

Πρακτικός οδηγός για τη βελτίωση της διάγνωσης της ρινίτιδας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η ρινίτιδα είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα όλων των ηλικιακών ομάδων, που επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των ατόμων που πάσχουν από αυτή, καθώς και των συγκατόικτων τους. Η υποδιάγνωση και η λανθασμένη διάγνωση είναι συχνές, γεγονός που οδηγεί σε ανεπαρκή ή ακατάλληλη θεραπεία, οικονομικές επιπτώσεις και πιθανές επιπτώσεις στην γενικότερη υγεία του ατόμου.¹

Οι περισσότεροι άνθρωποι με ρινίτιδα αντιμετωπίζουν την πάθηση περιστασιακά, είτε με αυτό-διαχείριση είτε με φάρμακα που διατίθενται χωρίς ιατρική συνταγή (OTC). Πολλοί ασθενείς υποτιμούν και παραμελούν τα συμπτώματά τους και συχνά δεν τα αναφέρουν στον γενικό τους ιατρό (ΓΙ). Ωστόσο, καθώς πρόκειται για ένα συχνό πρόβλημα με σημαντική συννοσηρότητα που επηρεάζει και τη διαχείριση άλλων νοσημάτων, θα πρέπει να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται κατάλληλα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η συνολική μέση συχνότητα της αλλεργικής ρινίτιδας (AP) και της μη αλλεργικής ρινίτιδας (MAP) είναι 18% και 12%, αντίστοιχα και φαίνεται να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου.² Η αλλεργική ρινίτιδα επηρεάζει περίπου 500 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως³, ενώ παρουσιάζει σημαντικές γεωγραφικές διαφορές.⁴

Η ρινίτιδα επηρεάζει όλες τις ηλικίες, αν και η συχνότητα των συμπτωμάτων είναι υψηλότερη στα παιδιά και τους εφήβους.⁵ Η AP είναι συχνότερη από τη MAP και έχει πιο επίμονα και μέτρια-έως-σοβαρά συμπτώματα.³ Η συχνότητα και η σοβαρότητα των ρινικών και οφθαλμικών συμπτωμάτων της AP, σε συνδυασμό με τις διαταραχές του ύπνου, οδηγούν σε σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής⁴ και σε οικονομική επιβάρυνση, η οποία προκύπτει από το κόστος των φαρμάκων, τις ιατρικές επισκέψεις, την απουσία από την εργασία, την μειωμένη απόδοση στις ακαδημαϊκές, επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις.⁶⁻⁸

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ;

Η ρινίτιδα είναι μια φλεγμονή του ρινικού βλεννογόνου, που χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον 2 συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται για περισσότερο από μία ώρα την ημέρα, τις περισσότερες ημέρες

1. Καταρροή (ρινική καταρροή)
2. Βουλωμένη μύτη/συμφορήση στη μύτη
3. Φτέρνισμα
4. Κνησμός στη μύτη
5. Κνησμός στο λαιμό
6. Κνησμός στα μάτια*

Υπάρχουν τρεις ευρέως αποδεκτές υποομάδες ρινίτιδας: η αλλεργική ρινίτιδα (AP) η μη αλλεργική ρινίτιδα (MAP), η μη λοιμώδης ρινίτιδα και η λοιμώδης ρινίτιδα.¹⁰ Η AP αναφέρεται σε συμπτώματα που προκαλούνται από μια ανοσοδιαμεσολαβούμενη αντίδραση μετά από έκθεση σε αλλεργιογόνα, ενώ η

Πίνακας 1: Ταξινόμηση της αλλεργικής ρινίτιδας (διάρκεια και σοβαρότητα)^{20,21}

Διαλείπουσα < 4 ημέρες την εβδομάδα ή < 4 συνεχόμενες εβδομάδες	Ήπια (Όλα τα παρακάτω) - Κανονικός ύπνος - Κανονική εργασία και σχολείο - Κανονική καθημερινή δραστηριότητα - Χωρίς ενοχλητικά συμπτώματα
Επίμονη > 4 ημέρες την εβδομάδα και > 4 συνεχόμενες εβδομάδες	Μέτρια / Σοβαρή (Ένα ή περισσότερα) - Διαταραγμένος ύπνος - Προβλήματα στην εργασία και το σχολείο - Διαταραχή των καθημερινών δραστηριοτήτων - Ενοχλητικά συμπτώματα

MAP αναφέρεται σε συμπτώματα χωρίς αλλεργιογόνο ευαισθητοποίηση.¹¹ Μερικές φορές και οι δύο τύποι (MAP και AP) συνυπάρχουν ταυτόχρονα (μεικτή ρινίτιδα). Ο προσδιορισμός της αιτίας της ρινίτιδας είναι σημαντικός για την επιτυχή αντιμετώπισή της.

Η αλλεργική ρινίτιδα (AP) προκαλείται από αεροαλλεργιογόνα, συμπεριλαμβανομένης της έκθεσης σε επαγγελματικά αλλεργιογόνα. Σύμφωνα με τις οδηγίες Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): <https://www.euroforea.eu/aria/>, η AP ταξινομείται με βάση τη διάρκεια και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Πίνακας 1). Τουλάχιστον το 50% των ασθενών παρουσιάζουν επίμονα συμπτώματα και το 40-60% παρουσιάζουν μέτρια έως σοβαρή AP, η οποία επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Η διαγνωστική προσέγγιση της AP είναι παρόμοια σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η AP εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά ηλικίας 4-6 ετών, με την επίπτωση να κορυφώνεται στα 14-16 έτη, όμως μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε ηλικία.^{12,13} Η MAP είναι λιγότερο συχνή στα παιδιά, με εξαίρεση την MAP που σχετίζεται με λοιμώξεις.

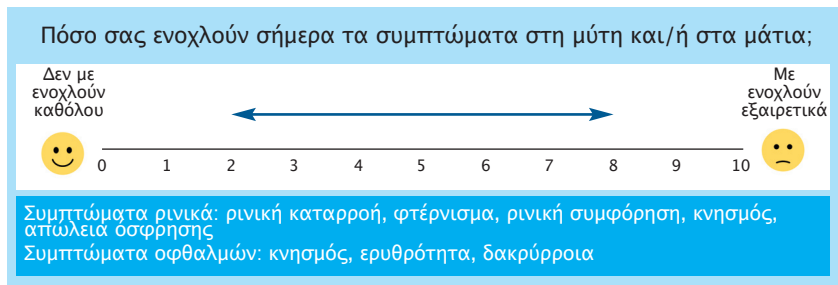
Η AP συχνά υποδιαγιγνώσκεται ή διαγιγνώσκεται εσφαλμένα και κατά συνέπεια δεν θεραπεύεται.¹⁴ Καθώς τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι παρόμοια με αυτά άλλων παθήσεων, ιδίως ιογενείς λοιμώξεις (π.χ. κοινό κρυολόγημα, ρινοκολπίτιδα, γρίπη,

COVID-19, MAP), τα άτομα με AP μπορεί να πιστεύουν ότι έχουν μία απλή λοίμωξη ή άλλη αναπνευστική πάθηση.^{15,16} Αυτό μπορεί να τους οδηγήσει να αναμένουν από τον οικογενειακό τους ιατρό να τους συνταγογραφήσει αντιβιοτικά¹⁷ (βλ. παρακάτω). Επιπλέον, τα άτομα με AP συχνά αυτοδιαγιγνώσκονται και αυτοθεραπεύονται με φάρμακα, που λαμβάνουν χωρίς ιατρική συνταγή από φαρμακεία ή παραγγέλνοντας τα διαδικτυακά, ώστε να ανακουφίσουν τα συμπτώματά τους, χωρίς όμως να επισκεφτούν τον οικογενειακό τους ιατρό.¹⁸ Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική χρήση φαρμάκων, χωρίς καθορισμένη διάγνωση, σε ανεπαρκή θεραπεία και σε φτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή.¹⁹ Η αναζήτηση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή μπορεί να αποτελέσει μια ευκαιρία για τους φαρμακοποιούς, ώστε να εντοπίσουν πιθανή ρινίτιδα και να συμβουλευθούν ή να κατευθύνουν τους ασθενείς σε μια δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου η διάγνωση θα βασιστεί στο κλινικό και οικογενειακό ιστορικό και στη φυσική εξέταση ενώ σε κάποιες περιπτώσεις, θα παραπέμψουν σε άλλες ειδικότητες.

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της AP και της MAP αξιολογείται συχνά χρησιμοποιώντας μια Οπτική Αναλογική Κλίμακα (OAK) (Σχήμα 1), η οποία κυμαίνεται από 0 (μη ενοχλητική) έως 10 (εξαιρετικά ενοχλητική). Μια βαθμολογία 5 ή μεγαλύτερη υποδηλώνει μέτρια έως

* Αυτό είναι ένα σύμπτωμα της αλλεργικής επιπεφυκίτιδας, που είναι παρόν τουλάχιστον στο 50% των ασθενών με AP

Σχήμα 1 – Οπτική αναλογική κλίμακα (OAK)



Προσαρμογή από: Sousa-Pinto B, et al. Validity, reliability, and responsiveness of daily monitoring visual analog scales in MASK-air®. Clin Transl Allergy. 2021 Sep 19;11(7):e12062. doi: 10.1002/clt2.12062

Πίνακας 2: Διαφορική διάγνωση της ρινίτιδας

Ρινίτιδα	Αλλεργική	Μη αλλεργική	
		Μη λοιμώδης	Λοιμώδης
	Αλλεργική ρινίτιδα (AR)	Μη αλλεργική ρινίτιδα	Κοινοί ιοί κρυολογήματος COVID Γρίπη
Αιτίες	Ανοσολογική αντίδραση σε αλλεργιογόνα	Διάφορες: φαρμακολογικές, χρόνια χρήση αποσυμφορητικών	Λοίμωξη
Έναρξη	Νωρίς στην ζωή	Οποιαδήποτε ηλικία	Οποιαδήποτε ηλικία
Διάρκεια	Διαλείπουσα/ Επίμονη	Διαλείπουσα/ Επίμονη	Διαλείπουσα, επεισοδιακή
Οικογενειακό ιστορικό	Ρινίτιδα, ατοπική δερματίτιδα, άσθμα	Μη συσχετιζόμενο	Εάν έχει μολυνθεί μέλος της οικογένειας
Συννοσηρότητες	Αλλεργική επιπεφυκίτιδα, άσθμα, ατοπική δερματίτιδα		
Εκλυτικοί παράγοντες	Εξωτερικοί: γύρη από δέντρα, ζιζάνια και λουλούδια, μούχλα (η κλιματική αλλαγή μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα αλλεργιογόνων) Εσωτερικοί: ακάρεα σκόνης, κατσαρίδες, τρίχες ζώων και μούχλα	- πρόσθετα τροφίμων (καψαϊκίνη, μπαχαρικά, θειώδη άλατα στη διατροφή σαλικυλικά, επαγγελματικές αιτίες - ορμονικές αλλαγές (ορμονοθεραπεία, προεμμηνορροϊκό σύνδρομο) - σεξουαλική διέγερση - αλκοόλ	
Παράγοντες επιδείνωσης	- ιογενής λοίμωξη, - καπνός τσιγάρου, - περιβαλλοντικοί ερεθιστικοί παράγοντες: αιθαλομίχλη, ατμοσφαιρική ρύπανση		

σοβαρή νόσο. Η χρήση μιας OAK για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της ρινίτιδας, επιτρέπει τη μέτρηση οποιασδήποτε αλλαγής μετά τη θεραπεία.

Η μη αλλεργική ρινίτιδα (Πίνακας 2) προκαλείται από διάφορους παράγοντες που προκαλούν φλεγμονή ή ερεθισμό του ρινικού βλεννογόνου, όπως ορισμένα φάρμακα, π.χ. ασπιρίνη, ΜΣΑΦ, συστατικά τροφίμων (καψαϊκίνη, μπαχαρικά, θειώδη άλατα και σαλικυλικά), ορμόνες (προεμμηνορροϊκές, αντισυλληπτικά χάπια, ορμονοθεραπεία), χημικές ουσίες (π.χ. αρώματα, λακ, καλλυντικά, αποσμητικά/αντιιδρωτικά, λευκαντικά και οικιακά καθαριστικά), πριονίδι, καπνός τσιγάρων, επαγγελματικούς παράγοντες και αιθαλομίχλη.²² Συστηματικά νοσήματα μπορεί επίσης να προκαλέσουν ρινικά συμπτώματα (αυτοάνοσες διαταραχές, ανεπάρκειες ανοσοσφαιρίνης, δυσκινησία των κροσσών), καθώς και οι ανατομικές παραμορφώσεις της μύτης, όπως η σκολίωση του ρινικού διαφράγματος.²³ Οι λοιμώξεις, ιδίως οι ιογενείς λοιμώξεις του αναπνευστικού, είναι μια συχνή αιτία της MAP, όπως και η έλλειψη ύπνου, η κόπωση, το άγχος και η έκθεση σε υπερβολικό κρύο. Στην μικτή ρινίτιδα, η MAP μπορεί να επιβαρυνθεί από την παρουσία AP.

Πόνος στα ιγμόρεια, οξεία βακτηριακή ρινοκολπίτιδα και μέση ωτίτιδα, μπορεί να εμφανιστούν με οποιαδήποτε από αυτές τις μορφές ρινίτιδας. Αυτό οφείλεται στην υπερβολική παραγωγή βλέννας σε συνδυασμό με απόφραξη των ιγμορείων και/ή της ευσταχιανής σάλπιγγας, που οδηγεί σε αυξημένη πίεση στα/ο

ιγμόρεια/μέσο αυτί, προκαλώντας πόνο. Συνήθως, η οξεία βακτηριακή ρινοκολπίτιδα εμφανίζεται μετά από ιογενή λοίμωξη, με επιδείνωση των συμπτωμάτων, 5-7 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Χαρακτηρίζεται από πόνο στα ιγμόρεια, πυρετό άνω των 38°C και συχνά συνοδεύεται από συστηματικά συμπτώματα, όπως πονοκέφαλος, μυϊκοί πόνοι, κόπωση, ρίγη και εφίδρωση. Η άσκοπη χορήγηση αντιβιοτικών μπορεί να προκαλέσει περισσότερο κακό παρά καλό, αλλά τα τοπικά ρινικά στεροειδή μπορεί να είναι ευεργετικά.^{24,25} Ο προσδιορισμός της υποκείμενης αιτίας της ρινίτιδας είναι απαραίτητος για τη σωστή διάγνωση και την κατάλληλη αντιμετώπιση. Η MAP αντιμετωπίζεται κυρίως με την εξάλειψη του παράγοντα που την προκαλεί, ενώ η AP μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με μια σειρά φαρμακευτικών θεραπειών, μετά από σωστή διάγνωση.

Ερωτήσεις που βοηθούν στον εντοπισμό της AP:

- Γνωρίζετε κάτι ή κάποιο μέρος που προκαλεί τα συμπτώματά σας; Για παράδειγμα, έκθεση σε σκόνη του σπιτιού ή γύρη, επαφή με ζώα, συγκεκριμένες εργασίες στο σπίτι, στο σχολείο ή στην εργασία, ή έκθεση σε χημικές ουσίες.
- Ποια συμπτώματά σας προκαλούν τα περισσότερα προβλήματα; (ελέγξτε για ρινική καταρροή, φτέρνισμα, κνησμό στη μύτη, ρινική συμφόρηση, απώλεια όσφρησης, δακρύρροια ή κνησμό στα μάτια).
- Πόσο καιρό έχετε αυτά τα συμπτώματα; Είχατε τα ίδια συμπτώματα την ίδια περίοδο πέρυσι;
- Έχει παρουσιάσει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας παρόμοια συμπτώματα;
- Έχετε ποτέ διαγνωστεί με αλλεργική ρινίτιδα (οι ασθενείς μπορεί να την γνωρίζουν ως αλλεργία στο γρασίδι), αλλεργική επιπεφυκίτιδα, άσθμα ή ατοπική δερματίτιδα;
- Τα συμπτώματά σας εμφανίζονται και εξαφανίζονται ή είναι πάντα παρόντα; Μπορείτε να συσχετίσετε τα συμπτώματα με μια συγκεκριμένη εποχή / περίοδο του έτους;
- Η ρινική σας έκκριση είναι διαυγής και υδαρή;
- Έχετε συριγμό ή δύσπνοια; (Η απάντηση «Ναι» μπορεί να υποδηλώνει άσθμα, αλλά μπορεί επίσης να υποδηλώνει δυσκολία στην αναπνοή από τη μύτη).
- Έχετε πόνο στο αυτί ή στο πρόσωπο; (Η απάντηση «Ναι» μπορεί να υποδηλώνει μέση ωτίτιδα ή ρινοκολπίτιδα. Αυτό δεν υποδηλώνει βακτηριακή λοίμωξη, αλλά οφείλεται σε συνδυασμό αυξημένης παραγωγής βλέννας, συνοδευόμενης από μειωμένη παροχέτευση, που οδηγεί σε πίεση (πόνος) στο μέσο αυτί ή στους κόλπους (βλ. παραπάνω).

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ;

Λήψη ιστορικού

Η λήψη ενός λεπτομερούς ατομικού και οικογενειακού ιστορικού είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση της AP και οι ερωτήσεις θα πρέπει να επικεντρώνονται στο είδος των συμπτωμάτων, την έναρξη, τη διάρκεια και τη συχνότητά τους, τις πιθανές εκθέσεις, τους παράγοντες που επιδεινώνουν/ανακουφίζουν τα συμπτώματα καθώς και την εποχικότητα [βλ. πλαίσιο ερωτήσεων παρακάτω]. Το ιστορικό πρέπει επίσης να αξιολογεί συναφείς παθήσεις, όπως την αλλεργική επιπεφυκίτιδα, το άσθμα, την ατοπική δερματίτιδα, τη διαταραχή της αναπνοής κατά τον ύπνο, την ρινοκολπίτιδα και την μέση ωτίτιδα.

Φυσική εξέταση

Τα ευρήματα μπορεί να περιλαμβάνουν διαυγή, κολλώδη βλέννα, και διογκωμένες κατώτερες ρινικές κόγχες. Συχνά παρατηρείται αναπνοή από το στόμα, συχνό ρούφηγμα της μύτης και/ή καθαρισμός του λαιμού, μαζί με σημεία όπως μαύροι κύκλοι κάτω από τα μάτια («αλλεργικοί μαύροι κύκλοι»), υποκογχική πτυχή και εγκάρσια ρινική γραμμή («αλλεργικός χαιρετισμός», που είναι πιο συχνός στα παιδιά). Είναι σημαντικό να αποκλειστούν άλλες αιτίες ρινικής απόφραξης, όπως σημαντική σκολίωση του ρινικού διαφράγματος, πολύποδες ή παραρρινικές μάζες και ειδικά στα παιδιά, ξένα σώματα, που χαρακτηρίζονται από μονόπλευρη δύσσομη ρινική έκκριση. Τα ιγμόρεια μπορεί να είναι ευαίσθητα στην αφή σε άτομα με χρόνια συμπτώματα.

Κόκκινες σημαίες

Ορισμένες «κόκκινες σημαίες» απαιτούν άμεση προσοχή και υποδηλώνουν την ανάγκη παραπομπής σε ωτορινολαρυγγολόγο και/ή αλλεργιολόγο. Αυτές περιλαμβάνουν επίμονη μονόπλευρη ρινική απόφραξη, πρόσμιξη αίματος στο έκκριμα, δύσσομη ρινική έκκριση, επίμονο πόνο στα ιγμόρεια ή ρινικούς πολύποδες (που υποδηλώνεται από σοβαρή και επίμονη ρινική συμφόρηση και ανοσμία). Τέτοια σημεία υποδηλώνουν πιο σοβαρές υποκείμενες παθήσεις που απαιτούν περαιτέρω αξιολόγηση.

Αξιολόγηση

Εάν η λήψη ιστορικού και η κλινική αξιολόγηση υποδηλώνουν AP και αυτό υποστηρίζεται από θετική ανταπόκριση στην εμπειρική θεραπεία με μη κατασταλτικό H1-αντιισταμινικό και/ή ρινικό γλυκοκορτικοειδές (ή σταθερό συνδυασμό ρινικού γλυκοκορτικοειδούς και ρινικού αντιισταμινικού σε μέτριες έως σοβαρές περιπτώσεις), η επιβεβαίωση του αλλεργιογόνου είναι δυνατή είτε με βάση το ιστορικό, είτε με εξέταση ορού για αλλεργιογόνο-ειδική ανοσοσφαιρίνη E (SigE), είτε με δερματικό τεστ

αλλεργίας, αν και αυτές οι εξετάσεις είναι συνήθως αρνητικές στην τοπική αλλεργική ρινίτιδα.^{26,27} Η τοπική αλλεργική ρινίτιδα χαρακτηρίζεται από καλή ανταπόκριση στη θεραπεία, αλλά με αρνητική ανίχνευση ολικής IgE, καθώς αυτή βρίσκεται μόνο στον ρινικό βλεννογόνο. Η εξέταση ορού (SigE) είναι συχνά διαθέσιμη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, δεν απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό και ουτε χρειάζεται να διακοπεί η αντιισταμινική αγωγή. Οι δερματικές δοκιμασίες απαιτούν εξειδικευμένο επαγγελματία για τη διεξαγωγή των εξετάσεων και την ερμηνεία των ευρημάτων. Σπάνια είναι διαθέσιμες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ωστόσο τα αποτελέσματα είναι άμεσα διαθέσιμα. Αυτές οι εξετάσεις συνιστώνται κυρίως όταν υπάρχει διαγνωστική αβεβαιότητα ή μη ανταπόκριση στη θεραπεία, αλλά και όταν εξετάζεται η πιθανότητα ανοσοθεραπείας.^{28,29}

Η ακτινογραφική απεικόνιση δεν συνιστάται για τη διάγνωση της AP.²⁰

Βιβλιογραφία

1. Baido F, Baidarini I, Scichilone N, Musarra A, Menoni S, Ridolo E, et al. Illness perception, mood and coping strategies in allergic rhinitis: are there differences among ARIA classes of severity? Rhinology. 2014 Mar;52(1):66-71. doi: 10.4193/Rhino13.040.
2. Savouré M, Bousquet J, Jaakkola JJK, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: a review of definitions and temporal evolution. Clin Transl Allergy. 2022 Mar;12(3):e12130. doi: 10.1002/clt2.12130. PMID: 35344304; PMCID: PMC8967272.
3. Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy. 2008 Apr;63:8-160.
4. Akdis CA, Hellings PW, Agache I, editors. Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis. European Academy of Allergic Rhinitis and Chronic Rhinosinusitis; 2015.
5. Meltzer EO. Allergic rhinitis: burden of illness, quality of life, comorbidities, and control. Immunol Allergy Clin North Am. 2016 May;36(2):235-48. doi: 10.1016/j.jiac.2015.12.002.
6. Bédard A, et al. Correlation between work impairment, scores of rhinitis severity and asthma using the MASK-air0 App. Allergy. 2020 Jul;75(7):1672-1688. doi: 10.1111/all.14204. Epub 2020 Mar 22.
7. Dierick BJH, van der Molen T, Flokstra-de Blok BMJ, Muraro A, Postma MJ, Kocks JWH, et al. Burden and socioeconomic of asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis and food allergy. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2020 Oct;20(5):437-453. doi: 10.1080/14737167.2020.1819793.
8. Smith P, Hellings P, Scadding G, Harvey R, Carney S, Price D, et al. Impact of allergic rhinitis on health-related quality of life: results from an Australian survey. Intern Med J. 2016;46(Suppl 4):22. Article ASCIA-P57. doi: 10.1111/imj.57.13197.
9. Cardell LO, Olsson P, Andersson M, Welin KO, Svensson J, Tennvall GR, et al. TOTAL: high cost of allergic rhinitis—a national Swedish population-based questionnaire study. NPJ Prim Care Respir Med. 2016 Feb 4;26:15082. doi: 10.1038/nppjpcrm.2015.82.
10. Liva GA, Karatzanis AD, Prokopiak EP. Review of rhinitis: classification, types, pathophysiology. J Clin Med. 2021 Jul 19;10(14):3183. doi: 10.3390/jcm10143183. PMID: 34300349; PMCID: PMC8303640.
11. Savouré M, Bousquet J, Jaakkola JJK, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: a review of definitions and temporal evolution. Clin Transl Allergy. 2022 Mar;12(3):e12130.
12. Hardjojo A, Shek LP, van Bever HP, Lee BW. Rhinitis in children less than 6 years of age: current knowledge and challenges. Asia Pac Allergy. 2011 Oct;1(3):115-22. doi: 10.5415/apallergy.2011.1.3.115. Erratum in: Asia Pac Allergy. 2012 Jan;2(1):90. PMID: 22053307; PMCID: PMC3206246.
13. Asher MJ, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. Lancet. 2006 Aug 26;368(9537):733-43. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69283-0. Erratum in: Lancet. 2007 Sep 29;370(9593):1128. PMID: 16935684.
14. Grønhoj Larsen C, Gyldenløve M, Linneberg A. Allergic rhinitis is often undiagnosed and untreated: results from a general population study of Danish adults. Clin Respir J. 2013 Oct;7(4):354-8. doi: 10.1111/crj.12015.
15. Montnérny P, Svensson C, Adelroth E, Löfdahl CG, Andersson M, Greiff L, et al. Prevalence of nasal symptoms and their relation to self-reported asthma and chronic bronchitis/emphysema. Eur Respir J. 2001;17(4):596-603.
16. Larsson LG, Lindberg A, Franklin KA, Lundbäck B. Symptoms related to obstructive sleep apnoea are common in subjects with asthma, chronic bronchitis and rhinitis in a general population. Respir Med. 2001;95(5):423-9.
17. Mainous AG 3rd, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. J Fam Pract. 1997;45(1):75-83.
18. Tan R, Cvetkovski B, Kritikos V, Price D, Yan K, Smith P, et al. Identifying the hidden burden of allergic rhinitis (AR) in community pharmacy: a global phenomenon. Asthma Res Pract. 2017 Nov 21;3:8. doi: 10.1186/s40733-017-0036-z.
19. Scheire S, Germonpré S, Mehuis E, Van Tongelen I, De Sutter A, Steurbaut S, et al. Rhinitis control and medication use in a real-world sample of patients with persistent rhinitis or rhinosinusitis: a community pharmacy study. J Allergy Clin Immunol Pract. 2024 Jul;12(7):1865-76.e6. doi: 10.1016/j.jaip.2024.04.031.
20. Dynamed. Allergic rhinitis. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/allergic-rhinitis#GUID-5F4112FD-1A2F-4207-892A-0023F2708CA9>
21. Klimek L, Bachert C, Pfaff O, Becker S, Bieber T, Brehler R, et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. Allergol Select. 2019 Dec 30;3(1):22-50. doi: 10.5414/ALX02120E. PMID: 32176226; PMCID: PMC7066682.
22. Baroody FM, Gevaert P, Smith PK, Ziaie N, Bernstein JA. Nonallergic rhinopathy: a comprehensive review of classification, diagnosis, and treatment. J Allergy Clin Immunol Pract. 2024;12(6):1436-47.
23. Schatz M, Zeiger RS, Falkoff RJ. Nasal manifestations of systemic conditions. Immunol Allergy Clin North Am. 1987 Apr 1;7(1):159-74.
24. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. Rhinology. 2020 Feb 20;58(Suppl 29):1-464.
25. Ryan D. Management of acute rhinosinusitis in primary care: changing paradigms and the emerging role of intranasal corticosteroids. Prim Care Respir J. 2008 Sep;17(3):148-55. doi: 10.3132/pcrj.2008.00050. PMID: 18695848; PMCID: PMC6619892.
26. Rondón C, Campo P, Galindo L, Blanca-López N, Cassinello MS, Rodríguez-Bada JL, et al. Prevalence and clinical relevance of local allergic rhinitis. Allergy. 2012 Oct;67(10):1282-8. doi: 10.1111/all.12002. PMID: 22913574.
27. Bousquet J, Heinzelberg L, Bachert C, Papadopoulos NG, et al. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens. Allergy. 2012;67(1):18-24. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02728.x.
28. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;152(1 Suppl):S1-S43. doi: 10.1177/0194599814561600.
29. Kakli HA, Riley TD. Allergic rhinitis. Prim Care. 2016;43(3):465-75.
30. EUFOREA. Allergic rhinitis pocket guide. Available from: <https://www.euforea.eu/news/allergic-rhinitis-pocket-guide/>

Πρακτικές συμβουλές:³⁰

- Τα άτομα μπορεί να εμφανίσουν οξεία συμπτώματα χωρίς να πάσχουν από AP ή NAP, συνήθως ως αποτέλεσμα τυχαίας, στιγμιαίας και μη παθολογικής έκθεσης σε περιβαλλοντικούς ερεθιστικούς παραγόντες (π.χ. υπερβολικό κρύο κατά τη διάρκεια του χειμώνα, έκθεση σε καπνό τσιγάρων ή αρώμα). Αυτές οι αιτίες συχνά δεν απαιτούν ιατρική περίθαλψη και υποχωρούν μόλις εξαλειφθεί η αιτία.
- Οι περιβαλλοντικές αιτίες της AP ποικίλλουν σε παγκόσμια κλίμακα, καθώς η έκθεση σε αλλεργιογόνα διαφέρει ανά περιοχή. Επιπλέον, η κλιματική αλλαγή καθιστά τα πρότυπα των αεριοαλλεργιογόνων όλο και πιο απρόβλεπτα. Ως εκ τούτου, όλοι οι ασθενείς πρέπει να αξιολογούνται με βάση τις τοπικές κλιματολογικές συνθήκες και την έκθεση σε αλλεργιογόνα.
- Τα συμπτώματα που υποδηλώνουν AP (όταν σχετίζονται με έκθεση σε αλλεργιογόνα) είναι 2 ή περισσότερα από τα ακόλουθα για >1 ώρα τις περισσότερες ημέρες:
 - Ρινική καταρροή
 - Φτέρνισμα, ειδικά παροξυσμικό
 - Ρινική απόφραξη
 - Κνησμός στη μύτη
 - Οφθαλμικά συμπτώματα όπως κνησμός, ερυθρότητα ή δακρύρροια (σκεφτείτε την αλλεργική επιπεφυκίτιδα)
- Συμπτώματα που υποδηλώνουν λιγότερο AP:
 - Μονόπλευρα συμπτώματα
 - Αποχρωματισμένες εκκρίσεις
 - Πόνος στο πρόσωπο ή στη μύτη
 - Επαναλαμβανόμενη ρινορραγία
 - Διαταραχή της όσφρησης (ανοσμία)
 - Οπίσθια ρινική καταρροή με παχύρρευστη βλέννα
 - Μεμονωμένη ρινική καταρροή
 - Ροχαλητό / υπνική άπνοια

Συγγραφείς: Dermot Ryan, Ee Ming Khoo, Fletcher Charlton, Ian Charlton, Jaime Correia de Sousa, Juan Trujillo, Kerstin Romberg, Luís Carvalho, Osman Yusuf, Siân Williams
Κριτές: Bárbara Kong-Cardoso, Mário Morais-Almeida (WAO president)
Εκδότης: Ian Wright Υπεύθυνη για την Ελληνική Έκδοση: Ioanna Tsiligianni

Εγκρίθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Αλλεργιών (WAO) - www.worldallergy.org

Δήλωση χρηματοδότησης: Αυτός ο βοηθητικός οδηγός χρηματοδοτήθηκε από εκπαιδευτική επιχορήγηση της ALK-Abelló, η οποία παρείχε επιχορήγηση για την ανάπτυξη, τη στοιχειοθέτηση, την εκτύπωση και τα συναφή έξοδα, αλλά δεν συνέβαλε στο σχεδιασμό ή το περιεχόμενο του παρόντος εγγράφου. Αυτός ο βοηθητικός οδηγός έχει συμβουλευτικό χαρακτήρα, προορίζεται για γενική χρήση και δεν πρέπει να θεωρείται εφαρμόσιμος σε κάθε περίπτωση.

Περισσότερες πληροφορίες διατίθενται στη διεύθυνση: <https://www.ipcr.org/DTH19>



Άδεια Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives.

Το IPCRG είναι εγγεγραμμένος φιλανθρωπικός οργανισμός [SC No 035056] και εταιρεία περιορισμένης ευθύνης (Company No 256268).

Διεύθυνση επικοινωνίας: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Σκωτία, Ηνωμένο Βασίλειο.



- Παρέχουν πρακτικές οδηγίες και υποστήριξη στους κλινικούς ιατρούς που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σχετικά με διάφορες πτυχές της διάγνωσης και της διαχείρισης των αναπνευστικών παθήσεων.
- Βασίζονται όλα σε τεκμηριωμένα στοιχεία και παρέχουν συνδέσμους προς περαιτέρω πηγές.



INTRODUCTION

Primary care physicians, including acute care physicians, are common among people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and are responsible for the quality of life (QoL). In scenarios where dependence is present, however, dependence is an additional factor that can significantly reduce the quality of life (QoL). COPD, however, PCN, often have low quality of life. These problems point to the complex inter-relationships between them and point to the need for a more holistic, multi-disciplinary approach to treatment. Challenging stereotypes, equipping their clinical colleagues, and providing support to patients are key. Increasing to 1st in 50% with increasing COPD. This is a significant challenge. They have controlled anxiety 1-2. Proactive measures with type and no recovery of COPD worsens, and they can co-exist 3-4. Globally, about 70% of respiratory-related deaths, although the



GUIA PRÁTICO

No. 7 Maio 2018

CUIDADOS ESPECIALIZADOS: Adultos com asma

Esta Guia Prática tem como objetivo ajudar os profissionais de Atenção Primária e Saúde a promover cuidados especializados para pessoas com asma, com o objetivo de garantir que elas possam viver uma vida saudável e plena após deixar o país de origem. Contudo, não se trata de uma orientação para a prática da medicina, mas sim de uma ferramenta para apoiar os profissionais de saúde na tomada de decisões.

O que são cuidados especializados?

Os cuidados especializados são aqueles que são necessários para tratar condições de saúde que não podem ser tratadas adequadamente com os cuidados primários de saúde. Identificam-se a que se refere a uma condição de saúde que requer cuidados especializados para serem tratados adequadamente, geralmente em função das suas características clínicas, da complexidade da condição ou da necessidade de recursos especializados não disponíveis no atendimento primário. Exemplos de condições que podem necessitar de cuidados especializados incluem doenças crônicas, condições agudas graves, condições raras ou complexas, condições que requerem intervenções cirúrgicas ou de diagnóstico avançadas, condições que requerem monitorização ou tratamento de longo prazo e condições que requerem cuidados especializados para serem tratados adequadamente.

Por que são importantes os cuidados especializados nos portadores de asma?

A asma é uma doença crônica das vias respiratórias que se caracteriza por episódios de tosse, chiado no peito e dificuldade para respirar. A asma pode ser tratada com medicamentos e medidas de controle ambiental. No entanto, algumas pessoas com asma podem necessitar de cuidados especializados para serem tratadas adequadamente. Isso pode ocorrer devido a várias razões, incluindo a gravidade da asma, a presença de complicações, a necessidade de intervenções cirúrgicas ou de diagnóstico avançadas, a necessidade de monitorização ou tratamento de longo prazo e a necessidade de cuidados especializados para serem tratados adequadamente.

Como planejar a consulta do paciente com asma durante:

1. Anamnese
A história clínica é o primeiro e mais importante elemento da avaliação médica. Ela fornece informações sobre a história da doença, os sintomas, os fatores desencadeantes e a resposta ao tratamento. É importante obter uma história detalhada da asma, incluindo a duração da doença, a frequência dos sintomas, a gravidade dos sintomas, a presença de complicações e a resposta ao tratamento.

2. Exame físico
O exame físico é o segundo elemento da avaliação médica. Ele fornece informações sobre o estado atual do paciente e pode identificar sinais de complicações. É importante realizar um exame físico cuidadoso, incluindo a inspeção, a palpação, a percussão e a ausculta.

3. Diagnóstico
O diagnóstico é o terceiro elemento da avaliação médica. Ele fornece informações sobre a natureza da doença e a gravidade dos sintomas. É importante utilizar métodos de diagnóstico apropriados para confirmar o diagnóstico e avaliar a gravidade da asma.

4. Tratamento
O tratamento é o quarto elemento da avaliação médica. Ele fornece informações sobre as opções de tratamento disponíveis e a resposta do paciente ao tratamento. É importante discutir as opções de tratamento com o paciente e escolher a melhor opção para ele.

5. Acompanhamento
O acompanhamento é o quinto elemento da avaliação médica. Ele fornece informações sobre a evolução da doença e a resposta do paciente ao tratamento. É importante realizar um acompanhamento regular para avaliar a eficácia do tratamento e fazer ajustes quando necessário.

6. Educação do paciente
A educação do paciente é o sexto elemento da avaliação médica. Ela fornece informações sobre a doença e o tratamento, e ajuda o paciente a entender a importância de seguir as recomendações do médico. É importante educar o paciente sobre a asma, os sintomas, os fatores desencadeantes e a importância de seguir as recomendações do médico.

7. Encaminhamento
O encaminhamento é o sétimo elemento da avaliação médica. Ele fornece informações sobre a necessidade de cuidados especializados e a forma de encaminhamento. É importante encaminhar o paciente para cuidados especializados quando necessário e garantir que ele tenha acesso aos serviços necessários.

8. Conclusão
A conclusão é o oitavo elemento da avaliação médica. Ela fornece informações sobre os resultados da avaliação e as recomendações para o tratamento. É importante resumir os achados da avaliação e fornecer recomendações claras para o tratamento.

9. Referências
As referências são fontes de informações adicionais sobre a asma e o tratamento. É importante consultar fontes confiáveis de informações para obter mais detalhes sobre a asma e o tratamento.

10. Anexos
Os anexos são documentos adicionais que podem ser úteis para o profissional de saúde. Eles incluem formulários de avaliação, listas de medicamentos e outros documentos relevantes.



10

[illegible][illegible]

Remote respiratory consultations

INTRODUCTION

As time progresses, how has a remote consultation for the respiratory system been used? The role of the remote consultation in the management of the respiratory system has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years.

DESKTOP HELPER

No. 11 January 2021 First edition

WOMEN HAVE DIFFERENT PHENOTYPES AND SOCIOECONOMIC FACTORS

Obstructive pulmonary disease (OPD) is a leading cause of death and disability. It is a chronic lung disease that causes the airways to become inflamed and narrowed, making it difficult to breathe. The disease is more common in men than in women, but the gap is closing. Women have different phenotypes and socioeconomic factors that affect their risk of developing the disease.

Remote respiratory consultations

As time progresses, how has a remote consultation for the respiratory system been used? The role of the remote consultation in the management of the respiratory system has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years.

Estimation of exacerbations

Exacerbations of COPD are a major cause of morbidity and mortality. They are characterized by a sudden increase in symptoms, such as cough, sputum, and shortness of breath. The estimation of exacerbations is a key component of the management of COPD. It involves a combination of clinical judgment and objective measures, such as spirometry and blood tests.

DIFFERENT COMORBIDITIES: MORE DEPRESSION, ANXIETY AND OSTEOPOROSIS?

Obstructive pulmonary disease (OPD) is a leading cause of death and disability. It is a chronic lung disease that causes the airways to become inflamed and narrowed, making it difficult to breathe. The disease is more common in men than in women, but the gap is closing. Women have different phenotypes and socioeconomic factors that affect their risk of developing the disease.

WHERE, WHEN

As time progresses, how has a remote consultation for the respiratory system been used? The role of the remote consultation in the management of the respiratory system has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years.

PCRC

PCRC is a leading provider of respiratory care services. It offers a wide range of services, including remote consultations, in-person visits, and hospital admissions. PCRC is committed to providing high-quality care to its patients and to advancing the field of respiratory care.

DESKTOP HELPER

No. 10 July 2017

Reabilitação Pulmonar na comunidade

Telephone triage

As time progresses, how has a remote consultation for the respiratory system been used? The role of the remote consultation in the management of the respiratory system has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years.

PCRC

PCRC is a leading provider of respiratory care services. It offers a wide range of services, including remote consultations, in-person visits, and hospital admissions. PCRC is committed to providing high-quality care to its patients and to advancing the field of respiratory care.

DESKTOP HELPER

No. 10 July 2017

Reabilitação Pulmonar na comunidade

Telephone triage

As time progresses, how has a remote consultation for the respiratory system been used? The role of the remote consultation in the management of the respiratory system has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years.

PCRC

PCRC is a leading provider of respiratory care services. It offers a wide range of services, including remote consultations, in-person visits, and hospital admissions. PCRC is committed to providing high-quality care to its patients and to advancing the field of respiratory care.

DESKTOP HELPER

No. 10 July 2017

Reabilitação Pulmonar na comunidade

Telephone triage

As time progresses, how has a remote consultation for the respiratory system been used? The role of the remote consultation in the management of the respiratory system has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years. The remote consultation has been a topic of interest for many years.

PCRC

PCRC is a leading provider of respiratory care services. It offers a wide range of services, including remote consultations, in-person visits, and hospital admissions. PCRC is committed to providing high-quality care to its patients and to advancing the field of respiratory care.

DESKTOP HELPER

No. 10 July 2017

Reabilitação Pulmonar na comunidade