



Badania epidemiologiczne wskazują na wzrost częstości występowania chorób alergicznych, zaostrzenia astmy są jedną z głównych przyczyn hospitalizacji na oddziałach ratunkowych w USA, rośnie liczba chorych leczonych z powodu reakcji anafilaktycznych, pokrzywki i obrzęku naczynioruchowego [1,2]. Aktywacja komórek tucznych, w tym monoklonalna aktywacja komórek tucznych i mastocytoza, dotyka coraz większej grupy chorych [3]. Podstawową grupą leków stosowaną w leczeniu alergii są pochodne glikokortykosteroidów, grupy leków stworzonej dzięki badaniom Tadeusza Reichsteina, laureata Nagrody Nobla z 1950 r. pochodzącego z Włocławka [4]. Szerokie działanie glikokortykosteroidów i ich działania niepożądane, a także rosnąca liczba chorych, których objawy nie są kontrolowane tą grupą leków tłumaczy prowadzenie badań i wprowadzenie do leczenia nowych leków biologicznych celowanych na poszczególne elementy odpowiedzi immunologicznej [5]. Dodatkowo, w przypadku leków stosowanych początkowo w leczeniu astmy – jak omalizumab, prowadzone są badania wskazujące na możliwość ich zastosowania w innych jednostkach o podobnym mechanizmie patofizjologicznym jak pokrzywka, mastocytoza, immunoterapia alergenowa z jadem owa-

dów [6]. Wprowadzenie nowych leków stanowi wyzwanie dla lekarzy, koniecznym staje się znajomość kwalifikacji chorych do leczenia, nowe działania niepożądane i interakcje leków, obraz kliniczny choroby po zaprzestaniu leczenia. Większość leków z tej grupy wymaga wieloletniego stosowania a wiedza o ich możliwościach, długotrwałym wpływie na zdrowie leczonych dopiero powstaje. Liczba prac dotyczących leków biologicznych w alergologii do 1994 roku wynosiła mniej niż 100 rocznie, do 1999 roku mniej niż 200, a w 2014 roku ukazały się 963 publikacje poświęcone temu tematowi [7].

Obecny numer *Alergii Astmy Immunologii* ma na celu przybliżenie obecnego stanu stosowania leków biologicznych w świecie oraz doświadczenia ich stosowania w naszym kraju. Pomimo trudności refundacyjnych i ograniczeń określonych polską charakterystyką produktów leczniczych i programów lekowych wielu naszych pacjentów, głównie leczonych z powodu astmy ciężkiej, odniosło już istotne korzyści z leczenia. Dalszy rozwój tej dziedziny medycyny i farmakologii zmniejszy liczbę chorych, którzy prezentują objawy wobec których, jako lekarze, jesteśmy bezradni.

## Piśmiennictwo

1. Samoliński i wsp. ECAP Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce [www.ecap.pl](http://www.ecap.pl)
2. US Department of Health and Human Services <http://www.hrsa.gov/publichealth/index.html>
3. Valent P, Akin C, Arock M i wsp. Definitions, criteria and global classification of mast cell disorders with special reference to mast cell activation syndromes: a consensus proposal. *Int Arch Allergy Immunol* 2012; 157: 215-25.
4. Rutkowski B, Ostrowski J. Tadeusz Reichstein: from description of coffee aroma to discoveries of cortisone and aldosterone. *J Nephrol* 2009; 22: 80-5.
5. Chiappori A, De Ferrari L, Folli C i wsp. Biomarkers and severe asthma: a critical appraisal. *Clin Mol Allergy* 2015; 13: 20.
6. Incorvaia C, Mauro M, Russello M i wsp. Omalizumab, an anti-immunoglobulin E antibody: state of the art. *Drug Des Devel Ther* 2014; 8: 197-207.
7. PubMed (biological treatment AND allergy dostęp 2015.11.16)

prof. dr hab. n. med. Marek Niedożytko, prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem  
Klinika Alergologii Katedry Pneumonologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego