

Agnieszka Rey, Marta Chełmińska

Katedra i Klinika Alergologii i Pulmonologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

Ogólne zasady postępowania w chorobach alergicznych w praktyce lekarza rodzinnego

General rules in allergy management for GP

STRESZCZENIE

Reakcje alergiczne stanowią około 2% wszystkich zgłoszeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Dotyczą co najmniej 20% polskiej populacji, a najczęściej diagnozowanym schorzeniem alergicznym jest alergiczny nieżyt nosa. W postępowaniu w chorobach alergicznych kluczowe znaczenie mają: profilaktyka, adekwatne postępowanie lecznicze w razie wystąpienia reakcji oraz decyzja o konieczności dalszej diagnostyki alergologicznej.

Forum Medycyny Rodzinnej 2019, tom 13, nr 4, 170–175

Słowa kluczowe: choroby alergiczne, leczenie, podstawowa opieka zdrowotna

ABSTRACT

Allergic symptoms cause about 2% of all GP referrals in Poland. Over 20% of Polish population is affected by allergic disorders, predominantly by allergic rhinitis. Adequate treatment, diagnostic procedures and subsequent prophylaxis are essential for proper management of allergic disorders.

Forum Medycyny Rodzinnej 2019, tom 13, nr 4, 170–175

Key words: allergic diseases, treatment, general practitioner

WSTĘP

Postępowanie w chorobach alergicznych jest poważnym wyzwaniem w praktyce lekarza rodzinnego [1]. W ostatnich latach obserwuje się istotny wzrost zachorowań na choroby alergiczne [2]. Są one przyczyną około 2% wszystkich zgłoszeń do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (ok. 3 mln zgłoszeń) według statystyk Narodowego Funduszu Zdrowia

za 2017 rok. W większości przypadków to objawy dotyczące skóry, nosa i spojówek. Reakcje mogące stanowić zagrożenie życia (obrzęk naczynioruchowy, zaostrzenie astmy oraz wstrząs anafilaktyczny) stanowią co najmniej 0,002% (ponad 4 tysiące zgłoszeń). W badaniu dotyczącym epidemiologii chorób alergicznych w Polsce z 2014 roku, choroby alergiczne występowały u co najmniej 20%

Adres do korespondencji:
Agnieszka Rey
Katedra i Klinika Alergologii i Pulmonologii GUMed
e-mail: arey@gumed.edu.pl

Katedra i Klinika Alergologii i Pulmonologii GUMed
e-mail: arey@gumed.edu.pl

Copyright © 2019 Via Medica
ISSN 1897-3590

badanych (jedynie ok. 9% mniej niż nadciśnienie tętnicze), najczęściej diagnozowano alergiczny nieżyt nosa [2].

W postępowaniu w chorobach alergicznych kluczowe znaczenie mają:

- profilaktyka,
- adekwatne postępowanie lecznicze w razie wystąpienia reakcji alergicznej,
- podjęcie decyzji o konieczności dalszej diagnostyki alergologicznej.

PROFILAKTYKA

Naczelną zasadą alergologii jest zapobieganie (wystąpieniu reakcji bądź powikłaniom) poprzez:

- 1) obserwację pacjenta po podaniu leków parenteralnie, aby możliwe było natychmiastowe podjęcie czynności resuscytacyjnych w razie wystąpienia zagrażających życiu reakcji, a także szybkie podanie leków w razie reakcji o mniejszym nasileniu;
- 2) poszukiwanie czynnika sprawczego po wystąpieniu reakcji alergicznej. W jego ustaleniu istotny jest dokładny wywiad dotyczący możliwych przyczyn reakcji (w tym alergenów pokarmowych/wziewnych, stosowanych leków oraz okoliczności związanych z wystąpieniem reakcji w tym między innymi związku z wysiłkiem fizycznym, infekcją, spożyciem alkoholu) i podjęcie decyzji o dalszej, ukierunkowanej wywiadem diagnostyki [3].
- 3) unikanie alergenu oraz sytuacji związanych z narażeniem na alergen (dotyczy to zarówno alergii na leki, jady owadów, jak i alergii wziewnych, pokarmowych, niezależnie od objawów) [4–6].
- 4) zabezpieczenie zestawem ratunkowym (adrenaliną w ampułkostrzykawce do podania domięśniowego) chorego po przebytych poważnych reakcjach anafilaktycznych [6]. Sytuacje wymagające zabezpieczenia w adrenalinę i najczęstsze przyczyny ciężkich reakcji anafilaktycznych przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1.

Sytuacje wymagające zabezpieczenia pacjenta w adrenalinę [7]

Przebyte wstrząsu anafilaktycznego niezależnie od przyczyny
Objawy lub ryzyko obturacji dróg oddechowych w przebiegu reakcji alergicznych (np. obrzęk naczynioruchowy)
Współistnienie alergii na alergeny związane z wysokim ryzykiem anafilaksji (np. orzeszki ziemne) i innych czynników ryzyka np. astmy
Mastocytoza
Podwyższone stężenie tryptazy
Objawy alergii po ekspozycji na niewielką dawkę alergenu
Trudności w unikaniu alergenu

Tabela 2.

Najczęstsze przyczyny ciężkich reakcji anafilaktycznych [7]

Pokarmy
Leki (m.in. antybiotyki, niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki znieczulające miejscowo)
Jad owadów
Okolo 30% przyczyn nie udaje się ustalić

Tabela 3.

Sytuacje wymagające konsultacji i diagnostyki alergologicznej

Przebyte ciężkich reakcji alergicznych (wstrząs anafilaktyczny, obrzęk naczynioruchowy) [8]
Podjęcie decyzji o konieczności przewlekłego stosowania leku po którym wystąpiła reakcja (celem diagnostyki i oceny wskazań do desensytyzacji)
Objawy chorób alergicznych utrzymujące się przewlekłe lub nawracające (konieczność wykonania diagnostyki alergologicznej, ustalenia leczenia farmakologicznego i oceny wskazań do immunoterapii)
Podjęcie decyzji o atopowego zapalenia skóry (w Polsce zwyczajowo diagnostyka i leczenie prowadzone są przez dermatologów)

OGÓLNE ZASADY DIAGNOSTYKI

Rozpoznanie najczęstszych chorób alergicznych w większości przypadków jest możliwe już po zebraniu wywiadu oraz przeprowadzeniu badania przedmiotowego. Część koniecznych badań dodatkowych (np. spirometria) można wykonać w warunkach podstawowej



W postępowaniu w chorobach alergicznych kluczowe znaczenie mają: profilaktyka, adekwatne postępowanie lecznicze w razie wystąpienia reakcji oraz decyzja o konieczności dalszej diagnostyki alergologicznej

Tabela 4.

Leczenie ciężkich reakcji anafilaktycznych [8]

Wstrząs anafilaktyczny	Obrzęk naczynioruchowy
Pilne wezwanie zespołu ratownictwa medycznego	Pilne wezwanie zespołu ratownictwa w razie objawów zagrożenia życia (duszność, sinica, stridor)
Rozważenie konieczności udrożnienia dróg oddechowych (intubacja)	Rozważenie konieczności udrożnienia dróg oddechowych (intubacja)
Adrenalina 0,3–0,5 ml domięśniowo, dawkę można powtarzać co 3–5 minut	Adrenalina 0,3–0,5 ml domięśniowo, dawkę można powtarzać co 3–5 minut
Płynoterapia	Steroidoterapia ogólnoustrojowa
Tlen 1–2/min	Leki przeciwhistaminowe
Monitorowanie chorego	Monitorowanie chorego
Steroidoterapia ogólnoustrojowa	
Leki przeciwhistaminowe	

Tabela 5.

Leczenie chorób alergicznych

Schorzenie	Leki I rzutu	Uwagi
Atopowe zapalenie skóry [11]	Emolienty GKS (glikokortykosteroidy) miejscowo (z ominięciem skóry twarzy lub krótkotrwale) Inhibitory kalcyneuryny	Z uwagi na przewlekły charakter wskazana konsultacja i leczenie dermatologiczne
Pokrzywka [12]	H1 — lek blokujący, który nie powoduje senności doustnie	Pokrzywka przewlekła > 6 tyg. lub nawracająca: wskazana diagnostyka i ustalenie leczenia przez alergologa
Alergiczny nieżyt nosa [13]	H1 — lek blokujący, który nie powoduje senności GKS donosowe H1 — leki blokujące donosowe	Przewlekły wymaga diagnostyki i ustalenia leczenia przez alergologa (w tym oceny wskazań do immunoterapii)
Alergiczny nieżyt spojówek [14]	Leki przeciwhistaminowe dospojówkowo Kromony dospojówkowo H1 — lek blokujący, który nie powoduje senności	Przewlekły wymaga diagnostyki i leczenia przez alergologa (w tym oceny wskazań do immunoterapii)
Astma — zaostrzenie [10]	SABA i leki antycholinergiczne wziewnie/w nebulizacji Zawsze wymaga włączenia lub zwiększenia 2–4-krotnie dawki steroidu wziewnego GKS doustnie W zależności od przyczyny rozważenie antybiotykoterapii	W większości wypadków konieczna obserwacja i leczenie w warunkach SOR, jedynie w wypadku poprawy po SABA, prawidłowej saturacji, PEF > 60% wartości należnych możliwe leczenie domowe Chory na astmę ciężką i/lub niekontrolowaną wymaga diagnostyki i leczenia przez alergologa lub pneumonologa

GKS — glikokortykosteroidy; SOR — szpitalny oddział ratunkowy; PEF — szczytowy przepływ wydechowcy; SABA — krótko działające betamimetyki

opieki zdrowotnej (POZ). W razie konieczności pogłębienia diagnostyki o badania specjalistyczne niedostępne w POZ, wskazane jest skierowanie pacjenta do poradni (możliwość

wykonania m.in. punktowych testów skórnych, alergenowo swoistych IgE, spirometrii z próbą rozkurczową) lub na oddział alergologiczny (możliwość wykonania m. in. prób prowokacji).

Tabela 6.

Preparaty i dawkowanie leków w chorobach alergicznych, na podstawie charakterystyki produktu leczniczego

Leki przeciwhistaminowe stosowane doustnie

	Dawkowanie (dla osoby dorosłej)	Stosowanie u dzieci	Kategoria FDA leków stosowanych w ciąży***	Uwagi
Cetyryzyna	1 × 10 mg	od 2. rż.	Kategoria B, ANN pokrzywka ANS	Należy zachować ostrożność w niewydolności wątroby i nerek
Levocetyryzyna	1 × 5mg	od 2. rż.	Kategoria C	Przeciwwskazane w ciężkiej niewydolności nerek
Bilastyna	1 × 20 mg	od 6. rż.	–	ANN ANS pokrzywka Bez konieczności redukcji dawki w niewydolności nerek i wątroby
Desloratadyna	1 × 5 mg	od 12. mż.	Kategoria C	ANN pokrzywka
Fexofenadyna	1 × 120 mg	od 12. rż.	Kategoria C	Sezonowy ANN pokrzywka Ostrożnie w chorobach układu krążenia (możliwe wystąpienie tachykardii i kołatania serca) Ostrożnie w podeszłym wieku, niewydolności nerek i wątroby
Loratadyna	1 × 10 mg	od 2. rż.	Kategoria B	ANN pokrzywka idopatyczna przewlekła Konieczna redukcja dawki w niewydolności wątroby Ostrożnie w niewydolności nerek
Rupatadyna	10 mg 1 × 1	od 2. rż.	–	ANN pokrzywka Nie stosować w niewydolności nerek i wątroby. Zachować ostrożność u pacjentów z wydłużonym odst. QT, hipokaliemią, zaburzeniami rytmu serca, ostrym niedokrwieniem mięśnia serca
Leki przeciwhistaminowe donosowo — ANN*				
Azelastyna	1 × dawka 2 × dziennie	> 6. rż., całoroczny > 12. rż.	Kategoria C	
GKS donosowe ANN*				
Beklometazon	1–2 dawki 2 × dziennie	> 6. rż.	Kategoria C	
Budesonid	1–2 dawki 2 × dziennie	> 6. rż.	Kategoria B	
Flutikazon	1–2 dawki 1–2 × dziennie	propionian ≥ 4. rż.	–	
Mometazon	2 dawki 1 × dziennie	≥ 3. rż.		
Leki przeciwhistaminowe dospójwkowo — ANS**				
Azelastyna	1 kropla 2 × dziennie	> 6. rż., całoroczny > 12. rż.		
Emedastyna	1–2 krople 2 × dziennie	> 3. rż.	Można stosować w ciąży	
Epinastyna	1 kropla 2 × dziennie do 8 tyg.	> 12. rż.		
Kromoglikan disodowy	1–2 krople 4–6 × dziennie	> 2. rż.	Kategoria B	
Olopatadyna	1 kropla 2 × dziennie	> 3. rż.		

*podczas leczenia stosowanego donosowo ważne jest oczyszczenie jamy nosowej przed podaniem leku np. solą fizjologiczną

**podczas leczenia stosowanego dospójwkowo ważne jest przepłukiwanie worka spojówkowego np. solą fizjologiczną

***podczas ciąży i karmienia piersią w razie konieczności dopuszczone jest stosowanie cetyryzyny i loratadyny [15]

ANN — alergiczny nieżyt nosa; ANS — alergiczny nieżyt spojówek; FDA (*Food and Drug Agency*) — Agencja ds. Żywności i Leków

Tabela 7.

Wybrane glikokortykosteroidy (GKS)* i inhibitory kalcyneuryny do stosowania miejscowego na podstawie charakterystyki produktu leczniczego

Siła działania	Rodzaj preparatu	Stosowanie u dzieci
GKS bardzo silne	propionian klobetazolu 0,05%	≥ 12. rż.
GKS silne	pirosulzan mometazonu 0,05%	≥ 12. rż.
GKS średnio silne	piwalan flumetazonu 0,02%	≥ 12. rż.
GKS słabe	octan hydrokortyzonu 1%	≥ 1. rż.
Inhibitory kalcyneuryny**		
Takrolimus 0,1%; 0,03%, 1–2 × na dobę, w chorobie o ciężkim przebiegu		0,03% ≥ 2. rż.; 0,1% ≥ 16. rż.
Pimekrolimus 10 mg/g 2 × na dobę w chorobie o łagodnym lub umiarkowanym przebiegu		≥ 2. rż.

*do stosowania w ramach terapii przerywanej (2–3 razy/tydzień) lub ciągłej (raz na dobę), konieczne także regularne stosowanie emolientów

**do stosowania szczególnie przy zmianach w obrębie twarzy, okolic płciowych zgięciowych, konieczne także regularne stosowanie emolientów

Tabela 8.

Najczęstsze wskazania do immunoterapii swoistej*

Alergia na jad osy i pszczoły o ciężkim przebiegu [16]
Alergiczny nieżyt nosa i spojówek [13]
Astma oskrzelowa [10]
Atopowe zapalenie skóry [17]

*u pacjentów > 5. rż., z alergią udowodnioną na podstawie punktowych testów skórnych lub stężenia sIgE

Szczegółowe wskazania do diagnostyki alergologicznej umieszczono w tabeli 3.

Specjalistycznej diagnostyki nie wymagają chorzy po pojedynczym epizodzie łagodnej reakcji alergicznej i pacjenci z łagodnymi reakcjami polekowymi, u których nie ma wskazań medycznych do długotrwałej terapii lekiem, możliwa jest zamiana na lek z innej grupy o podobnym spektrum działania (np. nie ma konieczności diagnostyki przy podejrzeniu alergii na antybiotyki betalaktamowe, jeśli możliwe jest stosowanie bezpiecznego zamiennika np. makrolidów).

LECZENIE

Wdrożenie odpowiedniego postępowania może zmniejszyć ryzyko powikłań i zgonu w sytuacjach zagrożenia życia [8] i poprawia

znacznie pogorszony przez chorobę komfort życia [9], poprzez łagodzenie objawów alergii.

Postępowanie w stanach nagłych przedstawiono w tabeli 4. Podkreślenia wymaga fakt, że ciężkie reakcje anafilaktyczne oraz reakcje potencjalnie zagrażające życiu (obrzęk naczynioruchowy, wstrząs anafilaktyczny, średnio ciężkie i ciężkie zaostrzenie astmy) z uwagi na możliwość nawrotu, wymagają leczenia i obserwacji do 24 godzin w warunkach szpitalnych, nawet w razie wcześniejszego ustąpienia objawów [8, 10].

Zalecenia odnośnie do farmakoterapii chorób alergicznych przedstawiono w tabelach 5–7. Ważne jest, aby w prowadzeniu leczenia pamiętać także o zalecanych metodach nefarmakologicznych (np. stosowanie soli fizjologicznej dospojówkowo lub donosowo w celu zmniejszenia narażenia na alergen w alergicznym nieżycie nosa i spojówek, stosowanie emolientów w atopowym zapaleniu skóry). Dodatkowo należy rozważyć możliwość immunoterapii swoistej. Szczegółowe wskazania do immunoterapii przedstawiono w tabeli 8.

PODSUMOWANIE

Prawidłowe postępowanie w chorobach alergicznych w ramach podstawowej opieki

**”
Specjalistycznej
diagnostyki nie
wymagają chorzy po
pojedynczym epizodzie
łagodnej reakcji
alergicznej i pacjenci
z łagodnymi reakcjami
polekowymi**

zdrowotnej pozostaje niezwykle istotne. Kluczowe jest zastosowanie właściwego leczenia oraz wyodrębnienie chorych wymagających postępowania szpitalnego (w razie sytuacji zagrożenia życia) oraz specjalistycznego (w zakresie diagnostyki oraz kontynuacji terapii).

Autorzy dołożyli wszelkich starań, aby informacje zawarte w artykule zostały podane właściwie. Ostateczne decyzje dot. stosowania terapii spoczywają na lekarzu. Autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za błędy ani inne konsekwencje wynikające ze stosowania informacji zawartych w artykule.

PIŚMIENNICTWO

1. Flokstra-de Blok BMJ, et al. The feasibility of an allergy management support system (AMSS) for IgE-mediated allergy in primary care. *CLINICAL AND TRANSLATIONAL ALLERGY*.
2. Samoliński B, Raciborski F, Lipiec A, et al. Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP). *Alergologia Polska - Polish Journal of Allergology*. 2014; 1(1): 10–18, doi: [10.1016/j.alergo.2014.03.008](https://doi.org/10.1016/j.alergo.2014.03.008).
3. Napiórkowska-Baran K, Tykwińska M, et al. Trudności diagnostyczne w rozpoznawaniu chorób alergicznych. *Alergia Astma Immunologia*. 2018; 23(2): 79–85.
4. Muraro A, Halken S, Arshad SH, et al. EAAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group, EAAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Primary prevention of food allergy in children and adults: systematic review. *Allergy*. 2014; 69(5): 581–589, doi: [10.1111/all.12334](https://doi.org/10.1111/all.12334), indexed in Pubmed: [24433563](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24433563/).
5. Calderón MA, Kleine-Tebbe J, Linneberg A, et al. House Dust Mite Respiratory Allergy: An overview of current therapeutic strategies. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2015; 3(6): 843–855, doi: [10.1016/j.jaip.2015.06.019](https://doi.org/10.1016/j.jaip.2015.06.019), indexed in Pubmed: [26342746](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26342746/).
6. Järvinen KM, Celestin J. Anaphylaxis avoidance and management: educating patients and their caregivers. *J Asthma Allergy*. 2014; 7: 95–104, doi: [10.2147/JAA.S48611](https://doi.org/10.2147/JAA.S48611), indexed in Pubmed: [25031541](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25031541/).
7. Ewan P, Brathwaite N, Leech S, et al. BSACI guideline: prescribing an adrenaline auto-injector. *Clinical & Experimental Allergy*. 2016; 46(10): 1258–1280, doi: [10.1111/cea.12788](https://doi.org/10.1111/cea.12788).
8. Takazawa T, Oshima K, Saito S. Drug-induced anaphylaxis in the emergency room. *Acute Med Surg*. 2017; 4(3): 235–245, doi: [10.1002/ams2.282](https://doi.org/10.1002/ams2.282), indexed in Pubmed: [29123869](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29123869/).
9. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ, et al. Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults: A population-based cross-sectional study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2018; 121(3): 340–347, doi: [10.1016/j.anai.2018.07.006](https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.07.006), indexed in Pubmed: [30025911](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30025911/).
10. Global Initiative for Asthma. www.ginasthma.com (20.012.2018).
11. Silverberg JI. Atopic dermatitis treatment: Current state of the art and emerging therapies. *Allergy Asthma Proc*. 2017; 38(4): 243–249, doi: [10.2500/aap.2017.38.4054](https://doi.org/10.2500/aap.2017.38.4054), indexed in Pubmed: [28668106](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28668106/).
12. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868–887, doi: [10.1111/all.12313](https://doi.org/10.1111/all.12313).
13. Tyrak K, Mejza F. Postępowanie w alergicznym nieżytu nosa. Podsumowanie wytycznych Allergic rhinitis and its impact on Asthma 2017. *Med Prakt*. 2018(4): 50–57.
14. Gong L, Blaiss M. Topical corticosteroids and antihistamines — mast cell stabilizers for the treatment of Allergic Conjunctivitis. *US Ophthalmic Review*. 2013; 06(02): 78, doi: [10.17925/usor.2013.06.02.78](https://doi.org/10.17925/usor.2013.06.02.78).
15. Namazy JA, Blais L, Andrews EB, et al. Treatment of allergic respiratory disease during pregnancy. *Investig Allergol Clin Immunol*. 2016; 26(1): 1–7.
16. Sturm GJ, Varga EM, Roberts G, et al. EAAACI guidelines on allergen immunotherapy: Hymenoptera venom allergy. *Allergy*. 2018; 73(4): 744–764, doi: [10.1111/all.13262](https://doi.org/10.1111/all.13262), indexed in Pubmed: [28748641](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28748641/).
17. Compalati E, Rogkakou A, Passalacqua G, et al. Evidences of efficacy of allergen immunotherapy in atopic dermatitis: an updated review. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2012; 12(4): 427–433, doi: [10.1097/ACI.0b013e328354e540](https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e328354e540), indexed in Pubmed: [22622475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22622475/).