

Farmakoterapia chorób alergicznych według najnowszych zaleceń towarzystw naukowych

Pharmacotherapy for allergic diseases according to the latest recommendations of scientific societies

lek. Jan W. Pęksa¹, lek. Grzegorz Biedroń²

¹ Poradnia Lekarza Rodzinnego COR VITA, Kraków

² Oddział Kliniczny Alergii i Immunologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

PDF www.lekwpolsce.pl

Streszczenie: W ostatnich latach częstość występowania chorób alergicznych w populacji zwiększyła się, trend ten dotyczył zarówno krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się. Według Białej Księgi Alergii Światowej Organizacji Alergii w latach 2011-2012 aż 30-40% populacji świata cierpiało na przynajmniej jedno schorzenie alergiczne. Mimo zwiększonej częstości zachorowania na alergię, pomoc lekarska dla pacjentów nimi dotkniętych jest często niewystarczająca. Z tego powodu należy coraz szerzej stosować nowoczesne i bezpieczne leki przeciwalergiczne: w alergicznym nieżycie nosa są to głównie glikokortykosteroidy donosowe i doustne leki przeciwhistaminowe, w alergicznym zapaleniu spojówek przede wszystkim doustne i miejscowo stosowane leki przeciwhistaminowe, w pokrzywce doustne leki przeciwhistaminowe. Wśród doustnych antyhistaminików optymalnym wyborem są preparaty II generacji (bilastyna, cetyryzyna, desloratadyna, feksofenadyna, lewocetyryzyna, loratadyna, rupatadyna), które cechują się znacznie korzystniejszym profilem bezpieczeństwa i działań niepożądanych w porównaniu do starszych leków I generacji. Należy także pamiętać o zasadach postępowania w przypadku wystąpienia u pacjenta ciężkiej postaci reakcji alergicznej – wstrząsu anafilaktycznego. **Słowa kluczowe:** choroby alergiczne, alergiczny nieżyt nosa, pokrzywka, wstrząs anafilaktyczny, farmakoterapia.

Abstract: In recent years, the incidence of allergic diseases in the population has increased, this trend concerned both developed and developing countries. According to the White Book of Allergy of the World Allergy Organization in 2011-2012 30-40% of the world's population suffered from at least one allergic disease. Despite the increased incidence of allergies, medical help for patients affected by them is usually insufficient. Therefore, modern and safe anti-allergic drugs should be used more and more widely: in allergic rhinitis they are mainly nasal glucocorticoids and oral antihistamines, in allergic conjunctivitis they are primarily oral and topical antihistamines, in urticaria oral antihistamines. Among the oral antihistamine drugs, the second generation preparations (bilastine, cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine, loratadine, rupatadine) are the optimal choice, because are characterized by a much better profile of safety and side effects compared to older drugs of the first generation. It should also be remembered how to proceed if a patient develops a severe allergic reaction – anaphylactic shock. **Keywords:** allergic diseases, allergic rhinitis, urticaria, anaphylactic shock, pharmacotherapy.

» Wprowadzenie

Do chorób alergicznych należą: astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa, alergie pokarmowe, pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, a także anafilaksja i będący jej skutkiem wstrząs anafilaktyczny. W ostatnich latach częstość występowania chorób alergicznych w populacji zwiększyła się, trend ten dotyczył zarówno krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się. Największy

wzrost zachorowania notowany jest dla alergicznego nieżyty nosa i astmy oskrzelowej. Według Białej Księgi Alergii wydanej przez Światową Organizację Alergii (ang. World Allergy Organization) w latach 2011-2012 aż 30-40% populacji świata cierpiało na przynajmniej jedno schorzenie alergiczne [1].

W 2014 r. opublikowano wyniki dużego badania epidemiologicznego przeprowadzonego

w Polsce, opierającego się na założeniach i metodologii 2 wcześniejszych badań: *The International Study of Astma and Allergy In Childhood* (ISAAC) oraz *The European Community Respiratory Health Survey II* (ECRHS II), które określiło częstość występowania chorób alergicznych w naszym kraju. W części zasadniczej badania kwestionariuszowego wzięła udział grupa 20 454 osób z 8 największych aglomeracji miejskich Polski oraz jednego obszaru wiejskiego. Ostateczną weryfikację jakości przeszło 18 617 osób: 4510 dzieci w wieku 6-7 lat, 4721 dzieci w wieku 13-14 lat oraz 9386 młodych dorosłych w wieku 20-44 lat. W części ambulatoryjnej przebadano łącznie 4783 pacjentów. W zależności od regionu i płci cechy alergii deklarowało nawet do 40% ankietowanych; stany zapalne błony śluzowej nosa zgłaszało ponad 35% populacji niektórych dużych miast, cechy alergicznego nieżytu nosa podawało ponad 22% osób z miast i znacznie mniej osób z terenów wiejskich. Objawy astmy oskrzelowej deklarowało od 7 do ponad 20% osób, w zależności od grupy wiekowej i regionu. Zmiany skórne alergiczne podawało aż 40-45% ankietowanych. Objawy alergiczne, takie jak świsły w klatce piersiowej, zgłosiło 10,5-20,1% mieszkańców miast i o 30% mniej mieszkańców wsi. W części ambulatoryjnej badania stwierdzono, że ponad 40% pacjentów miało dodatnie testy na powszechnie występujące alergeny, u prawie 50% rozpoznano jedną lub więcej cech alergii [1,2]. Przynajmniej dane pozwalają uświadomić sobie, jak wielkim problemem w naszym kraju są schorzenia alergiczne.

Mimo zwiększonej częstości występowania chorób alergicznych pomoc lekarska dla pacjentów jest niewystarczająca, nawet w krajach rozwiniętych. Wynika to m.in. z braku odpowiedniej liczby specjalistów alergologów, ale też z nieznaności nowych i bezpiecznych leków wśród

lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej, z którymi osoby z alergiami powinny mieć najbliższy kontakt [1]. W pracy przedstawiono zagadnienia farmakoterapii wybranych chorób alergicznych według najnowszych zaleceń.

» Farmakoterapia alergicznego nieżytu nosa

Alergiczny nieżyt nosa (ANN) to zapalenie błony śluzowej nosa wywołane przez reakcję alergiczną mediowaną przez przeciwciała klasy IgE. ANN możemy klasyfikować jako sezonowy (wywołany przez alergeny sezonowe, np. pyłki drzew) oraz całoroczny (wywołany przez alergeny całoroczne, np. roztocza kurzu domowego) lub też jako okresowy (trwający < 4 dni w tygodniu lub < 4 tygodni) i przewlekły (trwający > 4 dni w tygodniu i > 4 tygodni). W leczeniu ANN zastosowanie może znaleźć kilka grup leków.

Glikokortykosteroidy donosowe

Glikokortykosteroidy donosowe (beklometazon, budezonid, furoinian flutykazonu, furoinian mometazonu, propionian flutykazonu) są lekami pierwszego rzutu we wszystkich typach alergicznego nieżytu nosa. Skutecznie redukują zarówno objawy ze strony nosa, jak i oczu w przebiegu ANN. W licznych badaniach potwierdzono ich wyższą skuteczność w monoterapii w porównaniu z placebo oraz innymi lekami stosowanymi w terapii ANN (m.in. doustnymi i donosowymi antyhistaminikami, a także lekami antyleukotrienowymi). Początek ich działania ma miejsce po ok. 12 godzinach od zastosowania, a maksymalny efekt uzyskuje się po ok. 2 tygodniach stosowania. Z tego względu w przypadku objawów sezonowych warto wdrożyć terapię 10-14 dni przed spodziewanym wystąpieniem dolegliwości (np. kierując się kalendarzem pylenia u pacjenta z rozpoznaną alergią na pyłki roślin).

Długotrwałe leczenie glikokortykosteroidami donosowymi jest bezpieczne.

Długotrwałe leczenie glikokortykosteroidami donosowymi jest bezpieczne. Wśród objawów niepożądanych najczęściej występują suchość i niewielkie krwawienia z nosa. Warto podkreślić, że jak dotąd nie stwierdzono istotnych objawów systemowych w trakcie terapii glikokortykosteroidami donosowymi, w tym zahamowania osi podwzgórzowo-przysadkowej.

Doustne leki przeciwhistaminowe

Leki blokujące receptory histaminowe H1 zajmują uznane miejsce w terapii ANN, zwykle stosowane są w połączeniu z donosowymi glikokortykosteroidami lub jako leki drugiego rzutu. W aktualnych rekomendacjach zalecane są jedynie leki II generacji (bilastyna, cetyryzyna, desloratadyna, feksofenadyna, lewocetyryzyna, loratadyna, rupatadyna), z uwagi na znacznie korzystniejszy profil bezpieczeństwa i działań niepożądanych w porównaniu do starszych leków I generacji. Wynika to z większej selektywności wobec receptorów histaminowych oraz mniejszej penetracji do centralnego systemu nerwowego. Dzięki temu udaje się zminimalizować ryzyko wystąpienia działań niepożądanych charakterystycznych dla leków I generacji: znacznej sedacji, wpływającej istotnie na spadek możliwości wykonywania pracy zawodowej czy prowadzenia pojazdów mechanicznych, efektów cholinolitycznych (suchość ust i oczu, zaburzenia widzenia, zatrzymanie moczu, zaparcia), hipotensji ortostatycznej, tachykardii oraz wydłużenia odstępu QT z ryzykiem wystąpienia zagrażających życia arytmii.

Leki przeciwhistaminowe korzystnie wpływają na wszystkie objawy nosowe związane z ANN (w monoterapii ich skuteczność jest mniejsza niż glikokortykosteroidów donosowych), są natomiast szczególnie zalecane u pacjentów z towarzyszącymi objawami alergicznymi ze strony

skóry lub spojówek. Ich zaletą jest także szybki początek działania (po ok. 1 h od zastosowania). Leki te są rekomendowane do okresowego stosowania w celu redukcji dolegliwości w sezonowym ANN (łącznie z glikokortykosteroidami donosowymi), nie ma natomiast przekonujących dowodów na skuteczniejszą kontrolę objawów w czasie długotrwałego leczenia całorocznego ANN lekiem przeciwhistaminowym w połączeniu z glikokortykosteroidem donosowym w porównaniu do monoterapii glikokortykosteroidem donosowym. Leczenie takie może wiązać się z większym ryzykiem wystąpienia objawów niepożądanych, takich jak: senność, zmęczenie, obniżenie koncentracji, bóle głowy, nudności, suchość w ustach (objawy niepożądane leków przeciwhistaminowych).

Donosowe leki przeciwhistaminowe

Donosowe leki przeciwhistaminowe (m.in. azelastyna) są wykorzystywane w leczeniu ANN jako leki drugiego lub niekiedy nawet pierwszego rzutu. Ich działanie wiąże się z redukcją objawów ze strony nosa i spojówek. W szczególności leki te są skuteczne w łagodzeniu kichania, wycieku z nosa i świądu. Wykazywano również ich wyższą skuteczność względem donosowych glikokortykosteroidów w łagodzeniu objawów spojówkowych, natomiast ich efektywność jest mniejsza w redukcji zatkania nosa. Cechuje je również szybki początek działania – już po kilkunastu minutach od zastosowania, a także brak objawów niepożądanych typowych dla doustnych leków przeciwhistaminowych (objawem ubocznym może być nieprzyjemne uczucie gorzkiego smaku po inhalacji).

Najczęściej donosowe leki przeciwhistaminowe dołącza się do glikokortykosteroidu donosowego, jeśli monoterapia nie pozwala na kontrolę objawów ANN lub stosuje się je od początku łącznie z glikokortykosteroidem donosowym.

Najczęściej donosowe leki przeciwhistaminowe dołącza się do glikokortykosteroidu donosowego.

Dostępne są połączenia glikokortykosteroidu donosowego i donosowego leku przeciwhistaminowego w jednym preparacie (w Polsce dostępne jest połączenieazelastyny z propionianem flutyzonu). Takie połączenie według aktualnych rekomendacji może być zastosowane od początku terapii zarówno w leczeniu sezonowego, jak i całorocznego ANN oraz może przyczynić się do szybszej redukcji objawów w porównaniu z monoterapią którymkolwiek z leków.

Leki przeciwleukotrienowe

Doustne leki przeciwleukotrienowe (montelukast) są skuteczne w redukcji objawów alergicznego nieżytu nosa, ale ich efektywność jest niższa w porównaniu z glikokortykosteroidami donosowymi i lekami przeciwhistaminowymi. Z tego powodu leki antyleukotrienowe nie są aktualnie rekomendowane jako leki pierwszego rzutu w terapii ANN. Mogą być natomiast wykorzystywane jako leki drugiego rzutu, szczególnie w przypadku przeciwwskazań/nietolerancji stosowania leków pierwszego rzutu. Dodatkową korzyść ze stosowania leków antyleukotrienowych mogą odnieść osoby z towarzyszącą astmą indukowaną wysiłkiem lub astmą zaostrzaną przez niesteroidowe leki przeciwzapalne.

Kromony

Donosowy kromoglikan disodowy jest skuteczny w redukcji objawów ANN ze strony nosa, natomiast jego skuteczność jest wyraźnie mniejsza niż donosowych glikokortykosteroidów lub leków przeciwhistaminowych. Objawy niepożądane związane ze stosowaniem kromonów są rzadkie, natomiast ze względu na niższą efektywność i niewygodne dawkowanie (kilka razy na dobę) zalecane są jedynie w przypadku braku możliwości zastosowania donosowych glikokortykosteroidów.

Doustne glikokortykosteroidy

Systemowe glikokortykosteroidy są skuteczne w szczególności w zmniejszeniu objawów za-

tkania nosa w przebiegu ANN, jednak z uwagi na liczne objawy niepożądane (m.in. duże ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki węglowodanowej, nadciśnienia tętniczego, osteoporozy posteroïdowej, zaćmy, jaskry, wtórnej niedoczynności kory nadnerczy) nie są rekomendowane do rutynowego stosowania. Glikokortykosteroidy doustne można wykorzystać w krótkich cyklach leczenia w celu przełamania obstrukcji nosa w przypadku ciężkiego zatkania nosa uniemożliwiającego właściwą penetrację leków donosowych. W praktycznie każdej sytuacji powinno się dążyć do odstawienia glikokortykosteroidu systemowego i ewentualnie kontynuować terapię preparatami donosowymi po uzyskaniu wstępnej poprawy.

Leki obkurczające naczynia błony śluzowej

Doustne (np. pseudoefedryna) lub donosowe (np. ksylometazolina, nafazolina, oksymetazolina) leki o działaniu sympatykomimetycznym szybko i skutecznie redukują objawy zatkania nosa poprzez obkurczenie naczyń błony śluzowej. Z uwagi na działania niepożądane – w przypadku leków doustnych: bezsenność, kołatanie serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi; w przypadku leków donosowych: ryzyko wystąpienia polekowego nieżytu nosa – leki te nie powinny być stosowane dłużej niż przez kilka dni.

Leki antycholinergiczne

Donosowe leki antycholinergiczne (bromek ipratropium) są skuteczne w łagodzeniu wycieku z nosa i mogą być stosowane jako dodatkowe leki objawowe. Preparaty te nie są skuteczne w łagodzeniu innych objawów nosowych, w czasie ich stosowania mogą też niekiedy wystąpić objawy niepożądane, takie jak pieczenie, krwawienie z nosa, suchość nosa i ust, nasilenie zatkania nosa. W Polsce dostępny jest preparat łączony bromku ipratropium z ksylometazoliną.

Roztwory izotonicznego lub hipertonicznego chlorku sodu

Płukanie jam nosowych roztworami izotonicznego lub hipertonicznego chlorku sodu może być stosowane jako dodatkowy element leczenia objawowego ANN.

Probiotyki

Istnieją doniesienia sugerujące poprawę objawów sezonowego lub całorocznego ANN po zastosowaniu doustnych probiotyków. Aktualnie jednak nie ma jednoznacznych rekomendacji dotyczących ich rutynowego stosowania.

Inne możliwości leczenia

Stwierdzono skuteczność monoklonalnego przeciwciała przeciw IgE (lek biologiczny – omalizumab) w redukcji objawów ANN, ale aktualnie nie ma rejestracji leku w tym wskazaniu.

W razie braku uzyskania kontroli objawów pomimo stosowanej farmakoterapii, pacjentów z ANN można kwalifikować do przeprowadzenia swoistej immunoterapii alergenowej, która pozwala na redukcję objawów, zmniejszenie zapotrzebowania na leki, a ponadto 3-krotnie zmniejsza ryzyko rozwoju astmy i alergii na kolejne alergeny wziewne.

W przypadku opornych na leczenie objawów, w szczególności przy współistniejących zmianach anatomicznych w obrębie jamy nosowej, można rozważyć leczenie chirurgiczne po starannej kwalifikacji [3-5].

» Farmakoterapia alergicznego zapalenia spojówek

Alergiczne zapalenie spojówek jest chorobą o mechanizmie podobnym do alergicznego nieżyty nosa, mediowanym przez przeciwciała IgE. Objawy spojówkowe bardzo często towarzyszą objawom alergicznego nieżyty nosa, ale mogą występować też jako izolowany objaw w odpowiedzi na alergeny wziewne. Podobnie jak w przypadku ANN, alergiczne zapalenie spojówek możemy podzielić na sezonowe i całorocz-

ne. W leczeniu zastosowanie mają leki doustne oraz miejscowe.

Doustne leki przeciwhistaminowe

Doustne leki przeciwhistaminowe wiążące receptor H1 są skuteczne w redukcji objawów spojówkowych o etiologii alergicznej, IgE-zależnej. Powinno się preferować leki przeciwhistaminowe II generacji, do których zaliczamy bilastynę, cetyryzynę, desloratadynę, feksofenadynę, lewocetyryzynę, loratadynę, rupatadynę (więcej informacji na ten temat w rozdziałach poświęconych alergicznemu nieżytowi nosa oraz pokrzywce). Należy unikać leków przeciwhistaminowych I generacji, z uwagi na ich potencjalne działanie antycholinergiczne, które może być powodem nasilenia często występującego objawu, jakim jest suchość oczu.

Miejscowe leki przeciwhistaminowe

Alternatywą dla doustnych antyhistaminików są miejscowe (dospojówkowe) leki przeciwhistaminowe, np. difenhydramina, antazolina (dostępne w postaci kropli jako preparaty złożone). Początek ich działania jest szybszy niż leków doustnych, są one również pozbawione systemowych działań niepożądanych. Przeciwwskazaniem do ich zastosowania (podobnie jak doustnych antyhistaminików) jest jaskra zamkniętego kąta przesączenia.

Miejscowe stabilizatory błony mastocytów

Miejscowe stabilizatory błony mastocytów (np. lodoksamid) są skuteczne w redukcji objawów ze strony spojówek (świąd, łzawienie). Ich wadą jest długi czas do uzyskania klinicznego efektu – ok. 3-5 dni, dlatego rzadko stosowane są jako pojedyncze leki.

Miejscowe stabilizatory błony mastocytów z aktywnością leków przeciwhistaminowych

Grupa substancji (np. ketotifen) posiada podwójną aktywność – stabilizatora błony ma-

stocytów oraz antagonisty receptora H1, dzięki temu mają cechy obu tych klas leków.

Miejscowe leki sympatykomimetyczne

Dospojówkowe leki o działaniu sympatykomimetycznym (np. nafazolina) są stosowane w celu zmniejszenia przekrwienia i podrażnienia spojówek. Nie należy używać ich dłużej niż kilka dni z uwagi na możliwy efekt z odbicia (przekrwienie). Konieczna jest ostrożność w przypadku występowania chorób sercowo-naczyniowych czy nadczynności tarczycy.

Miejscowe niesteroidowe leki przeciwzapalne

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (np. diklofenak, ketorolak) w postaci kropli, zarejestrowane do stosowania okołozabiegowo po operacjach usunięcia zaćmy, mogą być stosowane w celu redukcji objawów spojówkowych zapalenia alergicznego opornych na inne metody leczenia. Nie są jednak rekomendowane do rutynowego stosowania w tym wskazaniu.

Miejscowe glikokortykosteroidy

Miejscowe glikokortykosteroidy mogą być stosowane do opanowania objawów umiarkowanego lub ciężkiego zaostrzenia alergicznego zapalenia spojówek. Z uwagi na ryzyko działań niepożądanych (m.in. nadkażenia, wzrost ciśnienia śródgałkowego, zaćma wtórna) taka terapia powinna być stosowana krótkotrwale, pod kontrolą okulisty [6,7].

» Farmakoterapia pokrzywki

Pokrzywka to obrzęk skóry właściwej w wyniku zwiększonej przepuszczalności naczyń krwionośnych, który objawia się wykwitami w postaci bąbli pokrzywkowych. Pokrzywkę klasyfikuje się jako ostrą (czas trwania objawów < 6 tygodni) lub przewlekłą (czas trwania objawów > 6 tygodni). W mechanizmie rozwoju pokrzywki mogą brać udział mechanizmy alergiczne oraz niealergiczne. W leczeniu pokrzywki zastosowanie ma farmakoterapia.

Doustne leki przeciwhistaminowe

Antagoniści receptora H1 są podstawą terapii zarówno w przypadku ostrej, jak i przewlekłej pokrzywki. Zgodnie z rekomendacjami preferowane powinny być leki II generacji (bilastyna, cetyryzyna, desloratadyna, feksofenadyna, lewoceetyryzyna, loratadyna, rupatadyna), które cechują się znacznie korzystniejszym profilem bezpieczeństwa i działań niepożądanych w porównaniu do starszych leków I generacji. Wśród nich optymalnym wyborem są te, które w najmniejszym stopniu przenikają do ośrodkowego układu nerwowego (tzw. niesedatywne leki przeciwhistaminowe), takie jak np. bilastyna czy feksofenadyna. W razie braku efektu standardowych dawek leków, dawkę można zwiększyć do czterokrotności dawki standardowej. Wykazano brak toksyczności kardiologicznej czy niepożądanych efektów nadmiernej sedacji przy stosowaniu takich dawek antyhistaminików II generacji. Nie rekomenduje się natomiast stosowania dwóch różnych leków przeciwhistaminowych działających na receptor H1. W razie nawrotów pokrzywki przy próbie odstawienia leków przeciwhistaminowych leczenie należy kontynuować przewlekle przy użyciu najmniejszej skutecznej dawki preparatu. Wykazano bezpieczeństwo takiego postępowania w kilkuletnich obserwacjach.

Różnice pomiędzy poszczególnymi lekami antyhistaminowymi II generacji zostały szczegółowo zaprezentowane w artykule: „Bilastyna – charakterystyka i zasady stosowania na tle innych leków przeciwhistaminowych”, który ukazał się w numerze 10/2018 „Leku w Polsce”. W licznych badaniach wykazano redukcję objawów ze strony nosa, spojówek i pokrzywki po zastosowaniu bilastyny – znamiennej w porównaniu z placebo oraz co najmniej porównywalną z cetyryzyną, desloratadyną, feksofenadyną czy lewoceetyryzyną [8,9].

Glikokortykosteroidy

Doustne glikokortykosteroidy mogą być użyteczne w krótkotrwałych kursach leczenia ostrej

pokrzywki lub zaostrenia pokrzywki przewlekłej. Z uwagi na liczne systemowe działania niepożądane (m.in. zaburzenia gospodarki węglowodanowej, nadciśnienie tętnicze, osteoporoza posteroïdowa, zaćma, jaskra, wtórna niedoczynność kory nadnerczy) nie rekomenduje się ich dłuższego stosowania. W aktualnych zaleceniach sugeruje się stosowanie terapii systemowymi glikokortykosteroidami nie dłużej niż przez 10 dni.

Leki antyleukotrienowe

Dane dotyczące skuteczności stosowania leków antyleukotrienowych jako terapii drugiego rzutu w skojarzeniu z antyhistaminikami są niejednoznaczne. Sugerowano skuteczność montelukastu w takim zastosowaniu.

Inne możliwości farmakoterapii

W przypadku pokrzywki odpornej na leki przeciwhistaminowe w leczeniu można zastosować omalizumab (przeciwciało monoklonalne przeciw IgE) lub cyklosporynę (lek immunomodulujący) w skojarzeniu z lekami przeciwhistaminowymi. Leczenie takie powinno być wdrażane pod kontrolą specjalisty (alergolog/dermatolog) [10,11].

» Farmakoterapia wstrząsu anafilaktycznego

Anafilaksja jest ciężką, potencjalnie zagrażającą życiu, uogólnioną lub ogólnoustrojową reakcją nadwrażliwości. Dzieli się ją na dwie postaci: alergiczną oraz niealergiczną. Wstrząs anafilaktyczny to ciężka, szybko rozwijająca się reakcja anafilaktyczna (anafilaksja), w której występuje obniżenie ciśnienia tętniczego krwi zagrażające życiu pacjenta. Badania retrospektywne pokazują, że 1% ogółu pacjentów trafiających do oddziałów ratunkowych szpitali to osoby z reakcjami anafilaktycznymi.

Główną przyczyną anafilaksji alergicznej jest użycie niektórych leków (najczęściej antybiotyków β -laktamowych, leków zwiotczających, cy-

tostatyków, barbituranów, opioidów), spożycie pokarmów takich jak ryby, owoce morza, orzeszki ziemne, cytrusy, białka mleka krowiego, jaja kurze i mięsa ssaków, kontakt z jadem owadów błonkoskrzydłych, użycie białek pozajelitowo (krew, składniki krwi i produkty krwio-pochodne, hormony, enzymy, np. streptokinaza, surowice, np. przeciwtężcowa, preparaty alergenów stosowane w diagnostyce in vivo i w immunoterapii), kontakt z alergenami wziewnymi (sierść konia) oraz z lateksem [12,13].

Postępowanie z pacjentem we wstrząsie anafilaktycznym

Kolejne elementy postępowania obejmują:

- niezwłoczne przerwanie narażenia na kontakt z substancją podejrzaną o wywołanie reakcji alergicznej, wezwanie pomocy, ocenę drożności dróg oddechowych, oddychania, krążenia i przytomności (w razie potrzeby należy udrożnić drogi oddechowe, jeśli dojdzie do zatrzymania oddechu lub krążenia – podjęcie resuscytacji; w przypadku stridoru lub dużego obrzęku twarzy i górnych dróg oddechowych należy rozważyć pilną intubację dotchawiczą; w razie obrzęku zagrażającego niedrożnością dróg oddechowych i niemożności intubacji należy wykonać konikotomię);
- podanie adrenaliny (u osób z reakcją anafilaktyczną w wywiadzie noszących przy sobie ampułkostrzykawkę lub autowstrzykiwacz z adrenaliną należy natychmiast podać 1 dawkę leku domięśniowo w boczną powierzchnię uda, nawet jeśli objawy są wyłącznie łagodne; u pozostałych osób dorosłych z samoistnym krążeniem należy wstrzyknąć od 0,3 mg do 0,5 mg adrenaliny w boczną powierzchnię uda, a dawkę powtarzać co 5-15 min, jeśli nie ma poprawy lub utrzymuje się niskie ciśnienie tętnicze krwi);
- ułożenie pacjenta na plecach z uniesionymi nogami;

- podawanie tlenu przez maskę twarzową (zwykle w przepływie 6-8 l/min);
- zapewnienie dostępu do żył obwodowych 2 kaniulami o dużej średnicy;
- przetaczanie płynów dożylnie;
- monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi oraz innych parametrów życiowych [12,13].

Interwencje dodatkowe obejmują: podawanie leków przeciwhistaminowych, leków rozkurczających oskrzela, leków obkurczających naczyń krwionośne, glukagonu, glikokortykosteroidów. Należy skierować pacjenta do Oddziału Intensywnej Terapii, jeśli reakcja anafilaktyczna nie ustąpiła pomimo podjętego leczenia [12,13].

► Podsumowanie

Choroby alergiczne są istotnym i narastającym problemem w populacji polskiej. Ze względu na przewlekły i postępujący charakter tych schorzeń wymagają one ustalenia indywidualnego planu postępowania dla danego pacjenta. Stwierdzenie przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub internistę choroby alergicznej, zwłaszcza o charakterze atopowym (alergiczny nieżyt nosa, astma oskrzelowa, atopowe zapalenie skóry), powinno spowodować skierowanie pacjenta do specjalisty alergologa w celu pogłębienia diagnostyki, m.in. poprzez wykonanie testów alergicznych (punktowe testy skórne służące do wykrywania nadwrażliwości alergicznej zależnej od przeciwciał klasy IgE). Leczenie objawowe alergii może być oczywiście prowadzone przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej; najlepiej jeśli odbywa się ono z wykorzystaniem nowych, bezpiecznych leków i zgodnie z aktualnymi zaleceniami [14,15].

© ®

Piśmiennictwo:

1. Pawankar R, Canonica G, Holgate S, et al. Biała Księga Alergii Światowej Organizacji Alergii 2011-2012. Streszczenie wykonawcze. 2011 World Allergy Organization. https://www2.pta.med.pl/uploads/files/pl/strezy/strefa-czlonkowska/biala-ksiega-alergii/biala_ksiega_alergii.pdf
2. Samoliński B, Raciborski F, Lipiec A. Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP). *Alergologia Polska* 2014;1:10-18. https://www.sanofidialekarzy.pl/files/1_b_samolinski_f_raciborski_a_lipiec_inni_epidemiologia_chorob_alergiczych_w_polsce_ecap_2_0_14_1_0_1_8_www.elsevier.com/locate/aler.pdf.

3. Wise S, Lin S, Toskala E, et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2018 Feb;8(2):108-352. doi: 10.1002/alr.22073.
4. Brożek J, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines – 2016 revision. *J Allergy Clin Immunol.* 2017 Oct;140(4):950-958. doi: 10.1016/j.jaci.2017.03.050.
5. Świerczyńska-Krepa M, Brożek J, Rogala B. Alergiczny nieżyt nosa. *Interna Szczeklika.* <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.17.3>.
6. Melton R, Thomas RK, Bartlett JD, Sc D. An algorithm for the management of allergic conjunctivitis. 2013;34(5):408-420. doi:10.2500/aap.2013.34.3695.
7. La Rosa M, Lionetti E, Reibaldi M. Allergic conjunctivitis: a comprehensive review of the literature. *Ital J Pediatr.* 2013;39:18. doi: 10.1186/1824-7288-39-18.
8. Pęksa JW, Biedroń G, Bilastyna – charakterystyka i zasady stosowania na tle innych leków przeciwhistaminowych. *Lek w Polsce* 2018;28(10):16-22. <http://lekwpolsce.pl/index.php?id=wydanie&pub=1&wydanie=101&tryb=1>.
9. Jáuregui I, García-Lirio E, Soriano AM. An overview of the novel H1-antihistamine bilastine in allergic rhinitis and urticaria. *Expert Rev. Clin. Immunol.* 2012;8(1):33-41. doi: 10.1586/eci.11.87.
10. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy.* 2018 Jul;73(7):1393-1414. doi: 10.1111/all.13397.
11. Kanani A, Betschel S, Warrington R. Urticaria and angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2018;14(Suppl 2):59. doi: 10.1186/s13223-018-0288-z.
12. Kruszewski J, Jankowski M. Anafilaksja i wstrząs anafilaktyczny. *Interna Szczeklika* <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.17.1>.
13. Ring J, Beyer K, Biedermann T. Guideline for acute therapy and management of anaphylaxis. *Allergo J Int.* 2014;23(3):96-112. doi: 10.1007/s40629-014-0009-1.
14. Jutel M. Postępowanie w chorobach alergicznych w podstawowej opiece zdrowotnej: podsumowanie zaleceń grupy ekspertów European Academy of Allergy and Clinical Immunology 2014. *Med. Prakt.* 2014;7-8: 60-68. <https://www.mp.pl/alergologia/wytyczne/104145,rozpoznawanie-chorob-alergiczych-w-podstawowej-opiece-zdrowotnej-podsumowanie-zalecen-grupy-ekspertow-eeaci-2014,1>
15. Bręborowicz A. Technika punktowych testów skórnych i interpretacja wyników. *Medycyna Praktyczna Pediatria.* <https://www.mp.pl/pediatria/praktyka-kliniczna/procedury/145385,technika-punktowych-testow-skornych-i-interpretacja-wynikow>.

Autor korespondujący:

lek. Jan W. Pęksa

jamwpeksa@gmail.com

Nadesłano: 19.04.2019; Copyright© Medyk Sp. z o.o.