



W numerze m.in.:

STANDARDY MEDYCZNE

- Zalecenia Sekcji Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego dotyczące postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w nadciśnieniu tętniczym u dzieci i młodzieży — *Mieczysław Litwin, Anna Niemirska i wsp.*

DONIESIENIA ZE ŚWIATA

- Postbiotyki — *Jędrzej Sarnecki*

PRACE POGLĄDOWE

- Atypowe zapalenia płuc u dzieci – czynniki etiologiczne i aspekty kliniczne — *Anna Obuchowicz*

Alergiczny nieżyt nosa a infekcja górnych dróg oddechowych — *Rafał Pawliczak*

- Małe dziecko ze skórnymi plamami koloru kawy z mlekiem: kogo, dlaczego, kiedy i gdzie powinien skierować lekarz pediatra lub lekarz POZ — *Marek Karwacki*
- Czy modulacja mikrobiomu jelitowego może mieć znaczenie w prewencji chorób alergicznych? Rola bifidobakterii, ze szczególnym uwzględnieniem *Bifidobacterium breve* — *Bożena Cukrowska*
- „Nawilża, chłodzi i natychmiast wyleczy czerwone oko” – Czy praktyka stosowania mleka z piersi w profilaktyce i leczeniu zapalenia spojówek u niemowląt jest bezpieczna i uzasadniona? — *Barbara Królak-Olejek, Karolina Karcz*
- Zaburzenia gospodarki węglowodanowej w zapaleniach trzustki u dzieci — *Grzegorz Oracz, Agnieszka Mianowska*
- Zastosowanie kaniul nosowych z wysokim przepływem gazów w terapii noworodka — *Sonia Kahtan, Tomasz Szczapa i wsp.*
- Ząbkowanie u dzieci – aktualny stan wiedzy — *Dorota Olczak-Kowalczyk*

PRACE ORYGINALNE

- Wrastające paznokcie u dzieci i młodzieży – nie taki błahy problem — *Maciej Baglaj, Arkadiusz Kacała i wsp.*
- Ocena wyników leczenia propranololem guzów naczyniowych o charakterze naczynek wczesnodziecięcych u dzieci — *Anita Kalińska-Lipert, Paweł Osemlak i wsp.*

OPIS PRZYPADKU

- Czy to na pewno tylko infekcja? – przypadek chłopca z ostrą białaczką szpikową oporną na leczenie — *Jagoda Rogowska, Milena Król i wsp.*

Alergiczny nieżyt nosa a infekcja górnych dróg oddechowych

Differentiating allergic rhinitis and „common cold”

Rafał Pawliczak

Zakład Immunopatologii, Katedra Alergologii, Immunologii i Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

STRESZCZENIE

Różnicowanie alergicznego i wirusowego nieżytu nosa jest trudnym zadaniem zarówno dla pediatry, jak i alergologa. Obie choroby mają podobne objawy, a szczyt ich występowania może przypadać w tym samym czasie. W niniejszej pracy omówiono standardy diagnostyczne w obu przypadkach i zaproponowano odpowiednie postępowanie terapeutyczne.

Standardy Medyczne/Pediatrica ■ 2019 ■ T. 16 ■ 50-52

SŁOWA KLUCZOWE: ■ INFЕКCJA GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH ■ PRZEZIĘBIENIE ■ ALERGICZNY NIEŻYT NOSA

ABSTRACT

Differential diagnosis between the common cold or allergic rhinitis is a challenge for both pediatricians and allergists. Both diseases have similar symptoms and their seasonal peak of presence might be in similar time. The paper presents current diagnostic guidelines suggests the therapeutic approach in both diseases.

Standardy Medyczne/Pediatrica ■ 2019 ■ T. 16 ■ 50-52

KEY WORDS: ■ UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION ■ COMMON COLD ■ ALLERGIC RHINITIS

Wprowadzenie

Infekcja górnych dróg oddechowych (IGDO), zwana potocznie „przeziębieniem”, „katarą”, „*common cold*”, jest jedną z najczęstszych chorób, z którymi pacjent zgłasza się do pediatry, lekarza rodzinnego czy internisty. Dane epidemiologiczne pokazują, że każdy z mieszkańców Polski zapada na nią co najmniej raz w roku. Przebieg jest w wielu przypadkach łagodny, samoograniczający się. Niemniej jednak pacjenci chcieliby, aby katar wirusowy trwał krócej niż „tydzień albo 7 dni”. Co więcej, należy pamiętać, że nawet ta banalna infekcja może mieć poważne konsekwencje w postaci poinfekcyjnego zapalenia zatok przynosowych.

Alergiczny nieżyt nosa (ANN) jest najczęstszą przewlekłą chorobą dróg oddechowych u dzieci i jedną z najczęstszych chorób u dorosłych^{1,2}. Według różnych badań ocenia się, że bez względu na wiek może na nią chorować od 10 do nawet 30% populacji Polski. Alergiczny nieżyt nosa z definicji może być okresowy lub przewlekły, jednak coraz częściej pacjenci skarżą się na objawy przewlekłe z sezonowym zaostrzeniem, w okresie intensywnej ekspozycji na alergen^{1,2}.

Obraz kliniczny obu tych chorób jest podobny mimo zdecydowanie różnej patogenety. Nierzadko wspo-



GŁÓWNA TEZA

- Badanie nosa jest ważnym elementem różnicującym alergiczny i infekcyjny nieżyt nosa.

mniane schorzenia występują jednocześnie u tych samych pacjentów. W wielu sytuacjach objawy mogą współistnieć lub występować kaskadowo, czasem częściowo się na siebie nakładać. Utrudnia to postawienie prawidłowego rozpoznania, niekiedy uniemożliwia rozpoznanie różnicowe i z pewnością stanowi istotne wyzwanie terapeutyczne. Szczyt sezonu pylenia wczesnych drzew oraz brzozy nakłada się na szczyt infekcji grypowych i paragrypowych (odpowiednio luty/marzec oraz kilkanaście dni w kwietniu). Podobna sytuacja występuje we wrześniu, kiedy sezon pylenia chwastów i niektórych gatunków pleśni pokrywa się z sezonowym występowaniem infekcji rinowirusowych układu oddechowego³⁻⁶.

Obraz kliniczny ANN i infekcji wirusowej GDO

Objawy kataru w obu przypadkach są podobne. Charakteryzuje go:

- zatkanie nosa,
- wydzielina z nosa,

- kichanie,
- świąd nosa,
- objawy oczne: przekrwienie spojówek, łzawienie, pieczenie oczu.

Na podstawie objawów nosowych nie można dokonać jednoznacznego rozróżnienia ANN i IGDO³⁻⁶.

Pomocne mogą być objawy ogólne, które są charakterystyczne dla IGDO:

- gorączka,
- bóle stawów i mięśni.

Niestety wymienione powyżej objawy nie występują podczas każdej infekcji i nie są specjalnie swoiste dla infekcji górnych dróg oddechowych³⁻⁶.

Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem badania klinicznego nosa i gardła w obu sytuacjach może dostarczać bardzo podobnych wyników. Jedynym elementem wskaźnikowym, który może pomóc w różnicowaniu, jest wygląd błony śluzowej nosa w badaniu rynoskopowym. W przypadku IGDO o etiologii wirusowej błona śluzowa nosa jest intensywnie czerwona, natomiast w przebiegu alergicznego zapalenia ma ona kolor szaroróżowy. Oczywiście czułość i swoistość tego objawu, a co za tym idzie – jego wartość dyskryminacyjna jest ograniczona. Niemniej jednak w praktyce klinicznej kolor błony śluzowej podczas badania rynoskopowego może być jedynym lub głównym kryterium pozwalającym z dużym prawdopodobieństwem ustalić prawidłowe rozpoznanie.

Leczenie ANN i IGDO

Postępowanie terapeutyczne w alergicznym nieżytu nosa definiuje szereg międzynarodowych, a także polskich standardów. Najbardziej uznanym jest okresowo modyfikowana ARIA (ang. *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*)^{2,7-10}. Wskazuje ona, że w przypadku objawów o łagodnym nasileniu można rozpocząć leczenie od leku przeciwhistaminowego doustnego bądź donosowego lub donosowego glikokortykosteroidu^{2,7-10}. W przypadku ciężkich lub przewlekłych objawów leczenie rozpoczyna się od glikokortykosteroidu donosowego, do którego w razie braku pełnej skuteczności można dołączyć lek przeciwhistaminowy^{2,7-10}. Zwraca się także uwagę na korzystne w tej sytuacji stosowanie glikokortykosteroidu i leku przeciwhistaminowego w jednym aplikatorze sprayu donosowego^{2,7-10}.

Leczenie banalnej wirusowej infekcji GDO jest słabo zdefiniowane w zaleceniach terapeutycznych. Pierwsze wzmianki na ten temat pochodzą z 1928 r.¹¹ Wśród lekarzy, szczególnie pediatrów i lekarzy rodzinnych, pokutuje cały szereg mitów w tym zakresie. Co do zasady leczenie infekcji wirusowej GDO jest objawowe¹². Jednak w oparciu o metaanalizy badań klinicznych i opinie ekspertów (o małej wartości dowodowej) amerykańskie Centrum Kontroli

Chorób Zakaźnych sformułowało kilka lat temu zalecenia, które sugerują jednocześnie stosowanie:

- niesteroidowego leku przeciwzapalnego,
- α-mimetyków donosowych,
- inne leki obkurczające błonę śluzową nosa,
- leków przeciwhistaminowych¹².

Wytyczne te wskazują na konieczność stosowania kilku preparatów w leczeniu kataru wirusowego. Co ciekawe, zalecenia nie uwzględniają stosowania donosowych glikokortykosteroidów, które są w ostatnim czasie dość chętnie przepisywane pacjentom z infekcją wirusową nosa. Postępowanie to, czasem mniej, czasem bardziej skuteczne, nie ma jednak dobrych dowodów w badaniach klinicznych. Istnieje szereg publikacji i metaanaliz sugerujących, że leczenie kataru wirusowego donosowymi glikokortykosteroidami nie skraca czasu trwania choroby i nie zmniejsza nasilenia objawów^{13,14}. Leczenie takie wynika z nieuzasadnionego wdrażania w przypadku kataru wirusowego zaleceń dotyczących leczenia ostrego zapalenia zatok, gdzie stosowanie donosowych glikokortykosteroidów jest poparte dowodami naukowymi i zalecane w praktyce klinicznej¹⁵. Infekcja wirusowa górnych dróg oddechowych może skończyć się tzw. powirusowym zapaleniem zatok przynosowych. Klinicznie katar wirusowy powinien się zmniejszać około 5-7 dnia od momentu pojawienia, ale jeśli jego objawy pozostają na stałym poziomie lub nasilają się, zwykle rozpoznajemy ostre powirusowe zapalenie zatok przynosowych (OPZZP). W takich sytuacjach stosowanie donosowych glikokortykosteroidów hamuje proces zapalny i prowadzi do znacznego zmniejszenia stanu zapalnego w obrębie błony śluzowej nosa i kompleksu ujściowo-przewodowego^{16,17}, a w konsekwencji powoduje złagodzenie objawów zatokowych.

Leki roślinne w leczeniu IGDO

Istnieją liczne badania dowodzące skuteczności i bezpieczeństwa stosowania preparatów czosnku w leczeniu IGDO¹⁸. Nie ma natomiast danych na temat skuteczności pozostałych leków i wyrobów medycznych (w tym witaminy C, wody morskiej itp.). To samo dotyczy oczywiście leków homeopatycznych. Witamina C może skracać czas trwania objawów, jednak nie jest skuteczna w profilaktyce lub zmniejszaniu intensywności kataru¹⁹⁻²².

Odmienności ANN i IGDO u dzieci

Większość badań dotyczących obu chorób, a także standardów postępowania pochodzi z doświadczeń u osób powyżej 18 r.ż. Dane na temat granic wiekowych stosowanych preparatów znajdują się w charakterystyce produktów leczniczych. U dzieci preferowanym lekiem w ANN jest doustny preparat przeciwhistaminowy²³. Steroid donosowy poda-

je się, jeśli wcześniejsze postępowanie jest nieskuteczne w ciągu 7 dni²³. W grupie pacjentów pediatrycznych bezpieczna jest także kombinacja montelukastu i doustnego leku przeciwhistaminowego²³. Skuteczność takiego postępowania u dorosłych jest kwestionowana. W odniesieniu do dzieci nie stworzono standardów leczenia infekcji wirusowych. Opisywane powyżej PZZP w tej grupie wiekowej jest rzadkie.

Podsumowanie

Diagnostyka różnicowa kataru wirusowego i alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa może być trudna. Należy pamiętać także o tym, że obie choroby mogą występować jednocześnie lub bezpośrednio po sobie, co znacząco utrudnia rozpoznanie. Leczenie różni się w obu przypadkach, choć wspólnym punktem są doustne leki przeciwhistaminowe.

prof. dr hab. n. med. Rafał Pawliczak

✉ Zakład Immunopatologii, Katedra Alergologii,
Immunologii i Dermatologii
Uniwersytet Medyczny
90-752 Łódź, ul. Żeligowskiego 7/9 pok. 122

rafal.pawliczak@csk.umed.lodz.pl



DO ZAPAMIĘTANIA

- W różnicowaniu ANN i IGDO ważne jest badanie nosa.
- Leczenie obu chorób jest zdecydowanie różne.
- W obu chorobach można stosować leki przeciwhistaminowe II generacji.

PIŚMIENNICTWO

- ¹ Wallace DV, Dykewicz MS. Seasonal Allergic Rhinitis: A focused systematic review and practice parameter update. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2017;17:286-294.
- ² Brozek JL i wsp. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2017;140:950-958.
- ³ Wei JL. Chronic nasal dysfunction in children: Allergic rhinitis? Infectious? What to do if neither? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2015;23:491-498.
- ⁴ Seidman MD i wsp. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015;152(Suppl. 1):1-43.
- ⁵ Georgalas C, Terreehorst I, Fokkens W. Current management of allergic rhinitis in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2010;21:119-126.
- ⁶ Angier E i wsp. Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline. *Prim Care Respir J* 2010;19:217-222.
- ⁷ Scadding G i wsp. Rhinology future trends: 2017 EUFOREA debate on allergic rhinitis. *Rhinology* 2018. doi:10.4193/Rhin18.076.
- ⁸ Sakano E i wsp. IV Brazilian Consensus on Rhinitis – an update on allergic rhinitis. *Braz J Otorhinolaryngol* 2017. doi:10.1016/j.bjorl.2017.10.006.
- ⁹ Okubo K i wsp. Japanese guidelines for allergic rhinitis 2017. *Allergol Int* 2017;66:205-219.
- ¹⁰ Caimmi D i wsp. Validation of the MASK-rhinitis visual analogue scale on smartphone screens to assess allergic rhinitis control. *Clin Exp Allergy* 2017;47:1526-1533.
- ¹¹ Cheney VS. "The Common Cold" Etiology, Prevention and Treatment. *Am J Public Health Nations Health* 1928;18:15-20.
- ¹² Allan GM, Arroll B. Prevention and treatment of the common cold: making sense of the evidence. *CMAJ* 2014;186:190-199.
- ¹³ Qvarnberg Y, Valtonen H, Laurikainen K. Intranasal beclomethasone dipropionate in the treatment of common cold. *Rhinology* 2001;39:9-12.
- ¹⁴ Hayward G i wsp. Corticosteroids for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(10):CD008116.
- ¹⁵ Rosenfeld RM. Clinical Practice. Acute Sinusitis in Adults. *N Engl J Med* 2016;375:962-970.
- ¹⁶ Wei CC, Adappa ND, Cohen NA. Use of topical nasal therapies in the management of chronic rhinosinusitis. *Laryngoscope* 2013;123:2347-2359.
- ¹⁷ Chong LY i wsp. Intranasal steroids versus placebo or no intervention for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(4):CD011996.
- ¹⁸ Lissiman E, Bhasale AL, Cohen M. Garlic for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(11):CD006206.
- ¹⁹ Heimer KA i wsp. Examining the evidence for the use of vitamin C in the prophylaxis and treatment of the common cold. *J Am Acad Nurse Pract* 2009;21:295-300.
- ²⁰ Latte J, Taverner D. Clinical trial of 3 days of treatment with oral pseudoephedrine for the common cold in the southern hemisphere. *Am J Rhinol* 2007;21:452-455.
- ²¹ Hemila H. The role of vitamin C in the treatment of the common cold. *Am Fam Physician* 2007;76:1111-1115.
- ²² Schmiedel V, Klein P. A complex homeopathic preparation for the symptomatic treatment of upper respiratory infections associated with the common cold: An observational study. *Explore (NY)* 2006;2:109-114.
- ²³ Brozek JL i wsp. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126:466-476.