

Megy-e allergológusok által a világ elébb ?

Nékám Kristóf

Budai Irgalmasrendi Kórház

XI.OJSzK , 2010

EXPERIMENTAL RESEARCHES
ON THE
CAUSES AND NATURE
OF
CATARRHUS ÆSTIVUS
(HAY-FEVER OR HAY-ASTHMA).

BY
CHARLES H. BLACKLEY, M.R.C.S. ENG.

OXFORD HISTORICAL BOOKS
Abingdon 1988

cases which are due to any other cause than that named are so few in number that they may be considered mere exceptions to a general rule.

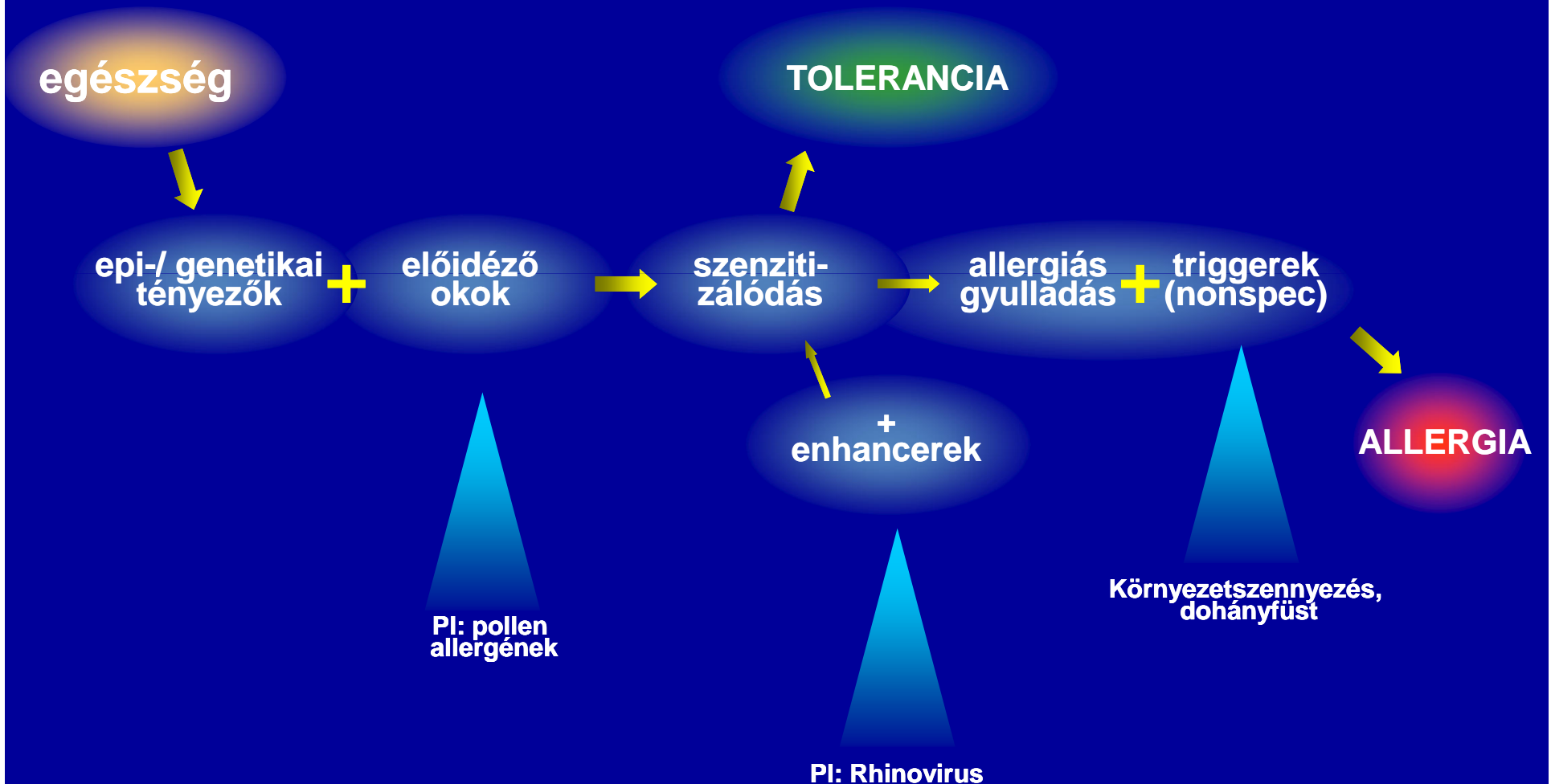
To those members of the profession who have studied hay-fever and have formed definite opinions upon it, it will appear that the mode in which the subject is treated is unnecessarily minute, but to those who are imperfectly acquainted with the disease, or to whom it is entirely new, it will not appear that too much detail has been given. Even in this country, where the disorder probably had its commencement and where it is still more common than in any other part of Europe, there are medical men to be found who know very little about it; and on the Continent there are still some to be found who have never even heard of the disease. To such as these especially the details I have given will not be uninteresting.

It is a matter of regret to me, and I have no doubt will be to some of my readers, that I have not been able to speak at length and with some degree of certainty and precision upon the treatment of hay-fever. A determination to adhere as closely as possible to the statement of such facts as my own experience would enable me to vouch for, compels me to say that treatment by medicines has so far, in my hands, been very unsatisfactory; nor do I think that it would have been found to be any more successful in the hands of those who *seem* to have been more fortunate, if a strictly logical method of testing the efficacy of treatment had been followed.

Az allergiás rinitisz gyakorisága

- mára az iparilag fejlett, szolgáltató társadalmakban akár 30% is lehet, egyes országok egyes korosztályaiban (6-7 évesek) elérheti az akár **40%-ot** is (pl. Új-Zélandban)
(Forrás: ISAAC vizsgálatok 2000-2005 között)

Egészség → allergia folyamatábra:



Szenzitizedátsági adatok,US, 2005

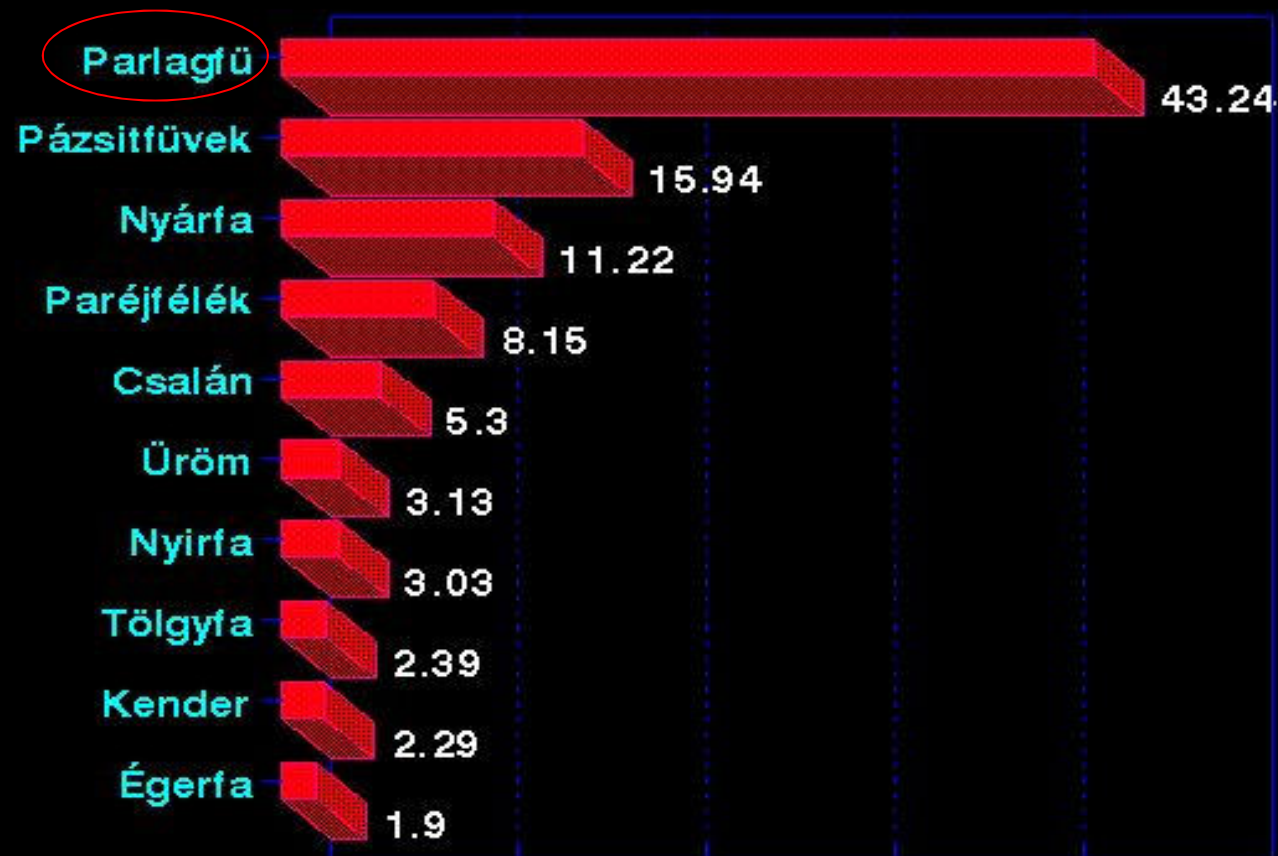
- A teljes lakosság 54,6%-a szenzitized *legalább* egy allergénnek szemben.
- A szenzitizedak felében poratka, rozs, pfű, svábbogár (és/vagy) az allergén.

Allergén családok

- Pollenek (fák, füvek, gyomok)
- Gombák
- Atkák , svábbogár
- Hobbi és háziállatok
- Rovarok
- Táplálékok
- Gyógyszerek
- Foglalkozási allergének
- Infektív ágensek



Leggyakoribb légköri pollenszemek Szegeden

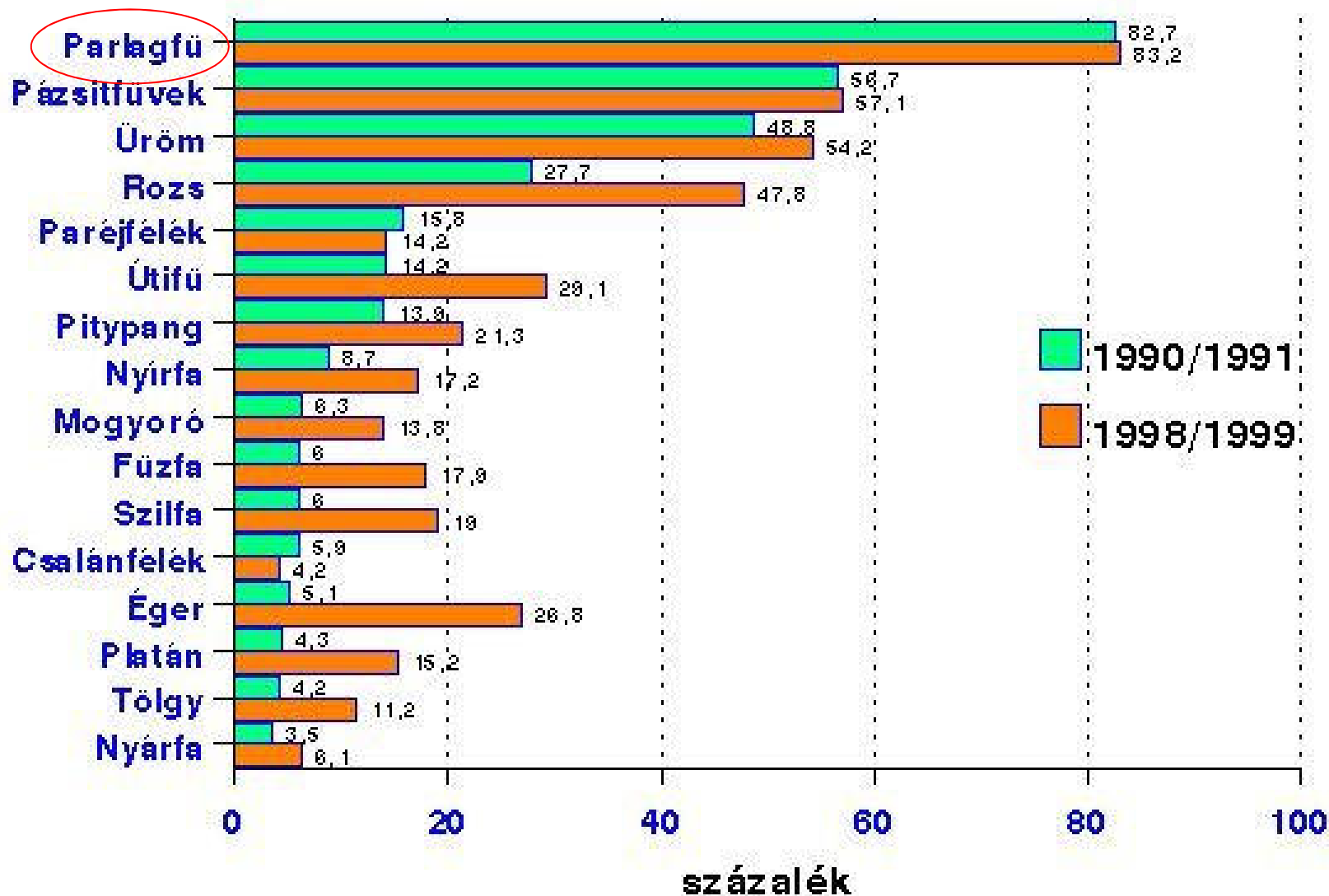


százalék

Juhász M.

Allergén toplista Szegeden

Bőrteszt pozitivitás pollinózisban (n=523)(Kadocsa és Juhász)



Mégis, kiknek a problémája a parlagfű ?

- EU gyakorisági sorrend
- Fűvek
- Der p 1
- Nyír
- Macskaszőr
- Artemisia
- Olajfa
- Blatella
- Alternaria. Pfű: 11/18.
- (Japán: cédrus+ atka)
- Szenzitizáltak azonosításához szükséges:
- B,FI,D,GR,IT:
6 allergénnel: 95%
- CH: 2 allergénnel
(fűvek+macskaszőr):
95%
- Magyarország: 1
allergénnel (pfű): 71%
- Allergy, 2009

Klímaparaméterek hatása a pollentermelésre (US):

- CO₂ szint 350 μmol → 2x : 60-90% pfű pollenszám növekedés (Wayne, 2002), főleg városi környezetben.
- Hőmérséklet növekedés hatása felbecsülhetetlen, a pollenspektrumot is változtatja

A magas légszennyezettség hatása a pollenekre és pollinációra :

- Nagyobb mennyiségű pollen termelődik, hosszabb ideig
- Több új fehérje termelődik (stressz fehérjék)
- A folyamatosan expresszálandó allergén fehérjék mennyisége nő (Schenk, 2009)

Beltéri allergia elősegítő tényezők

- Dohányfüst – elsősorban az anyai dohányzás
- Gázfűtés és főzés / fafűtés
- Építészeti-lakberendezési technológiai anyagok
- Tisztítószeres és más háztartási vegyszerek
- Külső légszennyezés

Az allergiás életforma létrejöttét elősegítik még

Diétás tényezők

Életvitel , szocio-ökonómiai és edukációs jellemzők

Egészségügyi ellátó szervezetek és rendszereik

Finanszírozás

Egyéni pszichés tényezők / társadalmi vélekedés /
kommunikáció

A klinikai lefolyás megváltozott :

Egyre több „érzékeny” egészséges van

Egyre több a fiatal allergiás

A szezonális tünetek a többszörös érzékenység miatt egyre hosszabb ideig , egyre intenzívebben állnak fenn

A betegek életminősége a tünetek erősségénél jobban romlik

Egyre több a „szisztémás” , egyszerre 2-3-4 szerven tüneteket kiváltó allergia

Miért tartják mégis sokan azt, hogy az allergiával reménytelen törődni ?

- Mert a tünetek eleinte enyhék, időszakosak
- Mert a hosszú távú hatásai nem ismertek
- Mert a több szervi tüneteket külön-külön helyen kezelik
- Mert az okokat nem ismerik, és ezért a megelőzés lehetőségeit sem
- Az életmód megváltoztatása is szinte reménytelen

Az allergiákat azonban kezelni kell:

- Hogy **megelőzhessük** : a poliszenzibilizációt
- a több szervi megjelenést (rinitisz \leftrightarrow asztma)
- az életminőség romlást, teljesítmény csökkenést
- a komorbiditások megjelenését
- és minden más direkt és indirekt egyéni és társadalmi terhet

A kezelés lehetőségei :

- Az elvi cél: súlyosság- és tünet orientált, egyénre szabott terápia
- antihisztaminok
- (elsősorban lokális !) szteroidok
- leukotrién antagonisták
- allergén specifikus immunterápiák
- biológiai terápiák
- nem-gyógyszeres eljárások(pl.fényt.)
- nem-konvencionális eljárások

Egy példa: az allergiás rhinitis kezelése

- Intranazális szteroidot : minden közepesen súlyos és súlyos allergiás rhinitisben
- Hatékonyabbak, mint az antihisztaminok vagy a leukotrién antagonisták az orrtünetekkel szemben
- Megelőzhetik a társbetegségeket, mint az asztma, szinuszitisz és otitisz kialakulását

Elvárások az intranazalis szteroidokkal szemben

- Mind az orr- mind a szemtünetek hatékony kezelése
- 24 órás hatástartam
- Gyors hatásbeállítás
- Megfelelő biztonságossági és tolerálhatósági profil
- Kényelmes és könnyen használható eszköz

(A flutikazon furoát glukokortikoid receptor affinitása a legnagyobb, 30:1 a dexametazonhoz viszonyítva)

A jelenlegi intranazális szteroidok korlátai

- Hatásuk a szemtünetekre sokszor bizonytalan
-
- Az INS-k érzékszervi korlátai: illat, íz/utóíz, garatba csorgás , csökkentik az adherenciát
- Az eszközök használata nem mindig egyszerű a betegek számára

Egy klasszikus vizsgálat szerint

(Durham et al, Eur.J.Allergy & Clin. Immunol.,2002)

- Négyből csak egy allergiás rinitisztes beteg kapott kezelést.
- Általános klinikusi tapasztalat, hogy a betegek 40-60%-a elégedett csak a kezeléssel.

Melyek az elégedetlenség okai? Az adherencia hiánya ?

- a terápiával szembeni teljesületlen elvárások?
- az alkalmazás rendszeressége, körülményei ?
- téves, ellenőrizhetetlen információk ?
- maga a beteg által túlbecsült adherencia ?

- Főleg: a nem megfelelő kölcsönös kommunikáció

De : ki kezelje az allergiás beteget ?

- A beteg maga ? – hiszen többet tud önmagáról, mint a kezelői.
- Diagnózist valószínűsítő kérdőívek segítségével ?
- Hozzáférhető OTC készítmények : anti-hisztaminok, lokális ödéma csökkentők .
Komplementer szerek/eljárások

Az allergiás nátha jelenlegi kezelése Magyarországon nem felel meg a szakmai javaslatoknak

- 2009 parlagfű hónapjaiban terápiás napokban mérve a felhasználás 61%-a antihisztamin volt; 22%-a dekongesztáns ; 16% intranazális szteroid.
- A betegszám szerint 2-4x ennyi terápiás napnak kellett volna lennie. Az antihisztamin fogyás **sok**, az intranazális szteroid fogyás **kevés** a tünetsúlyosság megoszlásához képest.
- Dekongesztánst sokan, **sokkal tovább** alkalmaznak, mint ezt a **mellékhatások** veszélye nélkül tehetnék.

Végül is, ki kezelje az allergiás beteget ?

- **Gyógyszerészek:** enyhe-közepes intermittáló vagy perzisztáló rinitiszt, *jellemző tünetekkel, asztma valószínűségének kizárása után.*
- **Háziorvosok:** jellemző anamnesis és tünetek, jellegzetes allergén kontaktus esetén, esetleg szakorvosi diagnózis megerősítéssel, *eredményesség esetén tartósan.*
- **Fül-orr-gégész/pulmonológus /bőrgyógyász:** elsősorban az alap kompetenciába eső szervtünetek esetén, és az előző csoportokból a terápia rezisztens betegeket.
- **Az allergológus**

Követelmények az allergológussal szemben 1 (WAO 2008)

- Belgyógyászatra/gyermekgyógyászatra, esetleg „szervalapú” szakképzésre épített specializáció allergológiában
- *Helyi* allergének és triggererek ismerete; teljes körű allergia diagnosztika alkalmazása; allergiák és *komorbiditásaik* komplex , modern kezelése és gondozása, túl a szervspecialista allergológus lehetőségein
- A betegség jelentkezés és progresszió rizikó tényezőinek értékelése
-

Követelmények az allergológussal szemben 2 (WAO 2008)

- Prevenációs tevékenység
- Valamennyi adat szintézisének lehetősége
- Legyen a beteg, gondozója, az alapellátó, a közösség **edukátora** , és érdekeik **képviselője**.
- **Akadályok** a követelmény rendszer teljesülésében:
alulreprezentált szakterület az orvosegyetemi
kurrikulumokban ;
- jóval kevesebb allergológus van , mint arra igény lenne és az arány romlik.

Az allergológus iránti igény háttere

- Egyre több súlyos, összetett tünet együttes , bármely korosztályban, akár fatális kimenetellel
- Korábban ismeretlen tünet együttesek és kiváltó tényezők (keresztallergiák, új szenzibilizálók és irritánsok , szokatlan tünetek , táplálék kiegészítők)
- Prevenció – management - rehabilitáció együttese iránti igény
- Az „allergia probléma” komplexitásának felismerése és kezelése, más szakterületek ismereteinek, terápiáinak integrálása

Allergia ellátási kompetenciák(WAO,2008)

- **Minden orvos** számára: sürgősségi ellátás
- **Első szint:** háziorvos / gyermekgyógyász / belgyógyász speciális tréning nélkül: a tünetek súlyosságától, összetettségégtől függően akár definitív diagnosztika, kezelés, gondozás.. Speciális képzéssel a diplomás szakdolgozói kompetencia (önállóság) megteremthető.
- A **második szintű** allergia ellátás: „szerv alapú” (az ellátás fajtájától /járó vagy fekvőbeteg/ független)
- **Harmadik szint:** az allergológus integráló ellátása.

Milyen értéktöbbletet adhat az ellátáshoz az allergológus ?

- Személyre szabott terápia és prevenció
- Nem-gyógyszeres terápiás lehetőségek (CAM, fototerápia, fitoterápia stb) véleményezése, ajánlása vagy elhárítása
- Széleskörű környezet egészségügyi ismeretek
- Tanácsadás (terhesség előtt → terciér prevencióig)
- Információk értékelése
- Beteg-önállóság támogatása a compliance fenntartásával

Mit tehet még az allergológus ?

- Javasolhatja az ellátás bővítését (Magyarországon például az étel- és gyógyszer allergiákkal kapcsolatban): az allergiás betegek nagyobb részét nem specialista látja el
- Kommunikáció beteggel, környezetével, az egészségesekkel, a döntéshozókkal
- Centrumok és együttműködések, networking megszervezése
- Szerv-alapú specialisták és allergológusok harmonikus viszonyának elősegítése

Változások az asztma gondozás konceptiójában (GINA)

www.ginasthma.com :

- A cél a teljes körű asztma kontroll, beleértve az *életminőség* javítását is
- Érezhesse a beteg, hogy saját maga befolyásolhatja a leghatékonyabban asztmáját
- A betegnek szüksége van az orvosra, de nem mint vezetőre, hanem mint segítőjére az *önállósághoz*

Vajon megállítható-e az allergia gyakoriság növekedése ?

A sikeres *finn asztma* → *allergia program*

(1994-2004 → 2014) fontos megállapításai:

- Sok (enyhe) asztmás egyáltalán nem tudott a betegségéről
- A kezelés hatékonysága a betegek öntevékenységén is múlik
- A közönségnek is sokkal többet kell tudnia az allergiákról
- Mindehhez pénz, infrastruktúra és közös felelősségtudat kell, de az eredmények (a gyógyszerköltségek és a táppénzes napok számának csökkenése) már **néhány** év után mutatkoznak.
- **A közös problémák közösségi megoldást igényelnek**