ANN – cichy złodziej życia. Punkt widzenia alergologa

Allergic rhinitis – the silent thief of life. Alergologist point of view

Piotr Dąbrowiecki
Klinika Chorób Wewnętrznych, Infekcyjnych i Alergologii, Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy

Streszczenie:
Alergiczny nieżyt nosa (ANN) jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych układu oddechowego, cierpi na nią nawet 20–30% populacji krajów rozwiniętych. Choroba istotnie obniża jakość życia pacjentów, wpływa na sen, zdolność koncentracji, wydajność pracy i nauki oraz pozostaje w ścisłym związku z astmą oskrzelową. Współczesne podejście do ANN opiera się na koncepcji jednych dróg oddechowych, zgodnie z którą proces zapalny obejmuje zarówno górne, jak i dolne drogi oddechowe.

Abstract:
Allergic rhinitis (AR) is one of the most common chronic respiratory diseases, affecting up to 20–30% of the population in developed countries. The disease significantly reduces patients' quality of life, impacts sleep, concentration, work and learning performance, and is closely associated with bronchial asthma. The contemporary approach to AR is based on the one airway concept, according to which the inflammatory process involves both the upper and lower respiratory tracts.

Słowa kluczowe: alergiczny nieżyt nosa, ANN, choroba przewlekła, układ oddechowy, jakość życia, astma oskrzelowa, proces zapalny
Key words: allergic rhinitis, AR, chronic disease, respiratory diseases, quality of life, bronchial asthma, inflammatory process

Definicja i patomechanizm

Alergiczny nieżyt nosa (ANN) jest IgE-zależną chorobą zapalną błony śluzowej nosa, wywołaną ekspozycją na alergeny środowiskowe. Objawy obejmują wodnistą wydzielinę, kichanie, świąd nosa oraz jego blokadę. Często współistnieją objawy oczne, takie jak świąd i łzawienie spojówek. W patogenezie kluczową rolę odgrywa odpowiedź typu Th2 z udziałem interleukin IL-4, IL-5 i IL-13, aktywacją eozynofilów oraz produkcją swoistych przeciwciał IgE. Ponowna ekspozycja na alergen prowadzi do aktywacji mastocytów i uwalniania mediatorów zapalenia, głównie histaminy oraz leukotrienów [1].

Epidemiologia i znaczenie kliniczne

ANN jest chorobą występującą coraz częściej. Szczególne znaczenie ma jego związek z astmą oskrzelową. U ok. 60–80% pacjentów z astmą współistnieje ANN, natomiast u ponad 40% chorych na ANN rozwija się astma.

Według aktualnych wytycznych ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) ANN należy traktować jako chorobę przewlekłą wymagającą długoterminowej kontroli, a nie wyłącznie leczenia objawowego [1].

Klasyfikacja alergicznego nieżytu nosa

Wytyczne ARIA odchodzą od tradycyjnego podziału na postacie sezonową i całoroczną, proponując klasyfikację opartą na czasie trwania oraz nasileniu objawów:

Ze względu na czas trwania:

- okresowy: objawy <4 dni w tygodniu lub <4 tygodni
- przewlekły: objawy ≥4 dni w tygodniu i ≥4 tygodni.

Alergoprofil 2026, Vol. 22, Nr 1
DOI: 10.24292/01.AP.221X20326

Pracę otrzymano: 10.03.2026
Zaakceptowano: 25.03.2026
Opublikowano: 30.03.2026
„Copyright by Medical Education"

Ze względu na ciężkość:
- łagodny
- umiarkowany/ciężki.

Ocena ciężkości opiera się na wpływie choroby na sen, codzienną aktywność, pracę, naukę i jakość życia [2].

Diagnostyka

Wywiad kliniczny

Podstawą diagnostyki pozostaje dokładny wywiad. Należy w nim zwrócić uwagę na:

sezonowość objawów
związek z ekspozycją na alergeny
współistnienie astmy
dodatni wywiad atopowy
wpływ objawów na funkcjonowanie chorego.

Objawy ANN należy diagnozować różnicowo z infekcyjnym nieżytem nosa, niealergicznym nieżytem nosa, polekowym nieżytem nosa, przewlekłym zapaleniem zatok oraz z wadami anatomicznymi nosa.

Badanie przedmiotowe

W badaniu laryngologicznym obserwuje się:
- obrzęk błony śluzowej
- bladość lub sinawą barwę śluzówki
- wodnistą wydzielinę
- przerost małżowin nosowych.

W diagnostyce pomocna jest endoskopia nosa, szczególnie u chorych z podejrzeniem polipów nosa lub przewlekłego zapalenia zatok [3].

Diagnostyka alergologiczna

Podstawowe znaczenie mają punktowe testy skórne oraz oznaczenie swoistych IgE w surowicy. Diagnostyka molekularna umożliwia identyfikację uczulenia na konkretne komponenty alergenowe i ma szczególne znaczenie przy kwalifikacji do immunoterapii alergenowej. W wybranych przypadkach wykonuje się donosowe próby prowokacyjne, aby zdiagnozować lokalny ANN (gdzie przeciwciała IgE są zawieszone w błonie śluzowej nosa).

Ocena kontroli choroby

Aktualne wytyczne podkreślają znaczenie regularnej oceny kontroli objawów z wykorzystaniem skali VAS (*Visual Analogue Scale*). Narzędzie to pozwala monitorować skuteczność terapii i modyfikować leczenie zgodnie z zasadą step-up/step-down [1].

Leczenie alergicznego nieżytu nosa

Leczenie ANN obejmuje: unikanie alergenów, farmakoterapię, immunoterapię alergenową i edukację pacjenta.

Unikanie alergenów

Chociaż całkowita eliminacja alergenów jest zwykle niemożliwa, to rekomenduje się:
- ograniczenie ekspozycji na roztocze kurzu domowego
- stosowanie filtrów HEPA
- zamykanie okien podczas pylenia
- unikanie ekspozycji na dym tytoniowy.

Farmakoterapia

Donosowe glikokortykosteroidy

Donosowe glikokortykosteroidy są obecnie najskuteczniejszym leczeniem objawowym ANN i stanowią terapię pierwszego wyboru u pacjentów z umiarkowanymi lub ciężkimi objawami. Zmniejszają one: blokadę nosa, świąd, kichanie, wydzielinę, objawy oczne [1].

Najczęściej stosowane preparaty to mometazon, flutykazon, budezonid. W praktyce często łączymy glikokortykosteroidy donosowe z miejscowo działającymi lekami przeciwhistaminowymi w jednym dozowniku (np. azelastyna – polecana przez AIRA). Wytyczne ARIA 2024–2025 podkreślają szczególne znaczenie prawidłowej techniki aplikacji donosowej.

Leki przeciwhistaminowe II generacji

Doustne leki przeciwhistaminowe II generacji są rekomendowane w łagodnych postaciach ANN (bilastyna, feksofenadyna, cetyryzyna, lewocetyryzyna, loratadyna, desloratadyna). W porównaniu z lekami I generacji charakteryzują się one znacznie słabszym działaniem sedacyjnym. Bilastyna i feksofenadyna nie penetrują do ośrodkowego układu nerwowego i są polecane chorym wymagającym zachowania pełnej sprawności psychoruchowej w pracy [3].

Terapia skojarzona

W najnowszych wytycznych ARIA szczególne miejsce zajmuje połączenie donosowego glikokortykosteroidu z azelastyną. Terapia ta zapewnia szybszą i skuteczniejszą kontrolę objawów niż monoterapia.

Antagoniści receptora leukotrienowego

Montelukast może być rozważany u pacjentów ze współistniejącą astmą, jednak jego skuteczność w ANN jest mniejsza niż donosowych glikokortykosteroidów.

Leki obkurczające błonę śluzową nosa

Preparaty α-mimetyczne powinny być stosowane wyłącznie krótkotrwale (maksymalnie 5–7 dni) z uwagi na ryzyko polekowego nieżytu nosa.

Immunoterapia alergenowa

Immunoterapia alergenowa (AIT, allergen immunotherapy) pozostaje jedyną metodą leczenia przyczynowego ANN. Polega na podawaniu wzrastających dawek alergenu w celu indukcji tolerancji immunologicznej. Wskazania obejmują: potwierdzone IgE-zależne uczulenie, istotne klinicznie objawy oraz nieskuteczność farmakoterapii lub konieczność jej przewlekłego stosowania.

Dostępne są dwie metody: immunoterapia podskórna (SCIT, subcutaneous immunotherapy) oraz immunoterapia podjęzykowa (SLIT, sublingual immunotherapy).

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (PTA) i ARIA podkreślają znaczenie immunoterapii w zapobieganiu rozwojowi astmy oraz nowych uczuleń [3].

Edukacja pacjenta

Edukacja obejmuje: naukę prawidłowego stosowania leków donosowych oraz profilaktyki antyalergenowej, monitorowanie objawów, znajomość kalendarza pylenia, poprawę adherencji terapeutycznej.

Nowoczesne wytyczne ARIA promują wykorzystanie aplikacji mobilnych do monitorowania objawów i kontroli leczenia, np. aplikacji MASK Air [1].

Podsumowanie

ANN pozostaje jedną z najczęstszych chorób przewlekłych we współczesnej populacji. Aktualne wytyczne ARIA oraz PTA podkreślają konieczność indywidualizacji terapii, regularnej oceny kontroli objawów oraz integracji leczenia górnych i dolnych dróg oddechowych. Leki przeciwhistaminowe i donosowe glikokortykosteroidy pozostają podstawą leczenia farmakologicznego, natomiast immunoterapia alergenowa stanowi jedyną metodę leczenia przyczynowego. Współczesne podejście do ANN powinno uwzględniać zarówno skuteczność kliniczną terapii, jak i poprawę jakości życia pacjentów.

Piśmiennictwo:

1. *Bousquet J, Sousa-Pinto B, Vieira RJ et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines 2024–2025 Revision. Allergy. 2026; 81(4): 954-76.*
2. *Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol. 2020; 145(1): 70-80.e3.*
3. *Alergologia. Podręcznik specjalistyczny. Biblioteka Interny Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2024.*

ORCID:
Piotr Dąbrowiecki - ID - https://orcid.org/0000-0003-2747-7530.

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 re-distribute 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. Piotr Dąbrowiecki
Klinika Chorób Wewnętrznych, Infekcyjnych i Alergologii, Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy
04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128