

Minden napjaink allergiái

Az allergiás betegek világszerte nagy száma, az elsősorban a fiatal korosztályokra jellemző magas incidencia, a környezeti és életmódtényezők allergiaelősegítő hatása előrevetítik, hogy az allergiák a következő évtizedekben is a vezető krónikus megbetegedések közé fognak tartozni. A megelőzés jelenleg elsősorban a már kialakult állapot romlásának befolyásolását jelenti, nagyon kevés eszközünk van az IgE-mediált túlérzékenység betegséggé fejlődésének megelőzésére, és szinte semmi a szenitizációk elkerülésére. Az allergiás kórképeket ma a tünetek súlyosbodó jellege, az egyre több szervet érintő manifesztáció, a komorbiditások gyakorisága, az allergének egyre hosszabb listája jellemzi. Bár a klinikai vizsgálatok szerint számos igen hatékony gyógyszerrel és kombinációval rendelkezünk, a gyakorlatban a betegek nagy száma elégedetlen a kezelések eredményességével, nem érzi életminősége elvárt javulását, a költségarányos hatékonyságot, de gyakran a probléma súlyosságát sem. A helyzet javulása csak új terápiás lehetőségektől, a környezetszennyeződések mérséklődésétől, a társadalmi percepció alapvető módosulásától, illetve a rendszerszemléletű megközelítéstől együtt várható.

DR. NÉKÁM KRISTÓF
egyetemi magántanár,
Budai Irgalmasrendi Kórház

BEVEZETÉS

Az allergiás megbetegedések kialakulása többlépcsős. Mai ismereteink szerint (és ebben nem várható lényeges módosulás a belátható jövőben) genetikai tényezők, epigenetikai hatások, az allergének fajtái, allergénitások, kombinációik, új megjelenésük egy konkrét közösségben, a környezetszennyezés (levegő, víz, élelmiszer, talaj) jellemzői, más társbetegségek játszanak szerepet az érzékenység kialakulásában. Ez a legjobban ismert allergiák esetében IgE-immunglobulinok képződéséhez kötött, és nem szabad magával a betegséggel összekeverni, bár erre számos alternatív, nem bizonyított alapú módszer alkalmazói, hirdetői igencsak hajlamosak. (1) Új proallergiás tényező a migráció iparilag-gazdaságilag kevésbé fejlett területekről „nyugati” életstílusú országokba. (2) A túlérzékenység egyre gyakoribb és riasztóbb: egy múlt évi felmérés az USA-ban azt igazolta, hogy a teljes lakosság 60%-a legalább egy allergénnel szemben szenibilizálódott már. Magyarországon a szűrővizsgálatok nagyjából 50% körüli pollenérzékenységre utalnak. (3)

Allergiások között ez a szám jóval magasabb lehet: Kína egyik városában az atkaérzékenység a gyermekpopuláció 96%-ában volt igazolható, Szeged környékén allergiás rinitiszos betegcsoportban akár 90% körül is lehet parlagfű érzékenyeket találni. A szenibilizáció azonban nem kell, hogy allergiához vezessen: mindenképp előtt azért nem, mert a törzsejlődés során olyan gátló mechanizmusokat fejlesztettünk ki, amelyek folyamatosan és eredményesen gátolhatnak immunreakciókat még az antigén jelenlétében is. Erre a legkézenfekvőbb példa az étel-antigénekhez való viszonyunk: élete során az ember többtonnás nagyságrendben fogyaszt fehérje antigéneket, ezek nagy részével szemben ki is mutatható (bár nem IgE, hanem IgA- és IgG-mediált) reakció, de ételallergiás a gyermek korosztályokban nagyobb esetszámú vizsgálatok alapján legfeljebb 8–10% lehet, és felnőttkorra a szám 2–3% körülire süllyed, számtalan trigger (alkoholfogyasztás, dohányzás, fűszerek, vírusfertőzések, gyógyszerek) dacára is. (4)

A túlérzékenység tehát önmagában nem elég a tünetekhez, bár a betegséget közvetlenül megelőző állapot (ebben az esetben a „közvetlen” a folyamat egymás utáni lépcsőit jelenti, de akár hosszabb időtartamot is). Ismert és

ma még ismeretlen, észrevehetetlen vagy csak jövőbeni provokáló tényezők, triggererek sora vezet el a betegséghez, amelyek közül a sokat vizsgált környezeti hatások mellett egyre nagyobb szerepet tulajdonítunk az életmódtényezőknek is. Ezek egyéni és kisközösségi sajátosságai nem könnyítik meg általános következtetések, ezekre épülő általános tennivalók megfogalmazását.

A WHO tömör definíciója szerint az allergia genetikailag meghatározott, környezeti tényezők által befolyásolt fokozott immunválasz, legtöbbször közömbös környezeti antigénekkel szemben, amelyek az átlagos populációban ilyen immunválaszt NEM keltenek (ezen belül atópián az IgE-mediált immunreakciót értjük). A meghatározásban környezeti tényezőkön egyre inkább a saját belső környezetünket + az életmódunkat + a környezetszennyezést együtt értjük. A közömbös jelző azt jelenti, hogy nincs jelen allergén – allergén az az antigén, amely az egyedben allergiás választ vált ki, vagyis minden lehet allergén megfelelő befogadó közegben. Ez előrevetíti a végig nem gondolt „allergénmentesítéseket”, legyen szó akár pollenről, beltéri allergénről, borítékolható hatástalansága – legalábbis akkor, ha más aktivitások (például gyógyszeres terápia) nem társulnak hozzájuk. Az alacsony allergénterhelés populációs szinten nem előzi meg az allergiák magas prevalenciáját. (5)

A már kialakult allergiás betegség további lefolyását, komorbiditásait, egyéni és társadalmi terheit az eddigieken túl és azoknál talán erőteljesebben is az egészségügyi ellátás paraméterei, elérhetősége, a gyógyszerek és immunterapeu-

DR. NÉKÁM KRISTÓF



tikumok árképzési elvei, valamint a társadalom, benne különös súllyal az allergiásokká válható/váló, de pillanatnyilag még egészségesek felfogása erről a betegségcsoportról alapvetően befolyásolja. A szakorvosi ellátás mellett ma már mindenestre egyre növekvő szerepet tulajdonítunk a betegek saját aktivitásának, ami szerencsés (enyhe) esetekben a gyógyszereszi gondozás igénybevételével, OTC-termékek felhasználásával hatásos lehet; a háziorvosoknak, akiknek világos kompetenciája van allergiás betegségek kezelésére, valamint az alternatív-komplementer eljárások, a homeopátia terjedésének. Ez utóbbiakat a tradicionális allergológia egészen a legutóbbi évekig elutasította (tegyük hozzá: joggal, jó néhány kettős-vak, placebo-kontrollált vizsgálat negatív eredményei, egyes anyagok súlyos mellékhatásai alapján) – a közelmúlt óta szaporodtak a korrekt körülmények között végzett vizsgálatok, amelyek arra utalnak, hogy egyes módszerek (pl. fényterápiák) és fitoterapeutikumok megfelelően megválasztott beteganyag eredményesek lehetnek az allergiás tünetek enyhítésében.

GYAKORIBB ALLERGIÁS TÜNETEGYÜTTESEK ÉS KOMORBIDITÁSOK

LÉGÚTI ALLERGIÁK

Nagyjából húsz év óta olvashatók az alsó és a felső légutak (és részben a szem) allergiáinak szoros kapcsolatát igazoló megfigyelések. Az örökletes tényezők hasonlóak, a patomechanizmus lényeges elemei (főszereplő sejtek és mediátorok, pl. leukotriének) szintén. A releváns allergénekben megnyilvánuló különbség oka lehet a külső környezet (földrajzi és klimatikus viszonyok), de részben a légutak anatómiai sajátosságai is: a külvilágtól való távoltság, az eltérő átmérő, az ettől függő áramlási

sebességkülönbség. Nagyobb pollenek (100 µm átmérő felett) elsősorban az orrban csapódnak le, szűrődnek ki, kis gombaspórák a legmélyebb bronchiolusokig utat találnak. Atka-szenzibilizáció mindenütt kialakulhat. Magyarországon a nyári gyomok a leggyakoribb szezonális allergiaváltók (fekete üröm, parlagfű, falgym, újabban rézgyom is), amelyeket közel azonos súllyal követnek a fűfélék (pázsitfűvek és réti kaszálók füve). (1) Belterekben az atkák és a macska-epítél számottevők.

Az epidemiológiai különbségek között említhető, hogy az asztma elsősorban kisgyermekkorban jelentkezik, a rinitisz serdülőknél, illetve fiatal felnőttekben. (6) Magyarországon a rinitisz-prevalencia 15–22% között van a teljes populációban, míg az asztma-prevalencia 2–5% között lehet. A nembeli különbségek szerények, és korosztályfüggők. Nemzetközi felmérések az allergiás rinitisz prevalenciáját helyzettől, életkortól és másoktól függően 3–45% közé, az asztmáét 2–30% közé teszik.

A két szerv intim kapcsolatát klinikai megfigyelések sora is alátámasztja. Egyfelől az együttes előfordulás: allergiás rinitiszek akár 25–40%-ában is lehet asztmát igazolni, különösen perenniális rinitiszben, míg asztmának 80%-ban társult betegsége. Az asztma-prevalencia rinitisz nélkül alacsonyabb. Rinitiszben gyakran lehet bronchiális hiperreaktivitást is találni, hörgőprovokáció rinitisz tüneteiket is kiválthat. Amennyiben együtt fordulnak elő, és nem kezelik, vagy nem elég hatékonyan kezelik mindkét betegséget, az asztmakontroll nehezebben valósítható meg.

További komorbidityások, csökkenő előfordulásuk szerint: konjunktivitisz, ekcéma, urtikaria, ételallergiák.

Allergiás rinitisszel kapcsolatban már mintegy tíz éve elérhető egy folyamatosan frissített,

tömörsege révén kiválóan használható nemzetközi irányelv (ARIA: allergiás rinitisz és hatása asztmára: www.wheo.org), amely a tünetek súlyosságára és időtartama alapján alkotott csoportokhoz rendeli a terápiát. Ez enyhe esetekben lokális vagy szisztémás antihisztaminból, leukotrién antagonistából, vagy a csak rövid távon alkalmazandó nyálkahártyaödéma-csökkentőkből áll, amelyekhez a súlyosság növekedésével egyre több intranazális szteroidot kell rendelni. Szóba jöhet még allergén/irritáns-kerülés – ma a gyakorlatban alkalmazott technikák mellett kevés meggyőző bizonyíték szól; illetve a reneszánszát élő (szublingvális) immunterápia. Az ARIA-irányelvek gyakorlati alkalmazása egy friss vizsgálat szerint a betegellátás hatékonyságának növekedésével, allergiás rinitisz betegekben a szükséges életvitel-módosítások nagyobb elfogadottságával járt. (7)

Rinitiszben érdekesség az is, hogy a betegek kezelőorvosuktól eléggé eltérően ítélik meg állapotuk súlyosságát: rendszerint súlyosabbnak tartják azt. Nem annyira egyes tünetek enyhülését értékelik, mind az életminőség, a teljesítmény javulását. Ennek természetesen iránytűnek kell lennie a terápia megválasztásához, eredményességének megítéléséhez. A mindennapos gyakorlat is azt támasztja alá, hogy a betegek tekintélyes része (akár fele is) részben vagy nagyrészt elégedetlen a kezelés hatásosságával, és emiatt előbb-utóbb más ellátót, más gyógyszereket, más eljárásokat keres. Eddigi hazai erőfeszítéseink kétségtelenül szerény eredményét mutatja, hogy a múlt éves gyógyszerfogyásból a csomagolási egységek 40%-a volt dekongesztáns, míg csak 34%-a antiallergikum.

Az asztma megítélése is lényeges változáson ment keresztül az elmúlt években. A bizonyíték alapú diagnosztikus és terápiás eljárások nagy része már beépült a szakorvosi gyakorlatba (www.ginasthma.org, www.tudogyogyasz.hu), újdonság azonban az asztmakontroll fogalmának és gyakorlatának bevezetése. Ez, hasonlóan a felső légutak allergiáihoz, nem a tüneteket, hanem a beteget és a beteg percepcióját saját állapotával kapcsolatban helyezi a középpontba, bár állapotát természetesen az egyes tünetek meglétéén vagy hiányán keresztül is értékeli.

ÉTELALLERGIÁK

Előfordulási gyakoriságuk határozottan növekedett az elmúlt években, a betegek 90%-a nő.

A gyakoriságról nincsenek reprezentatív adataink, csak becsléni lehet külföldi példák alapján a 2-3%-ot (az első három életévben ez akár 10% lehet). A kiváltó okok között új allergének megjelenése (más égtájak zöldségei, fűszerei, gyümölcsai, szezám, új adalékanyagok, táplálék-összetevők, tenger gyümölcsai stb.), a fokozódó alkoholfogyasztás, az allergiás betegségek szaporodása általánosságban, illetve



a savkötők, protonpumpa-gátlók széles körű elterjedése mind szerepet játszhatnak. Nem újak, de egyre gyakoribbak a pollen–zöldség/gyümölcs keresztreakciókon alapuló arc-szaj-szájüregi vagy anafilaxia-közeli tünetek is. A diagnosztika sarkalatos pontjai: az ételtüneti naplók elemzése és a provokációs vizsgálatok. Az in vivo és in vitro allergén-meghatározásoknak sok technikai buktatója van mind a specificitás, mind a szenzitivitás szempontjából. Mindenképpen nagy gyakorlatot igényel az ide tartozó betegek vizsgálata, gondozása, nemkülönben a ma még legfontosabb tünetcsökkentő módszer, a kerülő diéták hatékony, de felesleges túlzásoktól mentes összeállítása. Ehhez a beteg együttműködése is elengedhetetlen. Ez az a betegcsoport, ahol a megkérdezettek legnagyobb része gondolja magáról indokolatlanul, hogy allergiás. Az arány az igazolhatóan ételallergiások között akár 50–100% is lehet.

A bőrgyógyászati allergiás kórképek közül felnőtteken a krónikus allergiás/irritatív dermatitisek (ekcémák) növekvő előfordulását környezetünk fokozódó kemizációjának számlájára írhatjuk. (8) Talán még nagyobb gondot fognak a közeljövőben a krónikus urtikariák, angioneurotikus ödémák okozni, amelyek legtöbbször előjelek nélkül lépnek fel, és intenzitásuk, riasztó megjelenésük sok beteget (indokoltan) a sürgősségi ellátás felkeresésére ösztönöz. Az

ismert felosztás szerint az okok között ételek, adalékanyagok, gyógyszerek mintegy 10%-ban szerepelnek, a jelentősebb háztartási vegyszerek, kozmetikumok, illatanyagok mellett sokszor autoimmun reakciók is igazolhatók, de az esetek nagyobb részében nem lehet a feltételezett környezeti hatásokat pontosítani, és így elkerülni sem. (9) Hisztamin-tartalmú ételek, hisztamin-„liberátorok” oki szerepe sincsen nagyobb populációkban megfelelő bizonyítékokkal alátámasztva, így a sokszor javasolt diéta, ha hoz is eredményt, csak átmeneti sikerekkel jár. Ez is pszichés tényezőket valószínűsít elsősorban. A terápiás bizonytalanság érthető a fentiek miatt: a gyakorlatban az ismeretlen (sokszor idiopatikusan is jelölt) háttér oki helyett csak tüneti kezelést tesz lehetővé. Ennek két oszlopa: H1-antihisztaminok adása (esetleg H2-receptorgátlókkal kombinálva) – gyakran a szokásos napi dózis 2-3-szorosában, illetve hatástalanságuk esetén az átmeneti per os szteroid-terápia, amelynek adagját, időtartamát nem határozzák meg világos irányelvek. Az atópiás dermatitisz a legtöbb problémát a felnőttkor előtt okozza, előfordulási gyakoriság Magyarország egyes részein, egyes korosztályokban már korábban is meghaladta a 15%-ot. (10)

Egyre elfogadottabb a szisztémás allergia definíció, amelybe valamennyi allergiás szervtünet beletartozik, azonos betegen, akár eltérő

időpontokban manifesztálódva. Ennek eredményes kezelése széles körű, folyamatosan frissülő ismereteket feltételez. Bár több, a korábbi farmakoterápiáktól eltérően biológiai terápia ígéretes (mint a tolerancia helyreállítását célzó specifikus immunterápiák, a kisiklott IgE-mediált immunválaszt semlegesítő anti-IgE-terápia, anticitokin-terápiák), tartós eredményt sok beteg csak az allergiák rendszerszemléletű megközelítése hozhat, amely egyszerre veszi figyelembe a prekonceptiós (!) allergiát elősegítő tényezőket, a magzati élet során az anyát érő környezeti hatásokat, a genetikai faktorokat, a születés utáni környezeti, családi, táplálási tényező-



ket, szocioökonómiai és edukációs jellemzőket a már ismert környezeti faktorok mellett, valamint az allergia-trigger lelki tényezőket is – és ebből a komplex rendszerből megpróbálja kiiktatni a pro-allergiás elemeket, vagy legalább is egy részüket.

Enélkül a szemléletváltás nélkül nem lesz esélyünk arra, hogy mindennapi allergiáink érezhetően ritkuljanak.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Czizják L. (szerk.): *Klinikai Immunológia. Medicina. 2006*
2. Tedeschi A. et al.: Onset of allergy and asthma symptoms in extra-European immigrants to Milan. *Clin Exp Allergy. 2003;33:449–454.*
3. Magyar D. et al.: *Parlagfűhöz kötött kockázatok (absztr.). Allergológia és Klinikai Immunológia. XI. 2009;18-19.*
4. Pyrhönen K. et al.: Occurrence of parent – reported food hypersensitivities. *Pediatric Allergy and Immunology. 2009;20:328–338.*
5. Clausen M. et al.: High prevalence of allergic diseases and sensitization in a low allergen country. *Acta Paediatrica. 2008;97:1216–1220.*
6. Bousquet J. et al.: *ARIA 2008 Update. Allergy. 2008;Suppl.86:63.*
7. Demoly P. et al.: Spreading and Impact of WHO's ARIA guidelines. *Clinical and Experimental Allergy. 2008;38:1803–1807.*
8. de Benedictis et al.: The allergic sensitization in infants with atopic eczema from different countries. *Allergy. 2009;64:295–303.*
9. Kaplan A. P., Greaves M.: Pathogenesis of chronic urticaria. *Clinical and Experimental Allergy. 2009;39:777–787.*
10. Harangi F. et al.: Atópiás dermatitis előfordulási gyakorisága Baranya megyei iskolás gyermekek körében. *Orv. Hetilap. 2003;144:429–433.*



THINK OF SWEDEN!

Medena Rek Polska Ltd. – we have been operating in Poland and EU since 2000 recruiting doctors and dentists for public health care units in Sweden.

WHO ARE WE LOOKING FOR?

Specialists of all types and doctors during their specializations as well as dentists.

WHAT ARE WE PROVIDING?

- at least 3-year contract in public health care centers and hospitals in Sweden
- assistance with the paperwork and licenses
- free, stationary Swedish language course and medical Swedish course
- additional language course for family members
- board and lodging, all the language materials and financial help during the course
- study tour to Sweden with your families, assistance with removal and placement

WHAT SHOULD YOU DO?

Fill in the application form at www.medena.com.pl and contact us if You have any questions. **We shall be glad to help!**



CONTACT US AT 00 48 22 754 52 00, 00 48 605 263 548
medena@medena.com.pl • www.medena.com.pl