejko P, Lipiec A et al. Metody ograniczania narażenia na alergen. In: *Kruszewski J, Kowalski ML*,

Kulus M. *Standardy w alergologii*. PTA/Termedia, Poznań 2019.

15. Górski P, Grzelewska-Rzymowska I, Kruszewski J (ed). *Leki przeciwhistaminowe. Zastosowanie w praktyce medycznej. Opracowanie Ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego*. 2nd ed. 2005.
16. *Rekomendacje GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)*. <http://www.grade-workinggroup.org/> (access: 25.05.2021).

ORCID

A. Lipiec – ID – <http://orcid.org/0000-0003-3037-2326>

P. Rapiejko – ID – <http://orcid.org/0000-0003-3868-0294>

Wkład autorów/Authors' contributions:

A. Lipiec: 50%; P. Rapiejko: 50%.

Konflikt interesów/Conflict of interests:

Nie występuje.

Finansowanie/Financial support:

Nie występuje.

Etyka/Ethics:

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

Copyright: © Medical Education sp. z o.o. This is an Open Access article distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

Adres do korespondencji

dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Lipiec
Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych,
Alergologii i Immunologii,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a