

Alergologiczna

Zmieniony 23.04.2010.

PORADNIA ALERGOLOGICZNA

.....

LEKARZE PRZYJMUĄCY

Dr Witold Doroszewski- alergolog

Dr Grażyna Swincow - alergolog dziecięcy

.....

Słownik alergologiczny

Alergia

Atopia

Alergen

Astmna

Katar sienny

Testy

Testy Alergiczne

Testy naskórkowe

Testy śródskórne

Badania i profilaktyka

Badania laboratoryjne

Ocena objawów

Zapobieganie alergii

Kalendarz pylenia

ALERGIA- nazwa pochodzi od dwu słów greckich- allos- inny ergos- reakcja. Jest to swoista, niekorzystna reakcja na zetknięcie się z obcym alergenem, najczęściej nieszkodliwym dla osób zdrowych. Reakcje alergiczne są w większości generowane przez reakcje immunologiczne.

ATOPIA- dziedziczna skłonność do nadmiernego wytwarzania immunoglobuliny IgE, głównego sprawcy reakcji alergicznych.

ALERGEN- jest to substancja o właściwościach antygenowych, która u predysponowanych osób powoduje reakcje nadwrażliwości. Alergenami są substancje powszechnie występujące w naturalnym środowisku, które nie są toksyczne, ani nie mają właściwości drażniących. Jednak u pewnej grupy osób uczulonych, tzn. mających atopię (uwarunkowaną genetycznie nadprodukcją przeciwciał IgE) powodują one różne objawy chorobowe od łagodnych do bardzo ciężkich, stanowiących nawet zagrożenie dla życia.

Najbardziej rozpowszechnionymi alergenami są: roztocze kurzu domowego, pyłki drzew (zwłaszcza wczesnie kwitnących tj. leszczyna, olcha, brzoza), pyłki traw, zarodniki grzybów pleśniowych, sierść zwierząt domowych (kot, pies chomik i inne).

ASTMA- międzynarodowa grupa ekspertów opracowała wytyczne dotyczące diagnozowania i leczenia astmy oskrzelowej - GINA - Global Initiative for Asthma. Zgodnie z definicją ekspertów astma oskrzelowa jest to: przewlekły proces zapalny dróg oddechowych, w którym bierze udział wiele komórek i mediatorów. Proces zapalny prowadzi do nadreaktywności dróg oddechowych, czego wynikiem są nawracające epizody świszczącego oddechu, duszności, ucisku w klatce piersiowej i kaszlu, występujące zwłaszcza w nocy lub we wczesnych godzinach rannych. Objawom tym towarzyszy uogólnione, ale zmienne ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które zwykle jest odwracalne spontanicznie lub pod wpływem leczenia". Głównym objawem astmy są ataki duszności występujące najczęściej pomiędzy godziną drugą a piątą nad ranem, którym towarzyszy "granie w piersiach", kaszel i czasem ucisk w klatce piersiowej. Pomiedzy napadami pacjent może czuć się dobrze i wówczas nikt nie jest w stanie zorientować się, że jest on chory na astmę. Napady mogą występować z różną częstością. Jest jednak grupa chorych na astmę ciężką, u których dolegliwości występują niemal codziennie, a choroba jest przyczyną znacznego pogorszenia jakości życia. Oskrzela chorych na astmę mają skłonność do skurczu po kontakcie z różnymi czynnikami fizycznymi jak np.: duszność po wysiłku fizycznym, po ekspozycji na zimne powietrze lub dym tytoniowy.

CZYNNIKI WYZWALAJĄCE NAPAD ASTMY OSKRZELOWEJ

-

alergeny (roztocze, pyłki, zarodniki grzybów)

- infekcje wirusowe górnych i dolnych dróg oddechowych

- czynniki drażniące (dymy, opary- para wodna, mgła, zanieczyszczenia, zapachy)

- czynniki fizyczne (zimne lub suche powietrze, wysiłek fizyczny)

- leki (leki p/ko nadciśnieniu tętniczemu, niewydolności serca, jaskrze, niesteroidowe leki przeciwzapalne)

- zmiany pogody

- czynniki emocjonalne

- czynniki hormonalne (cykl miesięczny, ciąża)

KATAR SIENNY (ALERGICZNY NIEŻYT NOSA, GORĄCZKA SIENNA) - możemy podzielić na sezonowy i całoroczny. Zastosowane leczenie będzie ściśle uzależnione od czasu występowania objawów ich nasilenia, możliwości unikania Do objawów klinicznych nieżyty nosa należą: kichanie, świąd nosa, wyciek wydzieliny z nosa, uczucie zatkania nosa. Dla alergicznego nieżyty nosa szczególnie charakterystyczne jest uczucie świądu nosa, kichanie (kichanie salwami- czyli raz za razem) oraz wyciek wodnistej wydzieliny z nosa, podczas gdy w katarze niealergicznym dominuje uczucie niedrożnego nosa, np. niedrożny nos w godzinach porannych .

powrót

TESTY ALERGICZNE

Testy skórne są podstawowym badaniem przesiewowym używanym w diagnostyce chorób alergicznych. Oparte są na reakcji nadwrażliwości natychmiastowej a stosowane w celu oceny skórnej reakcji alergicznej z udziałem swoistych przeciwciał klasy IgE. Przy właściwym wykonaniu testu można rozpoznać rodzaj alergenu uczulającego, ocenić predyspozycję do chorób na tle alergicznym. Testy alergiczne są pomocne przy podjęciu decyzji odnośnie dalszego postępowania (eliminacji alergenu odpowiedzialnego za objawy chorobowe z najbliższego otoczenia, usunięcie zwierząt domowych, kwalifikacja do immunoterapii czyli odczulania oraz odpowiednio modyfikowanego leczenia objawowego).

Testy skórne dzielimy na:

-

testy doskórne

-

testy śródskórne

-

testy naskórne płatkowe

TESTY NASKÓRKOWE (PRICK TEST)

Testy wykonuje się na wewnętrznej stronie przedramienia lub na plecach (miejsce szczególnie przydatne gdy konieczne jest wykonanie dużej liczby testów), na niez zmienionej chorobowo skórze. Aplikatorem nakłada się po 1 kropli roztworów testowych w odstępach około 2-4 cm, w miejscach uprzednio oznaczonych. Nożykiem do testów punktowych nakłuwa się skórę pod kątem 45° przez kroplę alergenu a następnie podniesienie, tak aby pod podważoną skórę dostała się mała ilość alergenu. Nakłucie powinno być wykonane szybko i sprawnie oraz nie powinno wywołać krwawienia. Do każdego alergenu należy zastosować osobny nożyk. Po 10 minutach należy usunąć nadmiar roztworu testowego ze skóry za pomocą wacika. Wynik testów odczytywać po około 20 minutach (w międzyczasie należy kontrolować przebieg reakcji) . Reaktywność skóry jest bardzo zmienna i w związku z tym każdy test skórny powinien obejmować próby z dodatnim i ujemnym roztworem kontrolnym. Ujemny roztwór kontrolny stanowi rozpuszczalnik stosowany do konserwacji wyciągów alergenowych. Jako kontrolę dodatnią stosuje się roztwory histaminy (najczęściej 10 mg/ml). W razie podejrzenia o odczyn typu III reakcja występuje po 6 godzinach. Średnicę lub powierzchnię bąbla i zaczerwienienia mierzy się przy pomocy specjalnych szablonów lub linijki i zapisuje w formie ułamka np. 7mm / 20mm lub jako "+". Pozwala to każdemu lekarzowi do którego trafi pacjent z wynikiem wcześniej przeprowadzonego testu na właściwą ocenę wyniku tego ważnego badania. Najistotniejsza jest ocena wielkości bąbla, gdyż jego wielkość jest wynikiem reakcji natychmiastowej i zależy od ilości uwolnionej histaminy. Zaczerwienienie wokół bąbla

jest zależne od reakcji neurogennej. W rutynowym badaniu powinno się wykonywać testy z alergenami najczęściej występującymi w otoczeniu pacjenta.

TESTY ŚRÓDSKÓRNE - Technika wykonywania testu śródskórnego polega na wstrzyknięciu alergenu w ilości ok. 0,02 - 0,05 ml za pomocą specjalnych strzykawek (tuberkulinowa) i cienkiej igły tak, aby powstał śródskórny pęcherzyk o średnicy około 3 mm. Strzykawka powinna być ułożona pod kątem 45 stopni w stosunku do przedramienia. W celu uniknięcia wzajemnych oddziaływań test śródskórny należy zakładać na skórę przedramienia w odległości 5-6 cm od siebie. Przyjmuje się, że reakcja jest ujemna gdy bąbel i rumień mają średnicę mniejszą niż 5 mm. Metoda ta jest około 100 razy czulsza od testów naskórkowych. Ma jednak swoje istotne wady takie jak: częste reakcje nieswoiste, jest czasochłonna oraz obarczona większym ryzykiem wystąpienia reakcji anafilaktycznych niż po teście naskórkowym. Testy śródskórne nie mają klinicznej przewagi nad testami punktowymi. W celu oceny nadwrażliwości na związki chemiczne stosuje się testy naskórne (płatkowe). Test skórny punktowy jest w rękę doświadczonego lekarza podstawową (po badaniu podmiotowym) metodą w diagnostyce alergii. Jednak stwierdzenie wyniku dodatniego nie zawsze oznacza, że objawy u chorego wynikają z alergii IgE zależnej. W 10-15% przypadków wyniki testów są dodatnie u tzw. pacjentów bezobjawowych. Trzeba jednak pamiętać, że dodatnie testy na alergeny pyłkowe wyprzedzają czasem o kilka lat wystąpienie objawów klinicznych. Na wynik testu wpływ może mieć bardzo wiele czynników. Na wynik testu wpływ mają leki hamujące odczyn natychmiastowy np. leki antyhistaminowe I i II generacji. Leki te należy odstawić przed wykonaniem testów na okres 4-7 dni kortykosteroidy podawane ogólnie w dawce powyżej 10 mg/dobę w przeliczeniu na prednizolon - na okres 6 tygodni. Testy skórne powinny być wykonywane przez wykwalifikowany personel, najlepiej aby był to specjalista alergolog lub pielęgniarka alergologiczna.

powrót

BADANIA LABORATORYJNE

W przypadkach gdy nie ma możliwości wykonania testów skórnych lub brak jest odpowiednich odczynników możliwe jest wykonanie badania poziomu specyficznego IgE w surowicy. Wyniki uzyskane przy użyciu standardowych wyciągów alergenowych, korelują z wynikami testów skórnych i próby nosowej, ale oczywiście mogą się zdarzyć wyniki fałszywie dodatnie i fałszywie ujemne. Badanie specyficznego IgE należy przeprowadzać w szczególności u niemowląt i małych dzieci, u pacjentów z rozległymi zmianami zapalnymi skóry, u pacjentów z nasilonym derografizmem, u pacjentów przyjmujących leki antyhistaminowe, przy braku współpracy ze strony pacjenta oraz gdy testy skórne są trudne do interpretacji. Jako metoda stosunkowo droga nie jest powszechnie stosowana (do badań przesiewowych) nawet w krajach bogatych.

OCENA OBJAWÓW W PORÓWNANIU DO AKTUALNEGO POZIOMU PYLENIA ROŚLIN

U pacjentów z sezonowym alergicznym nieżytem nosa w okresie objawowym przeprowadzić można analizę codziennych objawów w oparciu o kartę samoobserwacji (obejmującą objawy i liczbę zużytych leków) i dane dziennego stężenia pyłku roślin. Rzetelnie przeprowadzona analiza objawów występujących u pacjentów z pyłkowicą w okresie pylenia roślin jest cennym i wiarygodnym uzupełnieniem wcześniej omówionych badań laboratoryjnych. Wykazanie korelacji pomiędzy wystąpieniem objawów, zużyciem leków a ekspozycją na aeroalergeny pyłkowe jest pomocne w diagnostyce alergii i monitorowaniu terapii. Metoda ta jest tania, prosta i ocenia naturalną ekspozycję, wymaga jednak dobrej współpracy z pacjentem.

ZAPOBIEGANIE ALERGII

Aktualne jest twierdzenie: "nie ma alergii bez alergenu". Większość pacjentów cierpiących na alergię potrafi wyraźnie określić swoje objawy oraz powiązać je z prawdopodobnym czynnikiem sprawczym. Bezwzględne przestrzeganie profilaktyki czyli unikanie ekspozycji na alergeny może zmniejszyć nasilenie objawów uczuleniowych nawet o 80-90%. Ochrona chorego przed alergenem pyłku roślin jest szczególnie ważna ponieważ często powtarzające się zaostrzenia objawów alergicznego nieżytu nosa prowadzą do powikłań oraz intensyfikują proces chorobowy. Pyłek roślin i alergeny pyłku osadzone na nośnikach (cząsteczki sadzy, ziarna skrobi z wnętrza pyłku, cząsteczki spalin silników wysokoprężnych) penetrują przez cały sezon do dróg oddechowych (także do dolnych dróg oddechowych). Prowadzi to do dalszego rozwoju choroby i reakcji ze strony innych narządów. Ilościowe i jakościowe różnice w stężeniu pyłku w poszczególnych dzielnicach dużych miast mogą być na tyle istotne, że pacjenci przebywając w tym samym dniu w różnych miejscach mogą mieć objawy o różnym stopniu nasilenia bądź nie mieć ich wcale. Jest wiele miejsc gdzie stężenie pyłku jest bardzo niskie jak np.: kryte baseny, budynki klimatyzowane czy pomieszczenia bez okien jak np. łazienki. Różnice w stężeniu pyłków są również uzależnione od odległości od poziomu gruntu. Niskie stężenie pyłku traw występuje również w pobliżu dużych zbiorników wodnych. Pyłek bowiem kilkakrotnie łatwiej osadza się na powierzchni wody niż na powierzchni gruntu. Pacjenci przebywający w pobliżu dużego zbiornika wodnego, lub pływający po nim mają do 85% objawów mniej niż w czasie pobytu w "głębi łądu". W związku z powyższym polecane są rejsy po morzu, dużych jeziorach oraz spędzanie wolnego czasu nad otwartym morzem. Pobyt w górach również wydaje się być alternatywną formą unikania ekspozycji na pyłki roślin ale jedynie na górskich szczytach stężenie pyłku jest niskie. W Polsce, z uwagi na różne strefy temperaturowe, występują różnice w terminie rozpoczęcia i zakończenia sezonu pylenia. W poszczególnych regionach kraju daty okresów pylenia różnią się nawet o 2-3 tygodnie. Stwarza to możliwość wdrożenia profilaktyki i odpowiednie zaplanowanie wyjazdu wakacyjnego. Mogą być w tym pomocne kalendarze pylenia dla Polski i Europy oraz informacje dostępne w internetowych serwisach alergologicznych np.: www.alergen.pl, www.astma.edu.pl, www.apsik.pl, www.wapster.pl.

Skuteczne są też mechaniczne środki ograniczające kontakt pyłku z organizmem jak okulary, maski oraz filtry powietrza instalowane w oknach i klimatyzatorach. Celem profilaktyki podobnie jak i leczenia objawowego jest zmniejszenie cierpień związanych z chorobą oraz ograniczenie jej występowania i rozwoju. W odróżnieniu od leczenia objawowego, w zapobieganiu koncentrujemy się na wczesnej eliminacji czynników chorobotwórczych, zanim wywołają one chorobę.

powrót

KALENDARZ PYLENIA

Leszczyna

- średnie stężenie pyłku: II dekada stycznia do II dekada lutego oraz III dekada marca
- wysokie stężenie pyłku: III dekada lutego do II dekady marca

Olcha

- średnie stężenie pyłku: III dekada stycznia do II dekady lutego oraz III dekada marca
- wysokie stężenie pyłku: III dekada lutego do II dekady marca

Topola

- średnie stężenie pyłku: I dekada kwietnia
- wysokie stężenie pyłku: II do III dekady kwietnia

Wiąz

- średnie stężenie pyłku: II dekada marca do II dekady kwietnia
- wysokie stężenie pyłku: III dekada kwietnia

Brzoza

- średnie stężenie pyłku: II dekada kwietnia
- wysokie stężenie pyłku: III dekada kwietnia do I dekady maja

Dąb

- średnie stężenie pyłku: I dekada maja
- wysokie stężenie pyłku: II dekada maja

Buk

- średnie stężenie pyłku: I dekada maja
- wysokie stężenie pyłku: II dekada maja

Jesion

- średnie stężenie pyłku: I dekada kwietnia oraz I dekada maja
- wysokie stężenie pyłku: III dekada maja

Wierzba

- średnie stężenie pyłku: III dekada marca do II dekady kwietnia oraz I dekada maja
- wysokie stężenie pyłku: III dekada kwietnia

Grab

- średnie stężenie pyłku: II do III dekady kwietnia oraz II dekada maja
- wysokie stężenie pyłku: I dekada maja

Czarny bez

- średnie stężenie pyłku: II dekada maja oraz III dekada czerwca
- wysokie stężenie pyłku: I do II dekady czerwca

Lipa drobnolistna

- średnie stężenie pyłku: I dekada lipca oraz III dekada lipca
- wysokie stężenie pyłku: II dekada lipca

Trawy

- średnie stężenie pyłku: II dekada maja do II dekady czerwca oraz III dekada lipca
- wysokie stężenie pyłku: III dekada czerwca do II dekady lipca

Babka

- średnie stężenie pyłku: II dekada czerwca oraz III dekada lipca do II dekady września
- wysokie stężenie pyłku: III dekada czerwca do II dekady lipca

Pokrzywa

- średnie stężenie pyłku: wrzesień do I dekady października
- wysokie stężenie pyłku: I dekada lipca do II dekady sierpnia

Komosa biała – lebioda

- średnie stężenie pyłku: III dekada lipca do I dekady sierpnia oraz wrzesień
- wysokie stężenie pyłku: II do III dekada sierpnia

Szczaw zwyczajny

- średnie stężenie pyłku: I dekada lipca oraz III dekada sierpnia i wrzesień

- wysokie stężenie pyłku: II dekada lipca do II dekady sierpnia

Bylica pospolita

- średnie stężenie pyłku: III dekada lipca do I dekady sierpnia oraz II dekada września
- wysokie stężenie pyłku: II dekada sierpnia do I dekady września

Altenaria

- średnie stężenie pyłku: I dekada czerwca oraz I dekada września do I dekady października
- wysokie stężenie pyłku: II dekada czerwca do I dekady września

Cladosporium

- średnie stężenie pyłku: III dekada kwietnia i maj oraz II dekada września do II dekady października
- wysokie stężenie pyłku: czerwiec, lipiec, sierpień oraz I dekada września

powrót