

Edyta Krzych-Fałta, Bolesław Samoliński

Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Na podstawie „Polskich standardów leczenia nieżytów nosa (PoSLeNN). Stanowisko Panelu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego” pod redakcją Bolesława Samolińskiego i Magdaleny Arcimowicz. Numer specjalny „Alergologii Polskiej” 2013; S1: 1-167.

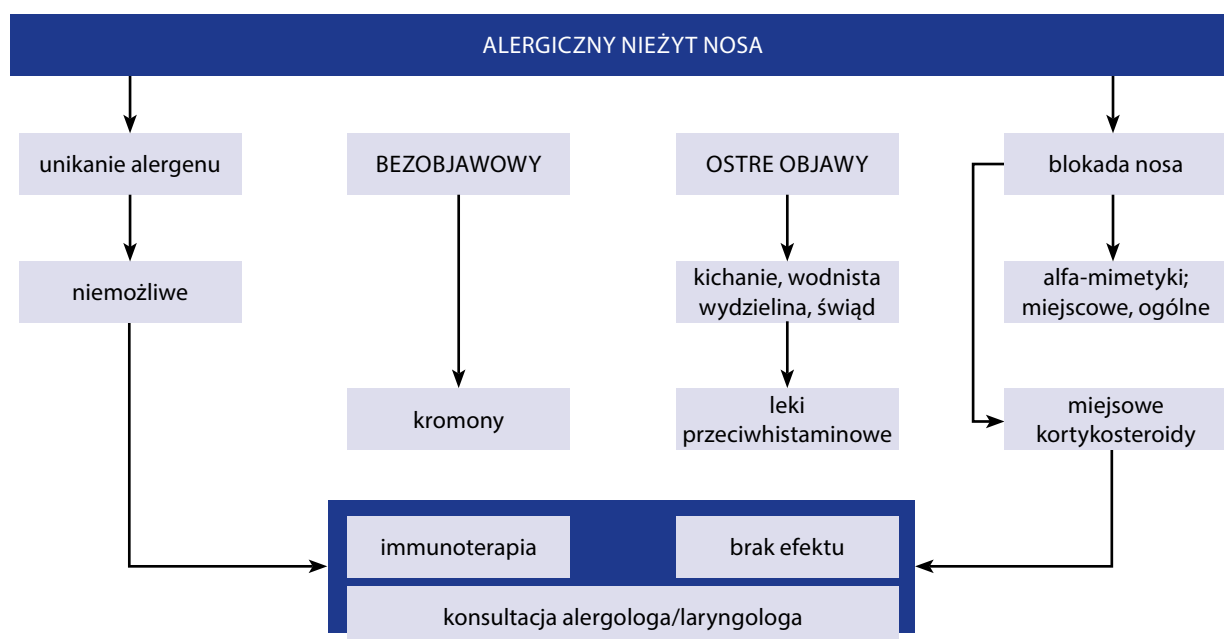
Polskie standardy leczenia alergicznego nieżytu nosa

Alergiczny nieżyt nosa (ANN) stanowi jedną z najczęstszych postaci chorób alergicznych. W badaniach ECRHS prowadzonych na całym świecie oszacowano częstość deklarowanego ANN średnio na poziomach od 16,8% (w Norwegii) do 46,0% (w Australii). W Polsce zachorowalność na ANN według danych ECAP (Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce) w populacji dorosłych wynosi 21,0%. Z kolei w grupie 13–14-latków obserwuje się zdecydowanie wyższy odsetek tego zjawiska chorobowego. Polska młodzież znajduje się w czołówce zachorowalności na ANN (24,6%), po Paragwaju (45,1%) i przed Hongkongiem (22,6%). W równie niepokojącym odsetku ANN występuje w grupie 6–7-latków w Polsce: średnio 23,7% – niewiele więcej w Tajwanie (24,2%) i Hongkongu (17,7%), a w najmniejszym odsetku na Litwie (3,8%). Skala tego zjawiska wynika nie tylko z pewnych trendów związanych ze stylem życia, lecz także z poziomu urbanizacji i stopnia zanieczyszczeń powietrza zewnątrz- i wewnątrzdomowego. Co więcej, ze względu na fizjologiczne związki między górnymi a dolnymi drogami oddechowymi istnieje pewien procent zagrożenia współwystępowania innych chorób towarzyszących ANN, w tym astmy oskrzelowej. Badania epidemiologiczne przeprowadzone wielośrodkowo przez zespoły m.in. Blaira

i Settipane udowodniły, że objawy ANN występują częściej u chorych na astmę oskrzelową (28–78%) niż wśród osób bez objawów astmy (5–20%).

Powyższe przesłanki skłaniają do wdrożenia działań profilaktyczno-terapeutyczno-edukacyjnych, które mają na celu minimalizację kosztów leczenia i utrzymanie lepszej kontroli choroby (ryc. 1). Podstawą leczenia ANN okresowego (umiarkowanego i ciężkiego) i przewlekłego są miejscowo działające glikokortykosteroidy (GKS) zalecane w grupie dorosłych i sugerowane w grupie dzieci.

Wytyczne *Polskiego standardu leczenia nieżytów nosa (PoSLeNN)* podkreślają szczególnie potrzebę zindywidualizowanego podejścia terapeutycznego w zależności od typu ANN (okresowy, przewlekły, umiarkowany, ciężki), wieku i chorób współistniejących. W przypadku okresowych lub przewlekłych dolegliwości o charakterze łagodnym i umiarkowanym wskazane jest stosowanie doustnych lub donosowych blokerów H1 i/lub leków obkurczających naczynia błony śluzowej jamy nosa lub leków przeciwleukotrienowych z koniecznością kontroli po 2–4 tygodniach w grupie pacjentów z ANN o charakterze przewlekłym. W sytuacji braku poprawy zaleca się zwiększenie intensywności terapii, a w przypadku lepszej efektywności kontynuację przez 1 miesiąc. Przewlekły ANN o przebiegu ciężkim



Ryc. 1. Algorytm postępowania terapeutycznego w alergicznym nieżycie nosa

wymaga stosowania zaleceń według algorytmu postępowania krok po kroku: donosowe GKS, blokery H1 lub leki przeciwleukotrienowe z kontrolą stanu zdrowia pacjenta po 2–4 tygodniach terapii. W przypadku poprawy wskazana jest terapia trwająca ponad miesiąc. W sytuacji braku efektywności należy zweryfikować czynniki, które wymiennie mogą rzutować na rozpoznanie, np. infekcja. Katar o charakterze surowiczym wymaga włączenia ipratropium, a utrzymująca się blokada nosa – leków obkurczających naczynia lub krótkotrwałe doustnych GKS. Współistniejące zapalenie spojówek wymaga wdrożenia doustnych blokerów H1 lub dospojówkowych blokerów H1, lub dospojówkowych kromonów albo roztworu soli fizjologicznej. W każdej z wymienionych sytuacji należy rozważyć immunoterapię swoistą. Bardzo ważnym elementem terapeutycznym jest weryfikacja współistniejącego ryzyka astmy oskrzelowej, zwłaszcza w grupie pacjentów z rozpoznaniem ciężkim i/lub przewlekłym ANN.

Leki przeciwhistaminowe są najpopularniejszą i najlepiej przebadaną grupą leków stosowaną w chorobach alergicznych, zwłaszcza w ANN. Doustne leki przeciwhistaminowe II generacji (azelastyna, cetyryzyna, emedastyna, lewokabastyna, loratadyna, mizolastyna, feksofenadyna, bilastyna, lewocetyryzyna, rupatadyna i desloratadyna) mają szerokie zastosowanie w chorobach alergicznych i w odróżnieniu od leków I generacji cechują się wybiórczym działaniem na receptory histaminy, dłuższym czasem działania i mniejszą liczbą działań

niepożądanych. Większość leków przeciwhistaminowych nie wywołuje powikłań metabolicznych, nie blokuje obwodowego układu cholinergicznego i adrenergicznego [nie przechodzą przez barierę krew–mózg, nie modyfikują działania histaminy, ważnego mediatora w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), odpowiadającego m.in. za hamowanie łaknienia, regulację rytmu sen/czuwanie i zachowanie równowagi] oraz nie zmienia aktywności kanałów jonów w sercu (wydłużając odstęp QTc, sprzyjają wystąpieniu częstoskurczu o charakterze *torsade de pointes*). Obecnie w leczeniu ANN doustne leki przeciwhistaminowe próbuje się kojarzyć z innymi lekami, np. obkurczającymi naczynia błony śluzowej jamy nosa (pseudoefedryna), które wymiennie ułatwiają osiągnięcie kontroli choroby. Trzeba jednak pamiętać o możliwie krótkim (kilukudniowym) okresie stosowania terapii, a pełną kontrolę ANN należy zastąpić donosowym lekiem przeciwhistaminowym lub GKS. Wykazano, że stosowanie w ANN skojarzonej terapii lekiem przeciwleukotrienowym i doustnym lekiem przeciwhistaminowym wykazuje lepszy efekt w porównaniu ze stosowaniem leków pojedynczo, np. desloratadyny czy lewocetyryzyny. Leki przeciwhistaminowe podawane miejscowo wykazują podobne działanie jak przyjmowane drogą doustną.

Donosowe GKS są zaliczane do najbardziej skutecznych leków w terapii ANN, co więcej, wykazują istotny efekt leczniczy w zapaleniu spojówek. Maksymalny efekt obserwuje się już po upływie kilku dni, natomiast działanie po 7–12 godzinach. Terapię

GKS należy rozpocząć przed sezonem pylenia i kontynuować przez cały okres ekspozycji. Dostępne preparaty (beklometazon, flutikazon, budesonid, mometazon) poprawiają istotnie jakość życia dzięki zróżnicowanemu mechanizmowi przeciwzapalnemu, który jest związany z wpływem na ekspresję genów i działaniem kurczącym na naczynia krwionośne. Efekt terapeutyczny jest widoczny już 2–20 minut po aplikacji leku. Istotnie zmniejszają one wytwarzanie wolnych rodników tlenowych i azotowych, wydzielanie śluzu i powstawanie obrzęku zapalnego. Ze względu na duże powinowactwo do receptora w miejscu działania nie powodują niepożądanych objawów ogólnoustrojowych, a połączona niewielka ilość leku po miejscowej aplikacji ulega biotransformacji w wątrobie w czasie pierwszego przejścia. Leki te nie powodują zmian atroficznymi ani cech uszkodzenia nabłonka, a rejestrowane objawy niepożądane: podrażnienie, podkrwawienie, uczucie suchości w nosie czy drapanie w gardle, są porównywalne z placebo. Co więcej, zaleca się stosowanie donosowych GKS zamiast donosowych leków przeciwhistaminowych. Doustne GKS (wyłącznie u dorosłych) są zalecane w przypadku braku reakcji na inne leki w terapii ANN.

W grupie pozostałych leków stosowanych w ANN znajdują się: leki obkurczające naczynia błony śluzowej jamy nosa (α -mimetyki donosowe – oksymetazolina, ksylometazolina, nafazolina, tetryzolina, doustne – efedryna, pseudoefedryna), bromek ipratropium, kromony, leki antyleukotrienowe, omalizumab, mukolityki. Stosowane kombinacje leków przeciwhistaminowych i α -mimetyków zyskują coraz więcej zwolenników ze względu na mechanizm blokujący receptor przeciwhistaminowy i jednoczesny efekt poprawy drożności nosa.

Immunoterapia swoista jako alternatywna metoda przyczynowego leczenia ANN ma na celu wywołanie tolerancji klinicznej, zapobieganie progresji choroby, w tym astmie oskrzelowej, wtórnym uczuleniom i zminimalizowanie konieczności stosowania leków. Terapia ANN dostosowana do potrzeb pacjenta w możliwie najszybszym czasie minimalizuje ryzyko rozwoju chorób współistniejących i efektywnie polepsza jakość życia we wszystkich jego sferach.

Adres do korespondencji:

Edyta Krzych-Fałta
Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a
02-097 Warszawa
e-mail. edyta.krzych-falta@wum.edu.pl