

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπουδαστών : 1) Μπαρτσώτας Κων/νος

2) Φιλιππόπουλος Παναγιώτης

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Νικολακόπουλος Γεώργιος

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιαικής
Εργασίας

1)

2)

3)



Πτυχιαική εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3466
----------------------	------

ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

ΣΤΗΝ ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ

Πρίν αρχίσουμε την ανάλυση του συγκεκριμένου θέματος της πτυχιακής μας εργασίας. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ορισμένους ανθρώπους που συνεργάστηκαν μαζί μας κατά την διάρκεια των σπουδών μας.

Ειδικώτερα της καθηγήτριας μας κ. Νάνσυ Μ. Παπαδημητρίου που συναίβαλαν με το έργο τους στην απόκτηση των γνώσεών μας. Αναφορά θα έπρεπε να γίνει στην τέλεια συνεργασία με τον κ. Γ. Νικολακόπουλο .

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Μάντε για την επεξεργασία των δεδομένων της ερευνάς μας με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Αφιερώνεται στους γονείς μας
και στην μνήμη του αδελφού μου
Δημητρίου Φιλιππούλου

0. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

α. Περιεχόμενα.	II
1. Πρόλογος.	1
2. Εισαγωγή.	4
3. Ανοσοποιητικό Σύστημα	7
3. 1. Λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.	7
3. 2. Σχέση ανοσοποιητικού συστήματος και αλλεργίας.	8
4. Ο ρόλος των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος.	11
4. 1. Τα λεμφοκύτταρα.	11
4. 2. Η κυτταρική άνοση απόκριση.	13
4. 3. Η χημική άνοση απόκριση.	18
4. 4. Τα φαγοκύτταρα.	20
4. 5. Τα βασεόφιλα και Μαστοκύτταρα.	22
5. Στοιχεία του ανοσοποιητικού συστήματος.	24
5. 1. Ανοσογονικότητα.	25
5. 2. Αντιγόνα ή ανοσογόνα.	25
5. 3. Αλλεργιογόνα.	25
5. 4. Παράγοντες καθορισμού αντιγονικότητας.	25
5. 5. Αυτοανοσία.	25
5. 6. Ακτίνες.	26
5. 7. Δυσκαμφία ή πολυπλοκότητα αντιγόνου.	26
5. 8. Ανοσογονικότητα και γενετικοί παράγοντες.	27
5. 9. Αντιγονική διέγερση των λεμφοκυττάρων.	27
5.10. Αντιγονικοί προσδιοριστές.	28
5.11. Διασταυρούμενη αντιδραστικότητα.	29

6. Κυτταρική ανοσία ή σύστημα κυτταρικής ανοσίας.	30
6. 1. Διαφορά της κυτταρικής από την χημική ανοσία.	30
6. 2. Φαγοκυτταρική ανοσία.	31
7. Ανόσοσφαιρίνες.	32
7. 1. Ταξινόμηση ανόσοσφαιρινών.	32
7. 2. Τύποι παραγωγής ανόσοσφαιρινών.	33
8. Το σύστημα του συμπληρώματος.	34
8. 1. Η φύση του συμπληρώματος.	37
9. Αντίδραση τύπου I ή ευαισθησία τύπου I ή αλλεργία τύπου I ή αναφυλλακτική αντίδραση.	39
9. 1. Αλλεργιογόνα.	39
9. 1.1. Οι γύρεις σαν αλλεργιογόνα.	42
9. 1.2. Οι μύκητες σαν αλλεργιογόνα.	47
9. 1.3. Σκόνη σπιτιού, ακάρεα της σκόνης του σπιτιού (HOUSE DUST MITES), διάφορα αλλεργιογόνα.	53
9. 1.4. Τα βακτηρίδια σαν αλλεργιογόνα.	57
10. Διάγνωση της αλλεργίας.	60
11. Αλλεργική ρινίτιδα και άλλες ρινίτιδες.	71
11.1. Ρινίτιδες.	71
11.1.1. Ταξινόμηση των ρινίτιδων.	73
12. Ρινικοί πολύποδες.	93
13. Αλλεργία και παραρρινοκολπίτιδες - Παραρρινοκολπίτιδα ή κολπίτιδα.	96
14. Ιγμορίτιδες.	100
14.1. Οξεία ιγμορίτιδα.	100
14.2. Χρονία ιγμορίτιδα.	102

15.	Ο ρόλος της αλλεργίας στη παθογένεση της μέσης ωτίτιδας.	105
15.1.	Εκκριτική μέση ωτίτιδα.	105
15.2.	Οξεία μέση ωτίτιδα με συσώρευση υγρού.	107
15.3.	Καθυποτροπήν οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα.	109
15.4.	Χρόνια εκκριτική μέση ωτίτιδα.	110
15.5.	Χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα.	112
16.	Αλλεργία του λάρυγγα και της τραχείας - Αγγειο-νευρωτικό οίδημα.	114
16.1.	Οξεία αναφυλακτική αντίδραση ή οξύ αγγειο-νευρωτικό οίδημα.	114
16.2.	Χρόνια αλλεργία του λάρυγγα.	117
16.3.	Αλλεργία της τραχείας.	119
17.	Ανοσοθεραπεία.	122
17.1.	Αποευαισθητοποίηση.	122
18.	Νοσηλευτική φροντίδα αλλεργικών παθήσεων στην ΩΡΛ. Νοσηλευτική διαφώτιση.	124
19.	Επίλογος.	127
	Παράρτημα Α (Αποτελέσματα της έρευνας).	131
	Παράρτημα Β (Εξήγηση των γράφων -συμπεράσματα).	136
	Παράρτημα Γ (Οι πίνακες).	137
	Παράρτημα Δ (Οι γράφοι)	141
	Βιβλιογραφία.	155

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Όταν, διανύοντας το έκτο εξάμηνο σπουδών στο τμήμα Νοσηλευτικής των Σχολών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.), των Τ.Ε.Ι. Πατρών, κληθήκαμε να διαλέξουμε το θέμα που θα επεξεργαζόμασταν στα πλαίσια της Πτυχιαικής Εργασίας, βρεθήκαμε να αντιμετωπίζουμε ένα δίλημμα: η επιλογή ενός θέματος, πάνω στο οποίο οι εργασίες είναι σπάνιες και συνεπώς η δική μας θα είχε κάτι να προσφέρει, η ενός θέματος σημαντικού μεν αλλά "πολυδουλεμένου".

Γιατί, ναι μεν οι καρδιοπάθειες ή οι καρκίνοι ή ό,τι άλλο, αποτελούν ένα σημαντικό και ενδιαφέρον τομέα, όπου, ό,τι και να γραφτεί θα είναι λίγο, αλλά, οι εργασίες των σπουδαστών όλες, λίγο ή πολύ, προχωρούν, κινούνται μέσα σε ένα ορισμένο πλαίσιο, πέρα από το οποίο, με τις δυνατότητες που παρέχονται, είναι αρκετά δύσκολο να προχωρήσουν. Έτσι, τελικά, επιλέξαμε ένα θέμα που, και σημαντικό είναι και ενδιαφέρον, αλλά και που οι κατά καιρούς σπουδαστές σπάνια θέλησαν να επεξεργαστούν. Το θέμα είναι "Οι Αλλεργικές Παθήσεις στην Ω.Ρ.Λ.". Ο τίτλος της εργασίας, από μόνος του, φέρνει στο νου, ένα τομέα παθήσεων, συνηθισμένων, στην καθημερινή πραγματικότητα, καταστάσεων που λίγο ή πολύ, όλοι έχουμε βιώσει, αλλά λίγοι έχουμε ασχοληθεί τόσο ώστε να αναλύσουμε τις αιτίες που τις προκαλούν.

Πολύ συχνά, ακούμε το γνωστό μας ή τη γνωστή μας, ή και οι ίδιοι λέμε ότι οδηγηθήκαμε στον Ωτορρινολαρυγγολόγο εξαιτίας μιας αλλαγμένης συμπεριφοράς του οργανισμού ύστερα από επαφή με σκόνη ή δείγμα εντόμου ή λήψη κάποιου φαρμάκου κ.λ.π. Τι είναι αυτό που

προκαλεί την αλλαγή συμπεριφοράς του οργανισμού; Τι είναι αυτό που δημιουργεί πρόβλημα στα όργανα του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού υπό ορισμένες συνθήκες;

Στην πορεία της εργασίας θα ασχοληθούμε με το Ανοσοποιητικό Σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού, θα εξετάσουμε τους παράγοντες που δρουν σαν αλλεργιογόνα, θα αναλύσουμε όσο το δυνατόν τις αλλεργικές παθήσεις, την καθεμία ξεχωριστά και θα προσπαθήσουμε να αντλήσουμε κάποια συμπεράσματα από την έρευνα που θα διεξάγουμε στα εξωτερικά Ιατρεία του " 409 Στρατιωτικού Νοσοκομείου Πατρών " και του " Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης " με κάποιες συγκρίσεις και διασταυρώσεις των ευρημάτων από τα δύο νοσοκομεία και φυσικά θα επισημάνουμε τη θέση του νοσηλευτή - τριάς στη διάσταση αυτή.

Εδώ, πρέπει να πούμε ότι, ο ρόλος του νοσηλευτή - τριάς στην αντιμετώπιση των αλλεργικών παθήσεων στην Ω.Ρ.Α. δεν ξεκαθαρίζεται απόλυτα· πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι, οι ασθενείς προσέχονται στα Ιατρεία ανεξαρτήτων ωτορρινολαρυγγολόγων όπου σπάνια συναντάται νοσηλευτής - τριάς ή στα εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων όπου σπάνια θα τύχουν νοσηλευτικής φροντίδας. Ο αλλεργικός θα εξετασθεί από το γιατρό και θα υποβληθεί σε κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις.

Ο νοσηλευτής, βεβαίως θα αναλάβει τη λήψη του ιστορικού και θα συμβάλλει αποφασιστικά στην κλινική διάγνωση της αλλεργίας.

Πρέπει ακόμα να επισημάνουμε ότι, τα αποτελέσματα των ερευνών δεν πρέπει να θεωρούνται απόλυτα γιατί, εκτός των προσερχόμενων, στα εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, ασθενών ένας αρκετά μεγαλύτερος αριθμός αυτών, αναφέρονται σε Ιατρεία έξω του χώρου των γενικών νοσοκομείων. Έτσι στατιστικές και συμπεράσματα είναι πολύ παρακινδυνευμένο να ληφθούν ως απόλυτα.

Ελπίζουμε και θέλουμε να πιστεύουμε ότι ενεργούμε μια καλή προσπάθεια και ότι η εργασία μας θα επιδείξει κάποια καλά αποτελέσματα τόσο στην ανάλυση του θέματος των αλλεργικών παθήσεων στην Ω.Ρ.Α. όσο και στον τομέα των εργασιών του πτυχίου της Νοσηλευτικής για την αναβάθμισή της και την σωστή θέση της, στην ελληνική πραγματικότητα.

Πρέπει να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή Ιατρό κ. Γιώργο Νικολαϊκόπουλο για τη συνεργασία του, τον φιλόλογο των Αγγλικών κ. Γιάννη Ευθυμίου για τη βοήθειά του στη μετάφραση των ξενόγλωσσων κειμένων και φυσικά το εκπαιδευτικό προσωπικό του τμήματος Νοσηλευτικής του Γ.Ε.Ι. Πάτρας, που μας επέτρεψε να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα .

Ακόμα, πρέπει να συγχαρούμε αλλήλους για την συνεργασία που επιτεύχθηκε παρά τις επιμέρους δυσχέρειες και τις δυσκολίες, που η απόσταση Τρίπολης - Πάτρας - Ιτέας συνεπαγόταν .

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Ο όρος αλλεργία που πρωτοδιατυπώθηκε από τον Von Pirquet το 1906, περιέγραφε την αλλαγμένη απόκριση ενός ατόμου, μετά από έκθεσή του σε ξένα αντιγόνα (αλλεργιογόνα) .

Ο ορισμός αυτός της αλλεργίας καλύπτει τους ανοσολογικούς μηχανισμούς με επωφελές αποτέλεσμα, όπως π.χ. οι εμβολιασμοί και οι μηχανισμοί που οδηγούν σε νόσο.

Ο όρος ατοπία πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τους Osa και Cooke (1923) για να καθορισθεί ο τύπος της αλλεργικής υπερευαισθησίας που υπόκειται σε κληρονομικές επιδράσεις. Σήμερα ο όρος ατοπία σημαίνει παράξενη αρρώστια και δηλώνει αλλεργικές καταστάσεις, στις οποίες, για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα, μεσολαβούν οι IgE ανοσοσφαιρίνες.

Οι όροι αλλεργία και ατοπία χρησιμοποιούνται συχνά, εναλλακτικά. Δεν υπάρχει σαφές όριο μεταξύ της ατοπίας και της μη ατοπίας, αλλά υπάρχει μια συνέχεια μεταξύ των ατόμων , που είναι πάρα πολύ δύσκολο να ευαισθητοποιηθούν και των ατόμων που είναι ευαίσθητα σε εκατοντάδες αλλεργιογόνα.

Η πλειοψηφία των συγγραφέων περιγράφει σαν αλλεργία, την ανοσολογική υπερευαισθησία . Τα αλλεργικά συμπτώματα που προκαλούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας εξαρτώνται αρχικά από τον τύπο της υποκείμενης ανοσοαντίδρασης. Επιπροσθέτως, όμως, έχουν

σημασία και τοπικοί παράγοντες του οργάνου, στο οποίο εκδηλώνονται τα συμπτώματα (Shock organ).

Λεπτομερείς μελέτες οικογενειών των οποίων τα μέλη έπασχαν από αλλεργική ρινίτιδα, άσθμα και στοπική δερματίτιδα, άρχισαν ήδη το 1916 από τους Cooke και van der veer , που υποστήριξαν ότι η αλλεργία κληρονομείται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα τύπο. Στη δεκαετία του 1920 - 1930 , υποστηρίχθηκαν υποθέσεις κληρονομικότητας της αλλεργίας, μεταξύ του αυτοσωματικού επικρατούντος και του υπολοιπομένου τύπου κληρονομικότητας.

Μεταξύ του 1950 και 1960 υποστηρίχθηκε από τους περισσότερους ερευνητές, ότι η αλλεργία καθορίζεται από πολλούς παράγοντες δηλαδή, από την αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων γενετικών και μη γενετικών παραγόντων , οι οποίοι καθορίζουν την εκδήλωση της νόσου.

Μεταξύ την ανακάλυψη της IgE στα τέλη του 1960, ο Ishizaka και οι συνεργάτες του το 1966 απέδειξαν το ρόλο της IgE στην ατοπία του ανθρώπου.

Κατάσταση	Αλλεργιογόνα
Αλλεργική ρινίτιδα (Εποχιακή ή ετήσια)	Εισπνεόμενες ουσίες της ατμόσφαιρας (γυρεόκοκκοι, σπόροι μυκήτων, επιθήλια ζώων ή πτηνών).
Εξωγενείς άσθμα	Εισπνεόμενες ουσίες της ατμόσφαιρας (γυρεόκοκκοι, σπόροι μυκήτων, επιθήλια ζώων ή πτηνών).
Αλλεργική βρογχοπνευμονική ασπεργίλωση	Σπόροι μυκήτων

Ατοπική επιπεφυκίτιδα	Εισπνεόμενες ουσίες της ατμόσφαιρας . (γυρεόμοικιοι, σπόροι μυκήτων, επιθήλια ζώων).
Ατοπική δερματίτιδα	Τροφικά αλλεργιογόνα. Υπερευαισθησίες σε φάρμακα, ιδίως προς την πενικιλίνη, σουλφοναμίδες στρεπτομυκίνη, τοπικά αναισθητικά, βαρέα μέταλλα (π.χ. υδραργυρικά). Αλλεργιογόνα επαφής (CONTACTANTS) π.χ. νικέλιο, χημικά αντιδραστήρια π.χ. διαζομεθάνη.
Κνιδωτικό αγγειονευρωτικό οίδημα	Τροφικά αλλεργιογόνα (δημητριακά, γάλα, αυγά, εσπεριδοειδή , ξηροί καρποί, όστρακα, μαλάκια) φάρμακα.
Χρόνιες γαστρεντερικές φλεγμονώδεις νόσοι (ελκώδης κολίτιδα, τελική ειλεΐτιδα).	Άγνωστα
Σύνδρομο ορονοσίας, αναφυλαξία	Φάρμακα (π.χ. πενικιλίνες), ετερόλογοι οροί, εμβόλια, εκχυλίσματα αλλεργιογόνων, Ιωδιούχες σκιαγραφικές ουσίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Νόσοι και καταστάσεις που υποτίθεται ή έχει αποδειχτεί το ατοπικό στοιχείο στην αιτιολογία τους.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

Α Ν Ο Σ Ο Π Ο Ι Η Τ Ι Κ Ο Σ Υ Σ Τ Η Μ Α

Όλοι οι ζωντανοί ιστοί βρίσκονται κάτω από συνεχή απειλή εισβολής παθογόνων μικροοργανισμών, όπως τα βακτηρίδια, οι ιοί, οι μύκητες και τα παράσιτα. Στα θηλαστικά υπάρχουν τρεις αμυντικές γραμμές που πρέπει να ξεπεράσει ένας παθογόνος εισβολέας: 1) Οι προστατευτικές επιφάνειες 2) Οι μη ειδικές κυτταρικές αποκρίσεις και 3) Οι ειδικές ανοσολογικές αποκρίσεις.

3.1. Λειτουργία του Ανοσοποιητικού Συστήματος.

Οι λειτουργικές μονάδες του ανοσοποιητικού συστήματος είναι τα λεμφοκύτταρα τα οποία εκφράζουν την ειδική δραστηριότητά τους με δύο κυρίως τρόπους που αποτελούν ειδικές ανοσολογικές αποκρίσεις.

α) Μερικοί τύποι λεμφοκυττάρων παράγουν αντισώματα (Antibodies) σαν απόκριση της αναγνώρισης ενός ιδιαίτερου αντιγόνου. Τα αντισώματα συνδέονται με τα αντιγόνα και προάγεται καταστροφή του αντιγόνου με ποικίλους μηχανισμούς. Ο μηχανισμός άμυνας που γίνεται με τη μεσολάβηση αντισωμάτων λέγεται χημική άνοση απόκριση (Humoral immune response). Η παραγωγή ειδικών αντισωμάτων λέγεται χημική ανοσία (Humoral immunity).

β) Μερικά λεμφοκύτταρα διεγείρονται από αντιγόνα και δημιουργούν μια απόκριση κατά την οποία δεν σχηματίζονται αντισώματα, αλλά τα λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα συνεργάζονται

για την καταστροφή παθογόνων οργανισμών. Αυτός ο μηχανισμός άμυνας λέγεται άνοση κυτταρική απόκριση (humoral immune response) και η παραγωγή κυττάρων με ειδική αντιδραστική ικανότητα λέγεται: κυτταρική άνοσία .

Μια άλλη ειδική ανοσολογική απόκριση είναι η ανοσοανοχή (IMMUNOTOLERANCE) που χαρακτηρίζεται σαν κατάσταση ειδικής ανοσολογικής αδράνειας.

Στους ανθρώπους το ανοσοποιητικό σύστημα δρα προστατευτικά γιατί μπορεί και αναγνωρίζει και απομακρύνει καρκινικά κύτταρα που παράγονται, συνεχώς, στο σώμα. Το φαινόμενο αυτό λέγεται ανοσοποιητική επαγρύπνηση.

3.2. Σχέση ανοσοποιητικού συστήματος και αλλεργίας

Η ανοσολογική απόκριση δεν είναι πάντα χρήσιμη αφού μπορεί να οδηγήσει συμπτωματικά σε ανεπιθύμητες καταστάσεις, με δυσάρεστες παρενέργειες. Στην αλλεργική νόσο, ο οργανισμός προσβάλλεται από μη λοιμώγους, μη τοξικές ουσίες, που οδηγούν σε άνοση απόκριση και εκδήλωση συμπτωμάτων στον πάσχοντα. Ο CLEMENS VON PIRQUET επινόησε τον όρο αλλεργία για να καθορίσει τη θετική πλευρά, δηλαδή την ανοσοπροστασία και την αρνητική πλευρά του ανοσοποιητικού συστήματος, δηλαδή την ανοσοποιητική νόσο.

Πρός το παρόν (σύμφωνα με τις υπάρχουσες γνώσεις) δεν μπορούμε οριστικά να πούμε πότε μια άνοση απόκριση είναι επωφελής και πότε επικίνδυνη, έτσι σ' όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιείται ο όρος υπερευαισθητοποίηση (HYPERSENSITIVITY).

Επιθυμητές λειτουργίες της άνοσίας

Φυσιολογική αντίσταση (π.χ. λοιμώξεις)

Ανάληψη από νόσο

Επίκτητη αντίσταση

Ανεπιθύμητες λειτουργίες της ανοσίας

Αυτοανοσία

Απόρριψη μοσχευμάτων

Υπερευαισθησία

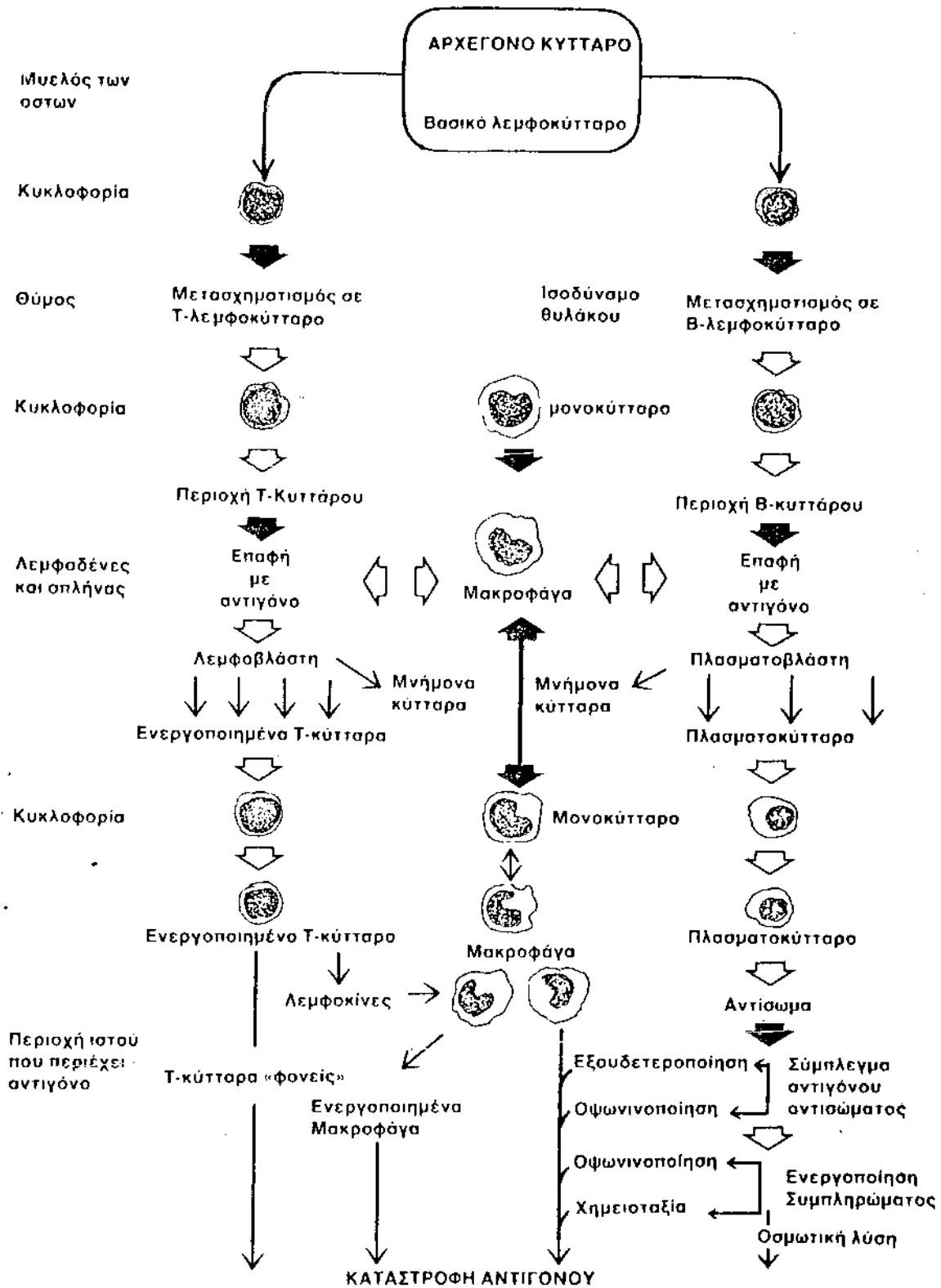
Με τον όρο αλλεργία εννοούμε τη προσβολή του οργανισμού από μη λοιμώδεις και μη τοξικές ουσίες που οδηγούν σε μια άνοση απόκριση, που μπορεί να έχει σαν επακόλουθο την εμφάνιση συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα της αλλεργικής νόσου προκαλούνται κάθε φορά, που το άτομο επιτίθεται σε κάποιο αντιγόνο.

Ιστοί και όργανα του ανοσοποιητικού συστήματος

Το ανοσοποιητικό σύστημα, γενικά, σχετίζεται ανατομικά με το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα και συγκεκριμένα με τα πρωτογενή και δευτερογενή λεμφοποιητικά όργανα.

α) Πρωτογενή λεμφοποιητικά όργανα στα πτηνά είναι ο θύμος αδένας και ο θύλακας του FABRICIUS (BURSA OF FABRICIUS) στα θηλαστικά αντίστοιχα όργανα είναι ο θύμος αδένας και ο μυελός των οστών (και το εμβρυϊκό ήπαρ).

β) Δευτερογενή λεμφοποιητικά όργανα· εδώ αναφέρονται οι λεμφαδένες, ο σπλήνας και οι σχετικοί με το έντερο λεμφικοί ιστοί, όπως οι αμυγδαλές, η σκωληκοειδής απόφυση, οι πλάκες του PEYER.



ΠΙΝΑΚΑΣ

Οι κύριοι μηχανισμοί του ανοσοποιητικού συστήματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

4.1. Τα λεμφοκύτταρα

Το ανοσοποιητικό σύστημα στον ενήλικα άνθρωπο αποτελείται από 10^{12} λεμφοκύτταρα που ζυγίζουν συνολικά 200 - 300 GR.

Τα λεμφοκύτταρα είναι ένας ετερογενής πληθυσμός κυττάρων που έχουν όλα όμοια ιστολογική εμφάνιση. Με ορολογία λειτουργικότητας, τα λεμφοκύτταρα διακρίνονται σε υποπληθυσμούς πού ο καθένας παίζει και διαφορετικούς ρόλους στην ανοσολογική άμυνα. Κατά την ιστολογική παρατήρηση και την εξέταση επιχρισμάτων περιφερικού αίματος, είναι συνήθως αδύνατο να διακρίνει κανείς τις ποικίλες λειτουργικές καταστάσεις των λεμφοκυττάρων .

Στα επιχρίσματα μπορεί να παρατηρήσει κανείς διάφορα μεγέθη λεμφοκυττάρων. Στο αίμα της κυκλοφορίας επικρατούν τα μικρά λεμφοκύτταρα . Εντούτοις στο περιφερικό αίμα παρατηρούνται επίσης λεμφοκύτταρα μέσου και μεγάλου μεγέθους.

Τα μεγάλα λεμφοκύτταρα εκπροσωπούν πιθανόν λιγώτερο ώριμες μορφές. Τα λεμφοκύτταρα είναι τα μικρότερα κύτταρα της λευκής σειράς και είναι ελαφρώς μεγαλύτερα από τα ερυθροκύτταρα. Αποτελούν τα δεύτερα κατά σειρά συχνότητας

Λευκοκύτταρα του αίματος της κυκλοφορίας και το 20-45% των λευκών αιμοσφαιρίων σε μια απλή μέτρηση. Τα λεμφοκύτταρα περιέχουν ένα στρόγγυλο πυκνοχρωματιστό πυρήνα και ένα σχετικά μικρό σε ποσότητα μη κοικιλώδες κυτταρόπλασμα βασεόφιλου ερυθρωπού χρωματισμού. Το ποσό του κυτταροπλάσματος ποικίλει με την κατάσταση δραστηριότητας του λεμφοκυττάρου. Τα πιο πολλά από τα λεμφοκύτταρα της κυκλοφορίας βρίσκονται σε μια σχεδόν αδρανή κατάσταση μεταβολισμού. Αυτό αντανακλάται στην εμφάνιση της μικροκατασκευής τους όπως φαίνεται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.

Προέλευση

Τα λεμφοκύτταρα, όπως όλα τα άλλα κύτταρα του αίματος κατάγονται από τα κοινά αρχέγονα κύτταρα (STEMS CELLS) του μυελού των οστών. Σε κάποια άγνωστη στιγμή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης των λεμφοκυττάρων μέσα στο μυελό των οστών, κάθε λεμφοκύτταρο αποκτά τη δυνατότητα να αναγνωρίζει ένα ειδικό αντιγόνο.

Αυτά τα "βασικά" λεμφοκύτταρα μεταναστεύουν από το μυελό των οστών στην κυκλοφορία και υφίστανται περαιτέρω ανάπτυξη στο πρωτογενή λεμφοποιητικά όργανα. Υπό την επίδραση αυτών των οργάνων διαφοροποιούνται και ωριμάζουν σε μικρά ανοσοαρμόδια ή ανοσοικανά λεμφοκύτταρα. Τα ανοσοαρμόδια μικρά λεμφοκύτταρα φτάνουν στα δευτερογενή λεμφοποιητικά όργανα και μετατρέπονται σε μικρόβια ζώντας πολλά έτη και κυκλοφορώντας συνεχώς στον ανθρώπινο οργανισμό.

Τα T- και B - Λεμφοκύτταρα

Αν και τα βασικά λεμφοκύτταρα έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίζουν ειδικά αντιγόνα, εν τούτοις πρέπει να υποστούν μία από τις δύο κύριες διαδικασίες ωρίμανσης που καθορίζει τον

τον τρόπο με τον οποίο θα εκφράσουν τη δραστηριότητά τους που είναι είτε ο κυτταρικός ή ο χημικός μηχανισμός. Επιπλέον άλλα από τα μικρά λεμφοκύτταρα εξελίσσονται σε πλάσματοκύτταρα (PLASMA CELLS) που συνθέτουν και εκκρίνουν αντισώματα (ANTIBODY SECRETING CELLS) και άλλα σε δραστικά κύτταρα (EFFECTOR CELLS), τους λεμφοβλάστες.

4.2. Η κυτταρική άνοση απόκριση

Τα βασικά λεμφοκύτταρα που πρόκειται να συμμετάσχουν σ' αυτό τον τύπο απόκρισης, εισέρχονται στον θύμο αδένα και υφίστανται μια σειρά αλλαγών, προτού εισέλθουν στην κυκλοφορία.

Τα λεμφοκύτταρα που ωριμάζουν στο θύμο, λέγονται θυμοεξαρτώμενα ή T- λεμφοκύτταρα.

Από την κυκλοφορία, τα T-λεμφοκύτταρα εντοπίζονται στους λεμφικούς ιστούς όλου του σώματος, από τους οποίους μπορούν να επανακυκλοφορούν συνεχώς με την κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου. Η συνεχής επανακυκλοφορία των T-λεμφοκυττάρων έχει ερμηνευτεί σαν "αναζήτηση αντιγόνων".

Τα λεμφοκύτταρα έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν ξένες αντιγονικές ουσίες, γιατί στις επιφάνειες τους έχουν ειδικούς αντιγονικούς υποδοχείς. Οι υποδοχείς αυτοί παράγονται από τα λεμφοκύτταρα και μπορούν να εντοπιστούν στις επιφάνειές τους. Ο κάθε ειδικός αντιγονικός υποδοχέας διαθέτει μοναδική ικανότητα αντίδρασης που είναι προκαθορισμένη γενετικά.

Αρχικά είχε υποστηριχτεί ότι τα λεμφοκύτταρα μοιάζουν πολύ μεταξύ τους, σήμερα είναι γνωστό ότι σχεδόν κάθε λεμφοκύτταρο διαφέρει από το πλησιέστερό του γιατί το καθένα

δρά αντιστοιχιστικά εξαιτίας της ιδιαίτερης ικανότητας για αντίδραση των υποδοχέων του.

Εύμφωνα με τη γενετική του ανοσοποιητικού συστήματος, υπάρχει σημαντικός αριθμός ανομοιογένειας στους κυτταρικούς υποδοχείς. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο διαθέτει μια αποθήκη λεμφοκυττάρων, που μπορούν να αντιδρούν με πολλές χιλιάδες διαφορετικά αντιγόνα.

Κατά τη διάρκεια της ζωής του, ένας άνθρωπος, ζώντας σε έναν τόπο, έρχεται σε επαφή με ένα μικρό αριθμό αντιγόνων, σε σχέση με αυτά που υπάρχουν σε άλλα περιβάλλοντα. Έτσι πολλοί από τους υποδοχείς των λεμφοκυττάρων, παραμένουν ακριβώς άχρηστοι. Μόνο όταν το άτομο βρεθεί σε νέο περιβάλλον, εκτίθεται σε νέα αντιγόνα και τότε ευαισθητοποιείται προς αυτά.

Τα λεμφοκύτταρα λοιπόν είναι υπεύθυνα για την αρχική ειδική αναγνώριση ενός αντιγόνου.

Τα ανθρώπινα T-λεμφοκύτταρα μπορούν και καταστέλλουν ή βοηθούν το σχηματισμό αντισωμάτων αλληλεπιδρώντας με τα B-λεμφοκύτταρα, άλλα T-λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα.

Όταν ένα ειδικό αντιγόνο φτάσει στους ιστούς, τα T-λεμφοκύτταρα, που είναι προγραμματισμένα να αναγνωρίζουν αυτό το ιδιαίτερο αντιγόνο, επιστρέφουν στους τοπικούς λεμφικούς ιστούς και μετασχηματίζονται σε λεμφοβλάστες (LYMPHOBLASTS).

Οι λεμφοβλάστες, στη συνέχεια διαιρούνται με μίτωση και παράγουν ενεργοποιημένα T-λεμφοκύτταρα που εισέρχονται στην κυκλοφορία και μεταναστεύουν στο σημείο της αντιγονικής διέγερσης. Κατά την ενεργοποίησή τους, τα T-λεμφοκύτταρα δεν παράγουν χημικά αντισώματα, αλλά είναι υπεύθυνα για τις κυτταρικές άνοσες αντιδράσεις ή την κυτταρική ανοσία, π.χ. η απόρριψη μολυσμένου και η αντίδραση καθυστερημένης

α) Τα ενεργοποιημένα T-λεμφοκύτταρα παράγουν μία ποικιλία ουσιών που λέγονται λεμφοκίνες, που έλκουν και ενεργοποιούν τα τοπικά και ιαματογενή μακροφάγα. Τα ενεργοποιημένα μακροφάγα έχουν μεγάλη φαγοκυτταρική δραστηριότητα, που έχει στόχο την καταστροφή του αντιγόνου.

β) Άλλα ενεργοποιημένα T-λεμφοκύτταρα που, λέγονται T-λεμφοκύτταρα "φονιάδες", προάγουν την άμεση καταστροφή των κυττάρων - εισβολέων μέσα από μια διαδικασία που λέγεται κυτταροτοξική καταστροφική.

Τα T-λεμφοκύτταρα "φονιάδες", προκαλούν κυτταρική λύση των κυττάρων που είναι στόχος τους και έχουν ειδικούς αντιγονικούς υποδοχείς και πιθανόν να είναι ζωτικής σημασίας για τον περιορισμό των ιών. Τα κύτταρα που έχουν μολυνθεί με τους ιούς, διαθέτουν συχνά αντιγόνα ιών που, είναι εκτεθειμένα στις επιφάνειές τους. Αυτά τα κύτταρα θεωρούνται σαν ξένα και υφίστανται επίθεση από τα T-λεμφοκύτταρα "φονιάδες". Έτσι φονεύεται το μολυσμένο κύτταρο.

Τα T-λεμφοκύτταρα "φονιάδες", παίζουν σημαντικό ρόλο στην απόρριψη ξένων ιστικών μοσχευμάτων. Κάτω από ορισμένες συνθήκες, καρκινινικά κύτταρα περιέχουν αντιγόνα και μπορούν να προστατευτούν από αντισώματα που συνδέονται στην επιφάνειά τους. Αυτά τα αντισώματα καλύπτουν τα αντιγόνα της κυτταρικής μεμβράνης και παρεμποδίζουν τα T-λεμφοκύτταρα "φονιάδες" από το να τα αναγνωρίσουν, σαν ξένα και να τα φονεύσουν.

Η παρουσία αυτών των αντισωμάτων προάγει σ' αυτή την περίπτωση την αύξηση του όγκου. Τα T-λεμφοκύτταρα, ανάλογα με την λειτουργία που κάνουν στο ανοσοποιητικό σύστημα, διακρίνονται σε υποομάδες, όπως τα T-λεμφοκύτταρα "βοηθεί"; τα T-λεμφοκύτταρα "φονιάδες" και τα T-λεμφοκύτταρα καταπιεστές. Τα T-λεμφοκύτταρα "βοηθεί" κατά την αντίδραση

με κάποιο αντιγόνο, εκλύουν ουσίες που βοηθούν τα Β-λεμφοκύτταρα να μετασχηματιστούν σε πλασματοκύτταρα και να παράγουν αντισώματα . Τα Τ-λεμφοκύτταρα "βοηθοί" διευκολύνουν επίσης την ανάπτυξη των Τ-λεμφοκυττάρων "Φονιάδων".

Τα Τ-λεμφοκύτταρα "καταπιεστές" είναι όπως και τα λοιπά Τ-λεμφοκύτταρα, ειδικά για αντιγόνα . Ο κύριος στόχος τους είναι τα Τ-λεμφοκύτταρα "βοηθοί". Όμως, έχουν περιγραφεί και δράσεις τους κατά των Β-λεμφοκυττάρων, περιορίζοντας το σχηματισμό αντισωμάτων. Προς το παρόν δεν έχει ξεκαθαριστεί ο ακριβής μηχανισμός δράσης ή η ειδικότητα των Τ-λεμφοκυττάρων "Καταπιεστών".

Τα Τ-λεμφοκύτταρα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της παραγωγής αντισωμάτων από τα Β-λεμφοκύτταρα. Η προϋπόθεση για την παραγωγή αντισωμάτων είναι η συνεργασία των Τ-και Β-λεμφοκυττάρων.

Μια μικρή αναλογία ενεργοποιημένων Τ-λεμφοκυττάρων, παραμένουν στους λεμφικούς ιστούς , όπου δρουν σαν μνήμονα κύτταρα ή κύτταρα με μνήμη.

Ανοσολογική μνήμη (IMMUNOLOGICAL MEMORY) σημαίνει ότι, λίγα λεμφοκύτταρα, που έχουν μια μόνο φορά διεγερθεί από κάποιο αντιγόνο, μπορούν και κυκλοφορούν στο αίμα και τη λέμφο για χρόνια . Όταν το άτομο επανεκτεθεί για δεύτερη φορά στο ίδιο αντιγόνο , τότε ξεκινά μια ταχύτερη, ισχυρότερη και αποτελεσματικότερη ανοσοαντίδραση (δευτερογενής αντίδρασης) σε σύγκριση με την πρώτη επαφή.

Τα Τ- και Β- λεμφοκύτταρα, αλληλεπιδρούν με τα μακροφάγα προάγοντας ένα αντιγόνο και παρουσιάζοντάς το στην κυτταρική

επιφάνεια των T-λεμφοκυττάρων "βοηθών":

Έτσι μπορεί να ενισχυθεί ή να κατασταλεί μία ανοσοαντίδραση.

4.3. Η χημική άνοση απόκριση

Στα θηλαστικά, αυτά τα βασικά λεμφοκύτταρα που, τελικά, ανταποκρίνονται προς αντίγονα, παράγοντας αντισώματα, αναπτύσσουν ανοσολογική αρμοδιότητα σε μερικά, ακόμη, άγνωστα όργανα .

Στα πτηνά, αυτού του είδους λεμφοκύτταρα, ωριμάζουν στο θύλακα του FABRICIUS. Τούτο είναι λεμφοποιητικό όργανο που σχετίζεται με τον πεπτικό σωλήνα. Τα λεμφοκύτταρα αυτά, λέγονται θυλακοεξαρτώμενα ή B-λεμφοκύτταρα.

Στα θηλαστικά έχουν εντοπιστεί όργανα ισοδύναμα προς το θύλακα του FABRICIUS, όπως οι αμυγδαλές, οι πλάγιες του PEYER, η σκωλικοειδής απόφυση.

Πρόσφατα έχουν ανευρεθεί ενδείξεις ότι ο μυελός των οστών μπορεί να λειτουργήσει σαν όργανο ισοδύναμο του θύλακα . Τα λεμφοκύτταρα που συμμετέχουν στη χημική απόκριση, ονομάζονται B-λεμφοκύτταρα. Τα ανοσοαρμόδια B-λεμφοκύτταρα , που, το καθένα τους προγραμματίζεται για να αναγνωρίζει μόνον ένα ιδιαίτερο αντιγόνο, εισέρχονται στη γενική κυκλοφορία. Από εκεί διασπείρονται στους λεμφικούς ιστούς και κυρίως στους λεμφαδένες και τον σπλήνα.

Σε αντίθεση με τα T-λεμφοκύτταρα, τα περισσότερα B-λεμφοκύτταρα δεν επανακυκλοφορούν σ' ολόκληρο το σώμα, αλλά μάλλον έρχονται σε επαφή με αντιγόνα που έχουν προσληφθεί και έχουν υποστεί επεξεργασία από τα μακρόφαγα . Όταν τα B λεμφοκύτταρα διεγείρονται από κάποιο αντιγόνο ,

μετασχηματίζονται σε πλασματοβλάστες , που στη συνέχεια, υποδιαιρούνται σχηματίζονται τα πλασματοκύτταρα. Τα πλασματοκύτταρα παράγουν και απελευθερώνουν αντισώματα, αφού έλθουν σε επαφή με κάποιο αντιγόνο, είτε μέσα στο λεμφοποιητικό ιστό, είτε στο σημείο της αντιγονικής διέγερσης.

Στην πρώτη περίπτωση, τα αντισώματα μεταφέρονται στο κατάλληλο σημείο με το αγγειακό σύστημα του αίματος και της λέμφου.

Μια ποσότητα πλασματοκυττάρων μετατρέπεται σε Β-λεμφοκύτταρα και παραμένοντας στο λεμφοποιητικό ιστό, δρουν σαν "μνήμονα κύτταρα" ή "κύτταρα με μνήμη".

Τα πλασματοκύτταρα περιβάλλονται από την επιφανειακή μεμβράνη σύνδεσης με ανοσοσφαιρίνη, υποδοχείς για τη σύνδεση με το συμπλήρωμα και υποδοχείς για το τμήμα FC των ανοσοσφαιρινών .

Τρόποι καταστροφής ενός αντιγόνου

Η ένωση αντιγόνου - αντισώματος, δημιουργεί ένα σύμπλεγμα που προκαλεί την καταστροφή του αντιγόνου με τρεις τρόπους:

α. Απλή εξουδετέρωση ενός ευδιάλυτου αντιγόνου. Το σύμπλεγμα καταστρέφεται με φαγοκυττάρωση.

β. Οψωνινοποίηση (OPSONISATION). Μερικά αντιγόνα γίνονται πιο ευάλωτα στη φαγοκυττάρωση, αν συνδεθούν με αντισώματα. Τα αντισώματα που ενισχύουν τη φαγοκυττάρωση ονομάζονται οψωνίνες .

γ. Ενεργοποίηση του συμπληρώματος . Η σύνδεση αντιγόνου - αντισώματος μπορεί να ενεργοποιήσει το σύστημα του συμπληρώματος, (COMPLEMENT SYSTEM) που αποτελείται από παράγοντες του πλάσματος.

Η ενεργοποίηση του συμπληρώματος έχει τρία κύρια επακόλουθα:

α) Μερικά στοιχεία του συμπληρώματος μπορεί να δράσουν σαν οφωνίνες.

β) Άλλα στοιχεία του συμπληρώματος έλκουν ουδετερόφιλα δρώντας έτσι σαν χυμοταξίνες.

γ) Όλα και τα εννέα στοιχεία του συμπληρώματος δρουν μαζί δημιουργώντας οπές στην κυτταροπλασματική μεμβράνη των παθογόνων κυττάρων, οδηγώντας τα σε θάνατο με ωσμωτική λύση.

4.4. Φαγοκύτταρα

1. Πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα.

Τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα προέρχονται από το μυελό των οστών και αποτελούν περίπου το 60% των λευκοκυττάρων στο αίμα.

Η βασική λειτουργία του ώριμου ουδετεροφίλου είναι η φαγοκυττάρωση. Ο μέσος χρόνος ζωής των ουδετεροφίλων είναι 6-20 Η, στο περιφερικό αίμα και στους ιστούς, κάτω από σταθερές συνθήκες, 4 -5 D.

Στο εσωτερικό ενός ώριμου ουδετεροφίλου λευκοκυττάρου, ανευρίσκονται δύο ευδιάκριτοι τύποι κοκκίων που διακρίνονται σε πρωτοπαθή ή αζουρόφιλα (80 - 90) και τα δευτεροπαθή ή ειδικά (10=20%).

2. Μακροφάγα

Τα μακροφάγα προέρχονται από τα προμυελοκύτταρα του μυελού των οστών. Εισέρχονται στην περιφερική κυκλοφορία σαν μονοκύτταρα και τελικά γίνονται μακρόφαγα στους ιστούς.

Ο μέσος χρόνος ζωής των μονοκυττάρων στο αίμα είναι 12-102Η.

Τα ώριμα μακροφάγα ζουν μήνες στους ιστούς.

Οι ιστοί στους οποίους απαντώνται π.χ. είναι ο συνδετικός

ιστός (όπου καλούνται ιστιοκύτταρα), το ήπαρ (κύτταρα του KUPFFER) ο πνεύμονας (κυψελιδικά μακροφάγα), ο λεμφικός ιστός (ελεύθερα και καθηλωμένα), ο σπλήνας (καθηλωμένα μακροφάγα), ο μυελός των οστών (καθηλωμένα μακροφάγα), οι ορογόνες κοιλότητες (υπεξωκοιλιακά και περιτοναϊκά μακροφάγα), τα οστά (οστεοκλάστες), το νευρικό σύστημα (μικρογλοιακά κύτταρα), το δέρμα (ιστιοκύτταρα, κύτταρα του LANGERHANS), τα λοιπά όργανα (μακροφάγα των ιστών).

Τα κύτταρα που κάνουν φαγοκυττάρωση ονομάστηκαν στο παρελθόν διητυοενοδοθηλιακό σύστημα. Σήμερα η ορθή διεθνώς ονομασία είναι φαγοκυτταρικό Σύστημα Μονοκυττάρων.

Οι κυριώτερες λειτουργίες των μονοκυττάρων μακροφάγων είναι:

- α) Η προσκόληση σε γυαλί.
- β) Η ακανθοκυττάρωση (PINOCYTOSIS) δηλ. η πρόσληψη και πέψη εξωκυττάρων σωματιδίων (μικροτέρων του 0,1 μM).
- γ) Η φαγοκυττάρωση σωματιδίων μεγαλύτερων του 0,1 μM).

Τα μονοκύτταρα - μακροφάγα μπορούν και κάνουν ανοσολογική και μη ανοσολογική φαγοκυττάρωση. Η κυτταρική μεμβράνη τους φέρει υποδοχείς που υποδέχονται δύο από τις τέσσερις υποτάξεις των IgE ανοσοσφαιρινών (την IgG1 και IgG3), υποδοχείς που υποδέχονται το ενεργοποιημένο τρίτο στοιχείο του συμπληρώματος (C3) και μη ειδικούς υποδοχείς για συσσωρεύματα πρωτεϊνών, ερυθροκυττάρων καλλιεργημένων με αλδεΐδη, αιμοκυανίνη και κόκκους ελαστικού (LATEX BEADS). Τα μονοκύτταρα φαγοκύτταρα έχουν την ικανότητα να συνδέονται με αντιγόνα και συμπλέγματα αντιγόνου - αντισώματος. Η άνοση απόκριση προς ένα αντιγόνο είναι πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις μακροφάγων, Β-λεμφοκυττάρων και κατηγορίες Τ-λεμφοκυττάρων.

Τα μακροφάγα παίζουν σημαντικό ρόλο στη μη ειδική ανοσία και μπορούν να μεταφέρουν τα αντιγόνα στους λεμφικούς ιστούς. Τα μακροφάγα δεν συνθέτουν αντισώματα. Η αναγνώριση του αντιγόνου και η σύνθεση του αντισώματος είναι ιδιότητες των λεμφοκυττάρων. Τα μακροφάγα διασπών και εξαλείφουν τα αντιγόνα. Ταυτόχρονα όμως κατακρατούν μικρή ποσότητα αντιγόνου στην επιφάνεια των μακροφάγων που φαίνεται να είναι σημαντική για τη φάση της πρόκλησης της άνοσης απόκρισης.

3. Ηωσινόφιλα

Τα ηωσινόφιλα είναι πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα, το κυτταρόπλασμα των οποίων περιέχει μεγάλα ηωσινόφιλα κοκκία που βάφονται πορτοκαλί με τη χρώση ROMANOUSKY.

Τα πρόδρομα κύτταρά τους προέρχονται από το μυελό των οστών. Αφού κυκλοφορήσουν στο αίμα για λίγες μέρες, εξέρχονται, από τα φλεβίδια με αμοιβαδοειδής κινήσεις. Διαθέτουν κινητικότητα και φαγοκυτταρική ικανότητα, όπως τα ουδετερόφιλα.

Μπορούν να πέπτουν και συμπλέγματα αντιγόνου - αντισώματος. Ανευρίσκονται συχνά σε περιοχές που φλεγμαίνου ή περιοχές ανοσιακής δραστηριότητας. Η φαγοκυττάρωση των ηωσινόφιλων έχει μικρότερη αποτελεσματικότητα από αυτή των πολυμορφοπύρηνων.

Τα ηωσινόφιλα περιέχουν το ένζυμο αρυλσουλφατάση που ανταγωνίζεται την βραδέως αντιδρώσα ουσία της αναφυλαξίας που είναι ένας από τους χημικούς μεσολαβητές στις αλλεργικές αντιδράσεις.

4.5. Βασεόφιλα και Μαστοκύτταρα.

1. Βασεόφιλα

Τα βασεόφιλα είναι πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα της

μυελοειδούς σειράς και περιέχουν στρογγυλά κοκκία διαφόρων μεγεθών που δίδουν βασεόφιλη αντίδραση με φυσικές χρωστικές.

Πιστεύεται ότι τα κοκκία τους περιέχουν ηπαρίνη, ισταμίνη και άλλες αγγειοδραστικές αμίνες (5-υδροξυτρυπταμίνη), που μπορεί να απελευθερωθούν στα σημεία μιας φλεγμονής ή στις αντιδράσεις άμεσης υπερευαισθησίας.

2. Μαστοκύτταρα (MAST CELLS) ή σιτευτικά κύτταρα.

Τα μαστοκύτταρα είναι κύτταρα που βρίσκονται κυρίως στους χαλαρούς συνδετικούς ιστούς και περιέχουν ισχυρά βασεόφιλα κυτταροπλασματικά κοκκία, παρόμοια με αυτά των βασεόφιλων λευκοκυττάρων. Τα κοκκία αυτά περιέχουν φαρμακολογικά ενεργείς ουσίες, όπως η ηπαρίνη, η σεροτονίνη, η ισταμίνη κ.λ.π. η απελευθέρωση των οποίων επιτυγχάνεται από ποικίλους παράγοντες.

Μορφολογικά και λειτουργικά τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα μοιάζουν. Επειδή τα μαστοκύτταρα είναι αδύνατον να απομονωθούν στον άνθρωπο, όλες οι πειραματικές μελέτες έχουν γίνει με βασεόφιλα που κυκλοφορούν στο αίμα και είναι πολυαριθμότερα.

Τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα λευκοκύτταρα, εκλύοντας τους χημικούς μεσολαβητές που αναφέρθηκαν πιο πάνω, παίζουν σημαντικό ρόλο στις άμεσες αλλεργικές αντιδράσεις (αντιδράσεις τύπου I).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελείται από κύτταρα και κυτταρικά προϊόντα που σκοπό έχουν να προστατεύσουν ορισμένα κύτταρα - στόχους του οργανισμού από διάφορες κακώσεις, που μπορούν να προκαλέσουν εκατομμύρια ουσίες του περιβάλλοντος (χημικές ουσίες, τρόφιμα, συντηρητικά, χρωστικές, φάρμακα, εμβόλια, ζωικά και φυτικά προϊόντα, μικρόβια κ.λ.π.) Τα κύτταρα στόχοι που προσβάλλονται από τους παραπάνω εξωγενείς παράγοντες βλάπτονται ή καταστρέφονται με επακόλουθο τη δυσλειτουργία ή τη νόσο του οργανισμού.

Το ανοσοποιητικό σύστημα διακρίνεται στο ειδικό και το μη ειδικό, που το ένα όμως καλύπτει το άλλο,.

A. Το ειδικό ανοσοποιητικό σύστημα λειτουργεί με τα Β και Τ - λεμφοκύτταρα δηλαδή το σύστημα αντισωμάτων (χημική ανοσία) και το σύστημα που χρειάζεται μεσολάβηση κυττάρων (κυτταρική ανοσία). Αυτά τα δύο συστήματα εξασφαλίζουν ειδικότητα και μνήμη για τα αντιγόνα, με τα οποία έρχονται σε επαφή.

B. Το μη ειδικό ανοσοποιητικό σύστημα περιλαμβάνει τη φαγοκυττάρωση, που γίνεται από τα φαγοκύτταρα και τη φλεγμονή καθώς και τις πρωτεΐνες του συμπληρώματος.

ΤΟ ΕΙΔΙΚΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

5.1. Ανοσογονικότητα.

Είναι η ιδιότητα των διαφόρων ουσιών να προκαλούν ειδική άνοση απόκριση;

5.2. Αντιγόνα (ANTIGENS) ή ανοσογόνα (IMMUNOGENS)

Είναι ουσίες που προκαλούν μία άνοση απόκριση (χημική, κυτταρική ή και τις δύο) όσων εισαχθούν σε ένα ζώο. Ο αριθμός των αντιγόνων στο περιβάλλον κυμαίνεται από 10^5 - 10^7 με τη μορφή απομονωμένης χημικής ουσίας (π.χ. Πρωτεΐνη) ή συμπλέγματος στοιχείων με πολυάριθμους αντιγονικούς προσδιοριστές που βρίσκονται στην επιφάνειά τους (π.χ. Ιοί, βακτηρίδια κ., λ.π.).

5.3. Αλλεργιογόνα (ALLERGENS)

Είναι αντιγόνα, τα μακρομόρια των οποίων προκαλούν τη σύνθεση IgE αντισωμάτων, τις αντιδρασίνες (REAGINS). Είναι υπεύθυνα για τις αντιδράσεις υπερευαισθησίας και ιδιαίτερα της ατοπικής αντίδρασης, που γίνεται με τη συμμετοχή IgE ανοσοσφαιρινών. Η άνοση απόκριση προς ένα αντιγόνο είναι ειδική.

Η αντίδραση, δηλαδή, γίνεται αποκλειστικά με αυτό το αντιγόνο που είναι υπεύθυνο και για την πρόκλησή της.

5.4. Παράγοντες καθορισμού αντιγονικότητας.

Οι παράγοντες που καθορίζουν αν μια ουσία θα γίνει αντιγόνο, δεν είναι τελείως ξεκαθαρισμένοι. Είναι όμως γνωστές μερικές βασικές ιδιότητές τους, όπως: Η φύση της ξενικότητας, το μοριακό μέγεθος, η μοριακή δυσκαμψία, η μοριακή πολυπλοκότητα, γενετικοί παράγοντες του οργανισμού, ο τρόπος χρήσης του αντιγόνου και η δοσολογία του.

Προϋπόθεση της αντιγονικότητας είναι η ξενικότητα του αντιγόνου προς τον οργανισμό. Το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου μπορεί να διακρίνει τα φυσιολογικά συστατικά του σώματος από τις ξένες ουσίες. Τα αντιγόνα, είναι συνήθως, ξένες ουσίες για τον οργανισμό.

5.5. Αυτοανοσία

Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, το σώμα ανέχεται τα συστατικά του και δεν έχει την τάση να τα αναγνωρίσει σαν αντιγόνα. Επακόλουθο αυτού είναι να μην είναι δυνατή η έναρξη μιας άνοσης απόκρισης εναντίον τους. Σε μερικές περιπτώσεις τα φυσιολογικά συστατικά του οργανισμού μπορούν να δράσουν σαν αντιγόνα, εναντίον του οργανισμού, εφόσον υποστούν τροποήσεις, εξ αιτίας παθολογικών αντιδράσεων (π.χ. τροποποίηση από ιούς, βακτηρίδια, τοξίνες, ακτινοβολία κ.λ.π.) Ο οργανισμός παύει να τα αναγνωρίζει σαν δικά του και διεγείρεται το ανοσοποιητικό σύστημα. Τα αντιγόνα αυτά λέγονται αυτοαντιγόνα (AUPO-ANTIGENS). Οι ασθένειες που προκαλούνται από τα αυτοαντιγόνα λέγονται αυτοάνοσες νόσοι.

5.6. Απίνες

Το γεγονός ότι μια ουσία είναι ξένη για τον οργανισμό δεν την χαρακτηρίζει απαραίτητα ως αντιγόνο. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι φυσιοχημικές ιδιότητες ενός μακρομορίου. Έτσι, τα μικρά μόρια π.χ. των αμινοξέων ή των μονοσακχαριτών, συνήθως δεν είναι αντιγόνα. Γενικά, είναι παραδεικτό ότι τα μόρια πρέπει να έχουν ένα τουλάχιστον μέγεθος, πριν θεωρήσουν σαν αντιγόνα. Έτσι, μόρια με μοριακό βάρος κάτω του 5000 δεν έχουν, ή παρουσιάζουν ασθενή αντιγονικότητα. Αυτές οι χημικές ουσίες μπορεί να γίνουν αντιγόνα αν συνθεθούν με κάποια πρωτεΐνη. Αυτά τα χαμηλού μοριακού βάρους ατελή αντιγόνα λέγονται απίνες (HAPTENS).

Η πρωτεΐνη που συνδέεται με μια απτίνη λέγεται πρωτεΐνη φορέας (CARRIERPROTEIN). Η σύνδεση της απτίνης με την πρωτεΐνη φορέα δημιουργεί ένα πλήρες αντιγόνο (COMPLETE ANTIGEN), το οποίο αποκτά ανοσογονικότητα, δηλαδή μπορεί να προκαλέσει την παραγωγή αντισωμάτων.

5.7. Δυσικαμψία και πολυπλοκότητα αντιγόνου

Τα δύσικαμπα μόρια θεωρούνται καλά αντιγόνα, πιθανόν, γιατί τους είναι ευκολότερο να αναπτύξουν αντισώματα προς ορισμένες δομές ουσιών, παρά σε άλλες.

Τα αντιγόνα που περιέχουν κατεπανάληψη την ίδια δομική μονάδα, ενός μόνον αμινοξέος, θεωρούνται γενικώς σαν πτωχά αντιγόνα. Τα μακρομόρια περιέχουν δύο ή τρία επαναλαμβανόμενα.

5.8. Ανοσογονικότητα και γενετικοί παράγοντες

Η ανοσογονικότητα επηρεάζεται επίσης και από γενετικούς παράγοντες. Έτσι όλα τα άτομα του αυτού ξίδους δεν παρουσιάζουν, απαραίτητα, την ίδια ανοσολογική απόκριση, σε μια ιδιαίτερη ουσία.

Ο τρόπος χορήγησης και η δοσολογία ενός αντιγόνου θεωρούνται επίσης σημαντικά για την αντιγονικότητα μιας ουσίας.

5.9. Αντιγονική διέγερση των λεμφοκυττάρων

Μετά την είσοδο ενός αντιγόνου στον οργανισμό, τα Β-λεμφοκύτταρα πολλαπλασιάζονται και μετασχηματίζονται σε πλασματοκύτταρα που αρχίζουν να συνθέτουν αντισώματα κατά του αντιγόνου.

Τα Β_ λεμφοκύτταρα αναγνωρίζουν τα αντιγόνα σαν ξένα.

Μετά την στενή επαφή των Β-λεμφοκυττάρων με το αντιγόνο, τα πρώτα παίρνουν τις απαραίτητες πληροφορίες για τη διαφοροποίησή τους. Έτσι, μόνο λίγα από τα Β-λεμφοκύτταρα διεγείρονται και αρχίζουν μια άνοση απόκριση, που κατευθύνεται ειδικά προς το αντιγόνο. Μόλις εισχωρήσει στον οργανισμό ένα άλλου είδους αντιγόνο, τότε, άλλα Β-λεμφοκύτταρα θα αντιδράσουν.

Σύμφωνα με τον BURNET (1959) και τη θεωρία του της κλαδικής εκλογής (CLONAL SELECTION THEORY), η ικανότητα των λεμφοκυττάρων να αντιδρούν εναντίον των διαφόρων αντιγόνων, υπάρχει στην επιφάνειά τους, πριν από την έκθεση του οργανισμού στο αντιγόνο και δεν είναι επίκτητη ιδιότητα. Στην κυτταρική μεμβράνη κάθε "Παρθένου", λεμφοκυττάρου, προτού έλθει σε επαφή με ένα αντιγόνο, υπάρχει κάποιος υποδοχέας που αντιστοιχεί στον ακριβή τύπο του μορίου του αντισώματος. Το αντιγόνο εισερχόμενο στον οργανισμό θα συνδεθεί με το λεμφοκύτταρο που στην επιφάνειά του φέρει τον υποδοχέα που τον αντιστοιχεί. Στην πραγματικότητα μόνον αυτό το λεμφοκύτταρο έχει ειλεγεί και μετασχηματίζεται σε βλαστοκύτταρο. Αυτό το βλαστοκύτταρο θα μετατραπεί σε ανοσοαρμόδιο λεμφοκύτταρο και πλασματοκύτταρο δημιουργεί έναν κλάδο ή μια κλαδική, ένα πληθυσμό οργανισμών ή κυττάρων, δηλαδή, που έχουν προέλθει με απλό (αγενετικό) πολλαπλασιασμό από ένα μόνο άτομο ή κύτταρο. Υπάρχουν χιλιάδες κλάδοι Β-λεμφοκυττάρων στον οργανισμό.

5.10 Αντιγονικοί προσδιοριστές

Αντιγονικός προσδιοριστής είναι εκείνο το τμήμα του μορίου του αντιγόνου που καθορίζει την ειδικότητα του παραγόμενου αντισώματος και συνδέεται με ειδικά σημεία σύνδεσης αυτού του αντισώματος (THIRUCHANDURAI, 1983). Ένας αντιγονικός προσδιοριστής είναι ένας μονήρης

ανοσογονικό στοιχείο πάνω σε μια πρωτεΐνη ή πολυσακχαρίτη. Μια πρωτεΐνη έχει πολλούς αντιγονικούς προσδιοριστές.

Ένα αντιγόνο πρέπει να έχει τουλάχιστον δύο αντιγονικούς προσδιοριστές για να διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων. Ένα μικρομόριο είναι πολύ μικρό για να διαθέτει περισσότερους του ενός αντιγονικούς προσδιοριστές γι' αυτό δεν λειτουργεί σαν αντιγόνο. Ένα μακρομόριο όμως π.χ. η λευκωματίνες του ανθρώπινου όρου (MB 70.000) μπορεί να διαθέτει τουλάχιστον 6 διαφορετικούς προσδιοριστές. Έτσι, μπορούν να παραχθούν τουλάχιστον 6 αντισώματα με διαφορετικές ειδικότητες, μετά π.χ. την ανοσοποίηση ενός κονίλιου.

5.1.1. Διασταυρούμενη αντιδραστικότητα

Όρισμένα αντιγόνα μεγάλου μοριακού βάρους έχουν διαφόρους αντιγονικούς προσδιοριστές. Συνεπώς μπορούν να προκαλέσουν την παραγωγή διαφόρων αντισωμάτων, που το καθένα είναι ειδικό για κάποιον ιδιαίτερον αντιγονικό προσδιοριστή.

Μερικές φορές τα αντισώματα συνδέονται με κάποιο αντιγόνο, διαφορετικό από αυτό που ξεκίνησε την παραγωγή αντισωμάτων. Η κατάσταση αυτή λέγεται διασταυρούμενη αντιδραστικότητα και κλινικά σημαίνει ότι ένα άτομο μπορεί να υποστεί μιαν αλλεργική αντίδραση από ένα αντιγόνο, με το οποίο ποτέ δεν είχε έλθει σε επαφή.

Κ Ε Φ Α Λ Λ Ι Ο 6

ΚΥΤΤΑΡΙΚΗ ΑΝΟΣΙΑ Η ΎΣΤΗΜΑ ΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΟΣΙΑΣ

Είναι μια μορφή ανοσολογικής απόκρισης που οφείλεται σε ευαισθητοποιημένα T-λεμφοκύτταρα, ικανά να αντιδρούν με ένα αντιγόνο και να προκαλούν φαινόμενα επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας (Hahn and Kaufman , 1981).

Η κυτταρική ανοσία είναι υπεύθυνη για τις επιβραδυνόμενου τύπου δερμοαντιδράσεις, την υπερευαισθησία επιβραδυνόμενου τύπου, την απόρριψη μοσχευμάτων, τη σημαντική άμυνα κατά κακοήθων κυττάρων, ιών, μυκήτων και μερικών βακτηριδίων (BERKOW, 1982).

Πολλά από τα στάδια της ενεργοποίησης του συστήματος κυτταρικής ανοσίας είναι όμοια με τα στάδια της ενεργοποίησης του συστήματος χημικής ανοσίας. Η κυτταρική όμως ανοσία είναι πολυπλοκότερη.

6.1 Διαφορά της κυτταρικής από τη χημική ανοσία.

α) Κυτταρική ανοσία

1) Μεταβιβάζεται με κύτταρα (T-λεμφοκύτταρα και μονοκύτταρα μακροφάγα).

2) Με την κυτταρική ανοσία επιτυγχάνεται ανοσία κατά

των ιών, μυκήτων, ενδοκυττάρων μικροοργανισμών, καρκινικών αντιγόνων και ευθύνεται για την απόρριψη αλλομοσχευμάτων.

3) Εκδηλώνεται μετά παρέλευση ωρών ή ημερών

β) Χυμική ανοσία

1) Μεταβιβάζεται με αντισώματα

2) Συμμετέχουν τα Β-Λεμφοκύτταρα

3) Η ανοσία μεταβιβάζεται σ' ένα φυσιολογικό άτομο με ορό ενός υπερευαίσθητου ατόμου

4) Με τη χυμική ανοσία επιτυγχάνεται ανοσία κατά των βακτηριδιακών λοιμώξεων.

5) Εκδηλώνεται μετά παρέλευση λεπτών ή ωρών.

6.2. Φαγοκυτταρική ανοσία

Το σύστημα της φαγοκυττάρωσης αποτελείται από δύο στοιχεία: Τα φαγοκύτταρα της κυκλοφορίας (ουδετερόφιλα, μονοκύτταρα και ηωσινόφιλα) και τα φαγοκύτταρα των ιστών, κύτταρα KUPFFER του ήπατος, τα μακροφάγα του σπλήνα, τα μακροφάγα των πνευμονικών κυψελίδων, των λεμφαδένων και της μικρογλοίας του εγκεφάλου. Φαγοκυττάρωση είναι το "φάγωμα" από τα ουδετερόφιλα και τα μονοκύτταρα των ανεπιθυμητών ξένων μικροσωματιδίων, που έχουν εισβάλλει στον οργανισμό, όπως -π.χ.- τα βακτηρίδια ή θραύσματα κυττάρων.

Στη φαγοκυττάρωση διακρίνονται τρεις φάσεις:

α) Φάση της προσκόλλησης

β) Φάση της πέψης και της αποκοκκίωσης

γ) Φάσεις διάσπασεις των σωματιδίων μέσα στο κενοτόπιο του φαγοκυττάρου - φόνος του βακτηριδίου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7

Α Ν Ο Σ Ο Σ Φ Λ Ι Ρ Ι Ν Ε Σ

Μια ανοσοσφαιρίνη είναι μια πρωτεΐνη που μπορεί να δράσει σαν αντίσωμα και παράγεται από τα πλασματοκύτταρα. Ένα αντίσωμα είναι μια ανοσοσφαιρίνη που μπορεί να συνδεθεί με ένα ειδικό αντιγόνο. Όλα τα αντισώματα είναι ανοσοσφαιρίνες. Όμως όλες οι ανοσοσφαιρίνες δεν είναι αντισώματα γνωστής ειδικότητας.

Οι ανοσοσφαιρίνες είναι ουσίες με γλυκοπρωτεϊνική σύνθεση που είναι συνυφασμένη με το γ-κλάσμα των πρωτεϊνών του ορού του αίματος. Τα κύρια πρωτεϊνικά κλάσματα του ορού είναι η λευκωματίνη και η σφαιρίνη. Η σφαιρίνη του ορού, χωρίζεται βασικά με τη βοήθεια ηλεκτροφόρησης στην α,β και γ σφαιρίνη.

7.1. Ταξινόμηση των ανοσοσφαιρινών

Οι ανοσοσφαιρίνες, ανάλογα με τη δομή τους υποδιαιρούνται με τη βοήθεια της ανοσοηλεκτροφόρησης σε τύπους ή τάξεις. Στον άνθρωπο, προς το παρόν έχουν βρεθεί πέντε κύριες τάξεις ανοσοσφαιρινών : IgG, IgM, IgA, IgD, IgE .

Με τη βοήθεια της ανοσοδιάχυσης και της ραδιοανοσοδιάχυσης είναι εύκολη η επίδειξη και ειδικής ανοσοσφαιρίνης. Η αντί-

χνευση και ο ποσοτικός προσδιορισμός των αντισωμάτων μπορεί να γίνει με ραδιοανοσολογικές ή και με ανοσοενζυματικές μεθόδους (π.χ. RIST, RAST, FAST, MAST κ.λ.π.)

7.2. Τόποι παραγωγής ανοσοσφαιρινών

Τα αντισώματα ή οι ανοσοσφαιρίνες παράγονται από τα πλασματοκύτταρα και μερικά λεμφοκύτταρα που είναι εξαπλωμένα στους λεμφαδένες, τον σπλήνα, τις πλάκες του PEYER, τις αμυγδαλές, τις αδενοειδείς εμβλαστήσεις και τη σκωληκοειδή απόφυση. Τα όργανα αυτά που παράγουν αντισώματα είναι σε τέτοια σημεία τοποθετημένα, ώστε να υποδέχονται πιθανούς παθογόνους μικροοργανισμούς ή ξένες ουσίες. Η βιοσύνθεση των ανοσοσφαιρινών σε κυτταρικό επίπεδο έχει επιδειχθεί με τη χρήση συστημάτων ελεύθερων από κύτταρα (CELL-FREE SYSTEMS) Τη μεταφορά του μηνύματος της σύνθεσης της συγκεκριμένης ανοσοσφαιρίνης αναλαμβάνει ένα μόνο μόριο (MESSANGER)MRNA.

Οι ανοσοσφαιρίνες απελευθερώνονται στην κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου. Ανευρίσκονται επίσης στο σάλλιο, το ήπαρ, στις εκκρίσεις του πεπτικού σωλήνα, της αναπνευστικής οδού και των ουροφόρων κοιλοτήτων.

Μερικά αντισώματα παραμένουν συνδεδεμένα με τις επιφάνειες των λεμφοκυττάρων, στις οποίες δρουν σαν υποδοχείς αντιγόνων.

Η επαφή ενός αντιγόνου που αντιδρά μ'αυτούς τους υποδοχείς που έχουν συνδεθεί με την κυτταρική μεμβράνη πυροδοτεί αυτά τα κύτταρα να παράγουν αντίσωμα της αυτής ειδικότητας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Σ

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ

8.1. Η φύση του συμπληρώματος

Το σύμπληρωμα αποτελεί σημαντικό τμήμα της χημικής άνοσης απόκρισης. Με τον όρο συμπλήρωμα δεν εννοείται μια ουσία, αλλά, μια σειρά από διαφορετικές πρωτεΐνες που προκαλούν και επηρεάζουν ανοσολογικά και τα φλεγμονώδη γεγονότα. Το συμπλήρωμα αναιαλύθηκε κατά τη μελέτη τωνλυτικών ιδιοτήτων του αντιορού, όταν διαπιστώθηκε ότι για την κυτταρική λύση στον πρόσφατο ορό χρειάζονται ειδικά αντισώματα και συμπληρωματικοί μη ειδικοί παράγοντες.

Αυτοί οι παράγοντες λέγονται Σύστημα του Συμπληρώματος. ή απλώς C.

Μέχρι σήμερα έχουν εντοπιστεί περισσότερες από 20 πρωτεΐνες που συμμετέχουν στο σύστημα του συμπληρώματος στο φυσιολογικό ορό του ανθρώπου. Οι πρωτεΐνες του συμπληρώματος αλληλοαντιδρούν με διαδοχική σειρά και φυσιολογικά ανευρίσκονται στην κυκλοφορία σε αδρανή μορφή. Τα μείζονα συστατικά του είναι οι 9 πρωτεΐνες που χαρακτηρίζονται με τη σύντιμση C και καταλαμβάνουν τη σειρά

C1,C2,C3,C4,C5,C6, C7,C8,C9. Η αρίθμηση αυτή παριστάνει τη σειρά ανακάλυψής τους.

Όταν ενεργοποιηθούν οι πρωτεΐνες, αλληλαντιδρούν διαδοχικά η μία με την άλλη με μορφή 'καταρράκτη'.

Η σειρά ενεργοποίησης είναι: C1,C4,C2,C3,C5,C6,C7,C8,C9. Η ενεργοποίηση του συμπληρώματος είναι μια αλληλοδιαδοχική ενζυματική ενεργοποίηση. Δηλαδή, η μια υποομάδα ενεργοποιεί κάποια άλλη. ΑΥτή, με τη σειρά της ενεργοποιεί μια άλλη και αυτή, πάλι, ενεργοποιεί άλλη κ.ο.κ.

Η αλληλουχία της ενεργοποίησης του συμπληρώματος ακολουθεί την κλασική οδό (CLASSICAL PATHWAY) και την εναλλακτική οδό (ALTERNATIVE PATHWAY) και οι δύο καταλήγουν σε μια κοινή οδό που αναφέρεται σαν οδός προσβολής της κυτταρικής μεμβράνης.

Το κάθε συστατικό του συμπληρώματος υπάρχει στον ορό των φυσιολογικών ατόμων. Το C3 απαντάται σε υψηλότερες συγκεντρώσεις και παράγεται από τα κύτταρα του ήπατος. Επόμενο σε αφθονία είναι το C4. Το C2 και το C4 παράγονται από τα μακροφάγα. Το C8 παράγεται από το σπλήνα και το C1 στο έντερο.

- 1) Κυτταρική λύση
- 2) Φονεύει ορισμένα βακτηρίδια και πρωτόζωα
- 3) Ελκει φαγοκύτταρα με χημειοταξία
- 4) Προσκολλά αντιγόνα στα φαγοκύτταρα(ανοσοπροσήλυση)
- 5) Κάνει αμωνινοποίηση μικροοργανισμών και μικροσωματιδίων .
- 6) Εξουδετερώνει ορισμένους ιστούς
- 7) Προκαλεί διάσπαση κοκκίων στα μαστοκύτταρα
- 8) Παράγει κινίνες

- 9) Ενεργοποιεί την πήξη του αίματος και την ινωδολύση
- 10) Τροποποιεί την φλεγμονή με παλλίνδρομη αύξηση και συνεργασία με τους χημικούς μεσολαβητές.
- 11) Αλληλεπιδρά με τα Β-λεμφοκύτταρα
- 12) Υπεισέρχεται στον μηχανισμό έκλυσης λυσοσομικών.
- 12) Υπεισέρχεται στον μηχανισμό έκλυσης λυσοσομικών.

Η σημαντικότερη λειτουργία του συμπληρώματος είναι η συχνή γένεση μεσολαβητικών ουσιών.

Κ Ε Φ Α Λ Λ Ι Ο 9

**ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΥΠΟΥ I, Ή ΕΥΛΙΣΘΗΣΙΑ ΤΥΠΟΥ I
Ή ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΤΥΠΟΥ I, Ή ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ**

Οι αντιδράσεις υπερευαισθησίας έχουν ταξινομηθεί από τους GELL και COOMBS (1963), βάσει των υποκειμένων ανοσολογικών μηχανισμών τους σε τέσσερις (4) κατηγορίες (ΠΙΝΑΚΑΣ) . Ο κάθε τύπος αντίδρασης καθορίζεται από τη φύση του αντιγόνου, του αντισώματος, του δραστικού κυττάρου και έμμεσα από το χρόνο της εκδηλώσής της. Σε πολλές αλλεργικές αντιδράσεις συμμετέχουν περισσότεροι του ενός ανοσολογικοί μηχανισμοί. Οι αλλεργικές αντιδράσεις μπορεί να είναι χημικού τύπου που σημαίνει ότι:

Γίνεται με:	ΜΕΣΟΛΑΒΗΤΕΣ	ΔΡΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ
Τύπος I IgE	Ισταμίνη SRS-A ECF-A	Μαστοκύτταρο Βασεόφιλο	1. Αλλεργική ρινίτις 2. Εξωγενές άσθμα 3. Αναφυλαξία
Τύπος II IgG, IgM	Συμπλήρωμα	Πολυμορφοκυττάρηνα	1. Αντιδράσεις μετάγγισης αίματος. 2. Αιμολυτική αναιμία, αυτοάνοση, από φάρμακα. 3. Σύνδρομο Goodpasture
Τύπος III IgG, IgM	Συμπλήρωμα	Πολυμορφοκυττάρηνα	1. Αντίδραση Arthus 2. Οροσάση 3. Ανοσοσυμπλεγματική νεφρίτιδα.
Τύπος IV T-λεμφοκύτταρα	Λεμφοκίνες	Μονοκύτταρα	1. Αντίδραση τύπου φυματίνης. 2. Αντίδραση μοσχεύματος κατά ξενιστή.

ΠΙΝΑΚΑΣ : Ταξινόμηση των αλλεργικών αντιδράσεων

γίνονται με τη μεσολάβηση αντισωμάτων της κυκλοφορίας ή αντισώματα καθηλωμένα στις κυτταρικές επιφάνειες. Μπορεί όμως οι αλλεργικές αντιδράσεις να είναι κυτταρικού τύπου και τότε

γίνονται με τη μεσολάβηση ανοσοαρμοδίων λεμφοκυττάρων.

Κατά την ταξινόμηση των GELL και COOMBS, οι αλλεργικές αντιδράσεις διακρίνονται σε τύπου I, II, III, IV. Οι αντιδράσεις τύπου I γίνονται με τη μεσολάβηση των IGE ανοσοσφαιρινών. Οι αντιδράσεις που περιλαμβάνουν τους άλλους τύπους των ανοσοσφαιρινών ανήκουν στον τύπο II, αν το αντιγόνο βρίσκεται συνδεδεμένο με το κύτταρο ή τύπου III, αν το αντιγόνο είναι ευδιάλυτο και προκαλείται ιστική βλάβη με την εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων αντιγόνου - αντισώματος. Οι αντιδράσεις τύπου IV γίνονται με τη μεσολάβηση κυττάρων και θεωρούνται σαν αντιδράσεις καθυστερημένης υπερευαισθησίας. Πρόσφατα έχει διακριθεί και η υπερευαισθησία τύπου V και VI.

Το χαρακτηριστικό της αντίδρασης τύπου I είναι ότι τα συμπτώματά της εμφανίζονται πολύ γρήγορα μετά την έκθεση του ατόμου σ' ένα αλλεργιογόνο, συνήθως μέσα σε 10-20'. Μερικές φορές όμως μπορεί να εμφανιστούν μέσα σε λίγα λεπτά. Η αντίδραση τύπου I οφείλεται στην ευαισθητοποίηση των FC υποδοχέων των μαστοκυττάρων από μόρια των αντισωμάτων I_gE.

Την ίδια δράση με τις I E (αντιδρασίνες) παρουσιάζει και η I_gE₂. Οι αντιδρασίνες έχουν κυτταροφιλικότητα.

Τούτο σημαίνει ότι έχουν ισχυρή τάση να προσκολώνονται στα μαστοκύτταρα και στα βασεόφιλα κοκκιοκύτταρα. Αυτό προσδίδει τέτοια ιδιότητα στις I_gE που τις κάνει να ξεχωρίζουν από τις υπόλοιπες ανοσοσφαιρίνες.

Η αντίδραση τύπου I, όπως είπαμε, εκδηλώνεται πολύ γρήγορα. Η ταχύτερη αντίδραση άμεσης υπερευαισθησίας είναι η αναφυλαξία.

9.1. Αλλεργιογόνα

Τα αντιγόνα που προκαλούν την αντίδραση τύπου Ι λέγονται αλλεργιογόνα (συνήθως είναι γύρεις, σκόνες, επιθήλια ζώων, πτηνά κ.λ.π.) . Η αλλεργική διέγερση αρχίζει όταν ένα αλλεργιογόνο συνδεθεί με δύο ή περισσότερες IgE στην επιφάνεια των μαστοκυττάρων και των βασεοφίλων κοκκιοκυττάρων.

Αυτό έχει σαν επακόλουθο την αποικοκικίωση των κοκκίων, αυτών των κυττάρων και την απελευθέρωση , στους ιστούς, των χημικών μεσολαβητών (π.χ. η ισταμίνη) που είναι βιολογικά ενεργές ουσίες και στις οποίες οφείλεται η συμπτωματολογία. Η αντίδραση μεταξύ των IgE και του αλλεργιογόνου είναι ανοσολογικά ειδική.

Κλινική εικόνα

Η συμπτωματολογία που προκαλείται μετά την απελευθέρωση των χημικών μεσολαβητών εξαρτάται από την εντόπιση των διεγερθέντων μαστοκυττάρων και από την πύλη εισόδου του αλλεργιογόνου στο σώμα. Τα αλλεργιογόνα που εισέρχονται από τους βλενογόνους προκαλούν τοπικές αντιδράσεις π.χ. ρινική συμφόρηση, πταρμά, κνησμό, βρογχόσπασμο ή αύξηση των εκκρίσεων των βρόγχων.

Τα αλλεργιογόνα που χορηγούνται συστηματικά μπορούν να απελευθερώσουν χημικούς μεσολαβητές από τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα σε διάφορα όργανα με επακόλουθο την πρόκληση γενικευμένης αντίδρασης, όπως η αναφυλαξία.

Η απελευθέρωση χημικών μεσολαβητών από τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα μπορεί να γίνει με ενεργοποίησή τους, από μηχανισμούς διαφορετικής προέλευσης.

Η παραγωγή αναφυλατοξινών (παράγωγα του συμπληρώματος C3α και C5α), ορισμένες κινίνες, μια λεμφοκίνη που ειλύει ισταμίνη και πρωτεΐνη με λυσοσωμιακή βάση, που προέρχονται

από ουδετερόφιλα μπορεί να αποτελέσουν ερεθίσματα που πυροδοτούν τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα να απελευθερώσουν, από τα κοκκία τους, ισταμίνη και άλλους χημικούς μεσολαβητές και να προκληθεί παρόμοια αντίδραση με την τύπου I.

Η ανοσολογική ενεργοποίηση του συστήματος του συμπληρώματος, όπως αυτή που παρατηρείται μετά από ένεση ακτινογραφικής σκιερής ουσίας, μπορεί να οδηγήσει σε αντιδράσεις υπερευαισθησίας τύπου I.

Υπάρχουν φάρμακα και χημικές ουσίες που δρουν άμεσα και απελευθερώνουν ισταμίνη και άλλους χημικούς μεταβιβαστές από τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα, προκαλώντας αντιδράσεις υπερευαισθησίας τύπου I. Παράδειγμα μιας τέτοιας δράσης είναι η τοπική κνίδωση που προκαλείται μετά από ένεση κωδεΐνης σε προδιατεθειμένα άτομα.

Άλλα φάρμακα που μπορεί να απελευθερώσουν ισταμίνη είναι η μορφίνη, η τουβοκουρανίνη και η πολυμυξίνη Β.

Διάγνωση

Η διάγνωση της υπερευαισθησίας τύπου I, εφόσον οφείλεται στα αντισώματα IgE γίνεται με την ειτέλεση δερματικών δοκιμασιών, χρησιμοποίηση ακτινοανοσοποιητικών μεθόδων (RIST και RAST ή FAST ή MAST TEST).

Αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση καταστάσεων που οφείλονται σε υπερευαισθησία τύπου I, γίνεται με φάρμακα (αντιισταμινικά, συμπαθομιμητικά, θεοφυλλίνη, χρωμογλυκικό δινάτριο, κορτικοστεροειδή - τοπικά και συστηματικά) χωρίς

να έχει αποδειχθεί το ακριβές σημείο της δράσης τους. Αφού γίνει ανίχνευση με τις υπάρχουσες διαγνωστικές μεθόδους που προκαλούν τ' αλλεργικά συμπτώματα, παρασιευάζονται εκχυλίσματα από αυτά και χορηγούνται με υποδόριες ενέσεις, δύο ή μια φορά την εβδομάδα ή σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, ανάλογα με τον τυπο του χρησιμοποιημένου εκχυλίσματος .

Ετσι για πολλά αλλεργιογόνα, προκαλείται αποευαισθητοποίηση και δεν επανεμφανίζονται τα συμπτώματα πολλών καταστάσεων με υπερευαισθησία τύπου I.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Υπερευαισθησία τύπου I

ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ: Γύρεις, επιθήλια ζώων, μύκητες σπόρες κ.λ.π., φάρμακα (π.χ. πενικιλίνη) , δηλητήρια εντόμων.

ΑΝΤΙΣΩΜΑ : Ανοσοσφαιρίνη I E ή I G4

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ: Το αλλεργιογόνο συνδέεται και αντιδρά με δύο τουλάχιστον μόρια IgE που είναι προσκολλημένα στους υποδοχείς FC των μαστοκυττάρων και βασεόφιλων κοκκιοκυττάρων. Ακολουθεί ενεργοποίηση των μαστοκυττάρων και βασεόφιλων και απελευθέρωση από τα κοκκία τους, των χημικών μεσολαβητών (Ισταμίνη κ.λ.π.)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ρινική συμφόρηση, πταρμός, κνησμός και καταρροή βλέννας από τη μύτη (αλλεργική ρινίτις) ή βρογχοσπασμός , αύξηση εκκρίσεων βρόγχων (άσθμα), αναφυλαξία, ηωσινοφιλία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Δερματικές δοκιμασίες, ραδιοανοσολογικές δοκιμασίες (RIST και RAST, FAST, MAST).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Αποφυγή αλλεργιογόνων . Φαρμακοθεραπεία (αντιισταμινικά, συμπαθομιμητικά, θεοφυλλίνη, χλωμογλυκικό δινάτριο, κορτικοστεροειδή, ανοσοθεραπεία.

9.1.1. ΟΙ ΓΥΡΕΙΣ ΣΑΝ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ

Αλλεργιογόνα

Τα αντιγόνα που προκαλούν μια αντίδραση τύπου I λέγονται αλλεργιογόνα. Κατ' αρχήν όλα τα αντιγόνα, αν χρησιμοποιηθούν κατάλληλα μπορούν να δράσουν σαν αλλεργιογόνα (δηλαδή να προκαλέσουν την παραγωγή IgE ή IgG και αντισωμάτων) σε πειραματόζωα.

Για αγνώστους λόγους, ορισμένα αντιγόνα έχουν μεγαλύτερη τάση να συμπεριφέρονται σαν αλλεργιογόνα, σε σύγκριση με άλλα.

Στους ανθρώπους βρέθηκε ότι μόνον ορισμένα αντιγόνα μπορούν να προκαλέσουν αλλεργικές διαταραχές μετά από μία μακρόχρονη και λανθάνουσα ευαισθητοποίηση./ Γι' αυτό το λόγο, αυτά τα αντιγόνα, ονομάστηκαν και αλλεργιογόνα. Τα αντιγόνα και τα αλλεργιογόνα δεν έχουν γόνιμες φυσικοχημικές διαφορές.

Έτσι κάποια ουσία μπορεί να δράσει ταυτόχρονα σαν αντιγόνο και αλλεργιογόνο.

Αν ένα αλλεργιογόνο επιδράσει σε μία ομάδα ατόμων, μπορεί να προκαλέσει, στο κάθε άτομο ξεχωριστά, ποίλλες αντιδράσεις.

Έτσι μερικοί μπορεί να συνθέσουν αντισώματα που θα προκαλέσουν αλλεργικές διαταραχές, άλλοι θ' αναπτύξουν αντισώματα χωρίς να προκαλέσουν αλλεργικά συμπτώματα κι άλλοι δεν παράγουν IgE αντισώματα, ούτε εμφανίζουν οποιαδήποτε άλλη αντίδραση. Οι παραπάνω διαφορές αποδίδονται στον γενετικό έλεγχο της εκδήλωσης της αλλεργίας.

Η φύση των αλλεργιογόνων

Τα πιο πολλά αλλεργιογόνα είναι πρωτεΐνες με Μ.Β. 10.000 - 40.000 . Ο BERRENS περιγράφει τεράστιο αριθμό αλλεργιογόνων (σιρόνες, μύκητες, γύρεις κ.λ.π.) από τα οποία μόνον μερικά μπορεί να προκαλέσουν αλλεργία.

Δεν είναι ακόμη απόλυτα κατανοητό, πως, η αντίδραση ενός αλλεργιογόνου με το IgE αντίσωμα, προκαλεί την έκλυση των χημικών μεσολαβητών από τα μαστοκύτταρα και τα βασεόφιλα, ούτε είναι γνωστός ο μηχανισμός του συστήματος IgE - μαστοκύτταρο για την ανάπτυξη και τον έλεγχο μιας φυσιολογικής ανοσοαπόκρισης.

Πειραματικά, βρέθηκε ότι, π.χ. τα αλλεργιογόνα των γύρεων, μπορεί να περιέχουν μόρια υψηλής αλλεργιογονικότητας, μόρια μικρότερης αλλεργιογονικότητας, αντιγόνα μη αλλεργιογόνα και μη αντιγονικές ουσίες.

Ο ακριβής μηχανισμός της έναρξης της ατοπικής ευαισθητοποίησης δεν είναι απόλυτα γνωστός, φαίνεται όμως ότι παίζουν σημαντικό ρόλο εκτός από τα αλλεργιογόνα και ο τρόπος επαφής του ατόμου με αυτά, ο χρόνος έκθεσης προς αυτά και οι διάφορες ανοσοποιητικές ουσίες που κατευθύνουν την παραγωγή αντισωμάτων, προς την τάξη των IgE παρά την τάξη των IgG .

Τα αλλεργιογόνα , κατά τον BERRENS , μπορούν να καταταχθούν σε έξι ομάδες :

- I) Αερογενή αλλεργιογόνα ή εισπνεόμενα.
- II) Πεπτικά αλλεργιογόνα
- III) Μύκητες
- IV) Βακτήρια
- V) Παράσιτα
- VI) Φαρμακευτικά αλλεργιογόνα

Αερογενή αλλεργιογόνα

Στα αερογενή αλλεργιογόνα περιλαμβάνονται οι γύρεις διαφόρων χόρτων, θάμνων, δένδρων, η σκόνη των σπιτιών, τα ακάρεα της σκόνης των σπιτιών (HOUSE DUST MITES), τρίχες ζώων, επιθήλια δέρματος ζώων ή πτηνών κ.λ.π.

Τα αερογενή αλλεργιογόνα είναι σωματίδια που αιωρούνται στον αέρα και μπορούν να προκαλέσουν αλλεργία από το αναπνευστικό σύστημα (ρινίτις, άσθμα), από το δέρμα και τους επιπεφυκίτες. Ένα αερογενές αλλεργιογόνο, για να είναι κλινικά σημαντικό, θα πρέπει να αιωρείται στο περιβάλλον, να υπάρχει σε αφθονία και να διαθέτει αλλεργιογονικότητα.

Αλλεργιογόνα φυτά

Μεταξύ των χιλιιάδων φυτών που υπάρχουν στην Ελλάδα, την Ευρώπη, αλλά και την υδρόγειο γενικότερα, δεν έχουν όλα αλλεργιογονική σημασία. Τα φυτά που έχουν σημασία στην πρόκληση ευαισθητοποίησης με τη γύρη τους, πρέπει να έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1) Το φυτό θα πρέπει να παράγει σπόρια, γιατί μόνον όσα φυτά παράγουν σπόρους, παράγουν και γύρη. Η γύρη αυτή πρέπει να είναι αλλεργιογόνος.

2) Η γύρη των ανεμόφιλων φυτών, είναι κατά κανόνα αλλεργιογόνος. Αυτό αποκλείει ένα σημαντικό αριθμό εντόμοφιλων φυτών (δηλαδή, πολλαπλασιάζονται με τη γύρη που μεταφέρονται με τα έντομα), τα οποία έχουν βαριά γύρη που δεν μπορεί να μεταφερθεί με τον άνεμο, στον άνθρωπο.

Παρά τούτο, παρατηρήθηκε, σε καλλιεργητές βερυκοκιάς και ροδακινιάς, να δείχνουν συμπτώματα αλλεργικής ρινίτιδας την εποχή της ανθοφορίας αυτών των δένδρων.

Αυτό αποδείχθηκε και με θετικές δερμοαντιδράσεις γι' αυτά τα αλλεργιογόνα και με την αποτελεσματική αποευαισθητοποίηση που ακολούθησε.

Το ίδιο παρατηρήθηκε και με τις γύρεις των πεύκων. Συνεπώς ο κανόνας, ότι η ανεμόφιλη γύρη, μόνον, προκαλεί αλλεργία, ισχύει αλλά, όχι σαν δόγμα.

Γενικά οι γύρεις των λαμπερόχρωμων άνθεων, συνήθως είναι μικρής κλινικής σημασίας, γιατί, μεταφέρονται με τα έντομα, παρά με τον άνεμο. Έχει βρεθεί ότι η γύρη των ανεμόφιλων φυτών, μπορεί να ταξιδέψει, πολύ μακριά, με τη βοήθεια του ανέμου. Έτσι, βρήκαν δείγματα γύρης από βρωμούσα, σε απόσταση 400 μιλίων από το σημείο παραγωγής της, με τη μέθοδο δειγματοληψίας.

3) Η γύρη πρέπει να παράγεται σε μεγάλες ποσότητες. Ορισμένα φυτά, παράγουν τεράστιες ποσότητες γύρης. Έτσι, έχουν υπολογίσει ότι, ένα μόνο φυτό βρωμούσας, εκτοξεύει στον αέρα 1.000.000 γυρεοκόκκους σε μια μέρα.

Αυτό προσδίδει σ' αυτό το φυτό, μεγάλη σημασία στην πρόκληση αλλεργίας.

Από την άλλη πλευρά, η γύρη των κωνοφόρων, μπορεί να απελευθερωθεί, σε τεράστιες ποσότητες, που διακρίνονται από μακριά σαν σύννεφο, χωρίς να προκαλείται συμπτωματολογία.

Οι ατμοσφαιρικές συνθήκες επηρεάζουν σημαντικά την παραγωγή γύρης. Η θερμότητα και το ηλιοφώς, ευνοούν την ανθοφορία και την παραγωγή γύρης. Η απελευθέρωση της γύρης γίνεται συνήθως, τις πρώτες πρωϊνες ώρες, καθώς αυξάνει η θερμοκρασία και το ηλιοφως. Γι' αυτό οπιασθενίες με αλλεργική ρινίτιδα, παραπονιούνται όχι χειροτερεύουν τα συμπτώματά του μόλις ξυπνήσουν.

Η ταχύτητα και η κατεύθυνση του ανέμου, επηρεάζουν σημαντικά την συμπτωματολογία των ασθενών με αλλεργική ρινίτιδα, γιατί αυξάνουν ή απομακρύνουν τα αερογενή αλλεργιογόνα από τον αέρα. Η βροχή μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα αλλεργικής ρινίτιδας παροδικά, γιατί καθαρίζει την ατμόσφαιρα από τη γύρη.

Επιτός από τη θερμοκρασία και το ηλιόφως, άλλος παράγοντας που επηρεάζει την παραγωγή γύρης από τα φυτά, είναι η ατμοσφαιρική πίεση, που ποικίλει σε κάθε εποχή έτους.

Στην Ελλάδα, συνήθως, τα χόρτα προκαλούν προβλήματα από το τέλος του Απριλίου μέχρι το τέλος του Ιουλίου.

4) Το μέγεθος της γύρης. Για να μεταφερθεί η γύρη σε σημαντική απόσταση από το σημείο παραγωγής, πρέπει να έχει μικρό μέγεθος, κατάλληλη μορφολογία (αύλακες, πόρους, γραμμώσεις) και αν είναι ελαφριά.

Αυτό εξαρτάται από το ειδικό βάρος των συστατικών της, τον τύπο και τα γενικά χαρακτηριστικά της γύρης. Όσο πιο μικρό είναι το Ε.Β. και το μέγεθος της γύρης, τόσο πιο ελαφριά είναι. Μετά την ανθοφορία των φυτών, η γύρη υπάρχει για αρκετό χρονικό διάστημα σαν ξερή σκόνη που μεταφέρεται με τον άνεμο και διατηρεί για αρκετό χρονικό διάστημα την αλλεργιογονικότητά της.

5) Ευρεία διάδοση του αλλεργιογόνου φυτού. Όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός των αλλεργιογόνων φυτών, και όσο πιο κοντά βρίσκονται αυτά στην περιοχή κατοικίας του πάσχοντος, τόσο ευκολότερη είναι η εκδήλωση των αλλεργικών συμπτωμάτων και τόσο μεγαλύτερη είναι η έντασή τους.

Μεταξύ των χιλιάδων φυτών που υπάρχουν σε μια περιοχή, υπάρχουν σχετικά, λίγα που εκπληρούν τις παραπάνω προδιαγραφές.

Συλλογή και επεξεργασία γυρεόκοικων

Ένας μεγάλος αριθμός γύρεων, συλλέγεται από φυτά που φύονται σε αγρούς, γύρω από το εργοστάσιο επεξεργασίας τους, ενώ άλλα φυτά, αλλιεργονικούς σημασίας, καλλιεργούνται σε θερμοκήπια. Η συλλογή γίνεται από ειδικευμένο προσωπικό που παρακολουθεί την ανάπτυξη των φυτών και γνωρίζει την ακριβή ώρα και διάρκεια ανθοφορίας τους.

Η επεξεργασία των γυρεόκοικων, γίνεται κάτω από τις καλύτερες συνθήκες περιβάλλοντος και θερμοκρασίας (35°C), ώστε να παρασκευασθούν τα αποτελεσματικότερα διαλύματα για δερματικές διαδικασίες και ανοσοποιητικά εμβόλια.

Σε διάφορες χώρες με προηγμένη τεχνολογία και εμπειρία στην καλλιέργεια αλλεργιογόνων φυτών, υπάρχουν κατάλληλα οργανωμένα εργοστάσια και φαρμακευτικά εργαστήρια.

9.1.2. ΟΙ ΜΥΚΗΤΕΣ ΣΑΝ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ

Οι μύκητες, μαζί με τις γύρες των χορταριών και των ζιζανίων, είναι οι κυριώτερες αιτίες αλλεργικής ρινίτιδας.

Οι μύκητες, υποστηρίζει ότι, είναι οι πιο σημαντικές αιτίες αλλεργικών καταστάσεων που γίνονται με τη μεσολαβή των IgE ανοσοσφαιρινών, όπως το βρογχικό άσθμα, η ετήσια ρινίτιδα και ορισμένες καταστάσεις εκζέματος. Η έκθεση στους μύκητες, είναι, συνήθως, συνεχής όπως και η έκθεση στις σπόγγες, χωρίς καθορισμένα εποχιακά όρια.

Παρά τούτο, οι μύκητες που υπάρχουν στον ατμοσφαιρικό αέρα, μπορούν αδρά να καταμετρηθούν και διαπιστώθηκε, ότι μερικοί από αυτούς αφθονούν σε ορισμένες εποχές του έτους και έχουν δική τους οικολογία.

Μέσα στις κατοικίες των ανθρώπων, υπάρχουν σπόροι μυκήτων, κατά τη διάρκεια όλου του έτους. Είναι πολύ σπάνιο να είναι κανείς αλλεργικός μόνο στους μύκητες. Κατά κανόνα, οι ασθενείς παρούσιάζουν, ταυτόχρονα, ευαισθησία προ τους μύκητες και τις γύρεις, τα βακτηρίδια ή άλλα αλλεργιογόνα .

Οι μύκητες υπάρχουν, σε πολύ μεγάλους αριθμούς, σχεδόν σε οποιοδήποτε περιβάλλον. Έχουν βρεθεί μύκητες σε περιοχές με ξηρασία ή υγρασία, ακραία κλίμακα ψύχους ή θερμότητας, στα γλυκά αλλά και στα αλμυρά νερά κ.λ.π.

Οι μύκητες τρέφονται, είτε από νεκρό οργανικό υλικό, οπότε είναι σαπρόφυτα, ή από ζούσα ύλη και ιστούς , οπότε είναι παράσιτα.

Όλοι σχεδόν οι μύκητες αλλεργιογονικής σημασίας είναι σαπρόφυτα.

Δομή των μυκήτων και αναπαραγωγή τους.

Οι μύκητες ανήκουν στα θαλλόφυτα και περιλαμβάνουν 80.000 - 100.000 είδη . Παρά το μεγάλο τους αριθμό, διακρίνονται, κυρίως, από τις δύο βασικές δομές τους.

1. Οι μορφές μυκήτων με υφές.

Το σώμα αυτών των μυκήτων, οποτελείται από διακλαδούμενα νημάτια που λέγονται υφές. Η μαζα των υφών σχηματίζει το μυκήλιο. Οι ατελείς μύκητες αναπαράγονται με διαφοροποίηση εξειδικευμένων υφών που λέγονται κωνιδιοφόρες και φέρουν τα κωνίδια ή ασεξουαλικά όργανα που σχηματίζουν σπόρους .

Η μορφή αυτή αναπαραγωγής λέγεται ασεξουαλική. Οι σπόροι αυτών των μυκήτων ανευρίσκονται στον αέρα, το νερό, τα ζώα και τα έντομα.

Στην υπόταξη ατελών μυκήτων, περιλαμβάνονται οι περισσότεροι μύκητες αλλεργιογονικής σημασίας.

2. Οι ζύμες

Είναι μονοκύτταροι οργανισμοί που πολλαπλασιάζονται με απλή διαίρεση και δεν σχηματίζουν υφές.

Κυριώτεροι αλλεργιογόνοι μύκητες.

Οι πιο συνηθισμένοι αλλεργιογόνοι μύκητες είναι ο ALTERNANIA, ASPERGILLUS, CLADOSPORIUM (HORMODENDRUM) και ο PEMICILLIUM.

Η κατάταξη αυτή δεν έγινε μόνο με τη σειρά συχνότητας αλλά, και από το βαθμό αντίδρασης του δέρματος. Υπολογίζεται χονδρικώς ότι, το 85% των ασθενών, που είναι αλλεργικοί στους μύκητες, αντιδρούν σε έναν ή περισσότερους από τους παραπάνω μύκητες. Πολλοί ασθενείς αντιδρούν, ταυτόχρονα, και σε άλλους μύκητες, εκτός από τους τέσσερις κύριους που αναφέρθηκαν.

Συνθήκες ανάπτυξης μυκήτων.

Οι μύκητες δεν εξαφανίζονται τελείως με το ψύχος όπως οι γύρεις. Εν τούτοις, η πλειοψηφία των σπόρων των μυκήτων, που παρατηρείται τις ψυχρές περιόδους του έτους, που είναι αλλεργιογονικής σημασίας, έστω και αν, μερικοί σπόροι, που έχουν ήδη αναπτυχθεί, απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια των πρώτων ψυχρών ημερών.

Οι μύκητες αναπτύσσονται σε υποστρώματα που έχουν

υγρασία περιβάλλοντος 70% ή περισσότερο. Οι ανάγκες των μυκήτων σε οξυγόνο, ποικίλουν από καθόλου μέχρι πολύ υψηλά. Λίγοι μύκητες μπορούν να αναπτυχθούν σε ατμοσφαιρικό περιβάλλον διοξειδίου του άνθρακα περιεκτικότητας 50%.

Η αλλεργία στον ASPERGILLUS, MUCOR και PEMICILLIUM, είναι λιγώτερο συχνή, πιθανόν λόγω της μικρότερης συχνότητας που ανευρίσκονται στην ατμόσφαιρα ορισμένων γεωγραφικών περιοχών. Οι μύκητες αυτοί θεωρούνται μύκητες των εσωτερικών χώρων. Δεν παρουσιάζουν κάποια εποχιακή αύξηση και συνήθως είναι οι αιτίες των αλλεργιών που τα συμπτώματά τους διαρκούν όλο το έτος.

Οι παραπάνω μύκητες αναπτύσσονται όπου ευνοείται ο συνδιασμός ιδανικών συνθηκών θερμοκρασίας, υγρασίας και φωτός, πάνω σε οργανικό υλικό. Γενικά, η επίδραση του φωτός είναι ασήμαντη, μία κατοικία όμως, που παραμένει κλειστή και έχει κακή κυκλοφορία αέρα, γρήγορα γεμίζει μύκητες και μυρίζει μούχλα. Οι μύκητες αναπτύσσονται στους* τοίχους με υγρασία, στις κουρτίνες του λουτρού, στα δερμάτινα είδη, σε παραγεμισμένες ντουλάπες, κλινοσκεπάσματα, ενδύματα, φυτά που φυλλάσσονται μέσα στην κατοικία, εκτεθειμένα έξω από το ψυγείο τρόφιμα, ταπετσαρίες τοίχου, σκουπιδοτενεκέδες, περιοχές κάτω από τους νεροχύτες της κουζίνας, συσκευές ύγρανση του αέρα κ.λ.π.

Μεγάλη σημασία για την ευνοϊκή ανάπτυξη των μυκητών έχει ο τύπος κατασκευής μιας κατοικίας, η παλαιότητα της κατοικίας, η τοποθεσία και ορισμένα φυσικά χαρακτηριστικά του οικοδομήματος.

Οι σπόγγες του σπιτιού, τέλος, περιέχουν και μύκητες

Διάγνωση και θεραπεία της αλλεργίας στους μύκητες

Τα εκχυλίσματα αλλεργιογόνων των μυκήτων προκαλούν δερμοαντιδράσεις. Οι δερματικές δοκιμασίες μπορεί να είναι εντονότερες και αποφεύγονται. Προτιμούνται οι ενδοεπιδερμικές δοκιμασίες (PRICK TESTS), που είναι ασφαλείς.

Οι δερμοαντιδράσεις μπορεί να είναι άμεσου τύπου, αλλά και καθυστερημένες.

Σε περίπτωση αμφιβόλου ή αρνητικών δερμοαντιδράσεων σε ασθενείς με έντονη κλινική εικόνα, διενεργούνται IN VITRO δοκιμασίες.

Έλεγχος και προστασία από τα αλλεργιογόνα των μυκήτων.

Η καλύτερη μέθοδος ελέγχου της δράσης των μυκήτων, είναι η αποφυγή, η οποία, στην πράξη, δεν είναι τόσο απλή.

Βασικά, πρέπει να λαμβάνονται τα ακόλουθα μέτρα:

1) Πρέπει να απομακρύνονται από το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς, οι παλιές εφημερίδες, βιβλία, περιοδικά, χαρτιά, παλιά και βρώμικα κλινοσκεπάσματα και ενδύματα. Οι βιβλιοθήκες δεν πρέπει να παραμένουν σκονισμένες και να αερίζονται συχνά, αν παραμένουν κλειστές.

2) Οι χώροι που δεν αερίζονται και παραμένουν με υγρασία, θα πρέπει να τροποποιούνται και να ξηραίνονται με στεγανοποίηση των τοίχων και της οροφής και εξασφάλιση σταθερής θερμοκρασίας τις εποχές που αυξάνει η υγρασία (π.χ. τοποθέτηση καλοριφέρ).

3) Πρέπει να ελεγχονται, αν φιλοξενούν μύκητες, οι συσκευές κλιματισμού, τα λουτρά τύπου σάουνα, συσκευές ύγρανσης της ατμόσφαιρας, κλίβανοι, ηλεκτρικά πλυντήρια,

ψυγεία, βρύσες που έχουν διαρροές νερού νεροχύτες με υποκείμενες σωληνώσεις τους.

Γενικά, οι συσκευές κλιματισμού, μπορεί να περιορίσουν τον αριθμό των κυκλοφορούντων σπόρων των μυκήτων.

4) Τα φυτά που φιλοξενούνται μέσα στην κατοικία, τα ενυδρία ή μικρά θερμοκήπια, πρέπει να απομακρύνονται, καθώς , και τα ξηρά ή μαραμένα φυτά που τοποθετούνται σε ανθοδοχεία.

5) Όσοι εργάζονται σε περιβάλλον με μύκητες, πρέπει, προτού εισέλθουν στην κατοικία τους, να αλλάζουν ενδύματα, π.χ. αγρότες, ταπετσήρηδες , ξυλουργοί, στρωματοποιοί, μυλεργάτες, επιπλοποιοί, γεωπόνοι κ.λ.π.

Τα μαξιλάρια που έχουν πούπουλα, πρέπει να αντικαθίστανται με άλλο υλικό π.χ. ίνες DACRON, που δεν συγκρατούν μύκητες. Αλλά και αυτό το υλικό, πρέπει να ανανεώνεται συχνά.

6) Το χιόνι που συσσωρεύεται στις οροφές των σπιτιών, στις περιοχές με χιονόπτωση, πρέπει να καθαρίζεται έγκαιρα, και να μην αφήνεται να λιώνει, γιατί, η υγρασία που διατηρείται, αναπτύσσει τους μύκητες.

7) Υπάρχουν συσκευές ηλεκτροστατικές, που αν εγκατασταθούν σε μια κατοικία, απομακρύνουν τους περισσότερους σπόρους μυκήτων.

8) Τα ενδύματα και εσώρουχα στα ερμάρια, δεν πρέπει να είναι συνωστισμένα, αλλά να αερίζονται συχνά και τα ερμάρια να είναι ξηρά.

9) Αν η κατοικία βρίσκεται στο ισόγειο και διατηρεί υγρασία, συνίσταται η αλλαγή κατοικίας ή η εγκατάσταση των υπνοδωματίων, να γίνει σε υψηλόετρο όροφο.

10) Όταν χρησιμοποιούνται βαφές ξύλων, πρέπει να περιέχουν κάποιο μυκητοκτόνο παράγοντα, διαφορετικά, δεν προστατεύουν τις ξύλινες επιφάνειες από τους μύκητες που μπορεί να αναπτυχθούν μέσα στη βαφή και κάτω από αυτή.

11) Όσοι εργάζονται σε σκονισμένο περιβάλλον, πρέπει να φορούν κατάλληλη προστασία.

12) Αν κανείς θέλει να αφαιρέσει μύκητες από κάποια επιφάνεια, μπορεί να χρησιμοποιήσει διάφορα μυκητοκτόνα, όπως, διάλυμα χλωριούχου βενζαλκονίου 17%. Επίσης το διάλυμα διθειώδους Νατρίου, αποτελεί άριστο μυκητοκτόνο.

9.1.3. ΣΚΟΝΗ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ, ΑΚΑΡΕΑ ΤΗΣ ΣΚΟΝΗΣ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ (HOUSE DUST MITES), ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ

Σκόνη του σπιτιού

Η σκόνη του σπιτιού, ευθύνεται για τις περισσότερες περιπτώσεις ετήσιας αλλεργικής ρινίτιδας ή άσθματος σε ασθενείς που μπορεί να βελτιώνονται κατά τους θερινούς μήνες ή όταν βρίσκονται έξω από την κατοικία τους.

Στο ιστορικό τους, μπορεί να αναφέρονται πολλαπλά παρνίσματα, ρινόρροια, δακρύρροια και ελαφρό άσθμα, μόλις εκτεθούν σε περιβάλλον σκόνης ή όταν τινάζουν κλινοσκεπάσματα.

Η σκόνη θεωρείται παγκόσμιο αντιγόνο και οι περισσότεροι αλλεργικοί, παρουσιάζουν κάποιου βαθμού ευαισθησία προς αυτή. Ορισμένες σκόνες είναι αλλεργιογόνες, ενώ, άλλες δεν είναι. Οι σκόνες που περιέχουν ανόργανα συστατικά, δρουν κυρίως σαν ερεθιστικές ουσίες, ενώ, εκείνες που περιέχουν οργανικά προϊόντα, συνήθως είναι έντονα αλλεργιογόνες. Η σκόνη

του σπιτιού είναι πανταχού παρούσα και πρέπει να διαπιστώνεται, σε ποιό βαθμό είναι ευαίσθητα τα άτομα προς αυτήν.

Οι αλλεργικοί στη σκόνη, χειροτερεύουν όταν βρίσκονται στο σπίτι τους, παρά όταν βρίσκονται στο ύπαιθρο, καθώς και όταν σκουπίζουν ή ξεσκονίζουν την κατοικία τους. Τα συμπτώματα τους υποτροπιάζουν ή γίνονται χειρότερα, με την αλλαγή του καιρού προς το ψυχρότερο και με το ξεκίνημα της θέρμανσης του σπιτιού, ιδίως με αερόθερμα, θερμοσυσσωρευτές και άλλες συσκευές που κινητοποιούν σκόνη. Επίσης, η κατασκευή των ασθενών χειροτερεύει, όταν πηγαίνουν στο κρεβάτι, γιατί, η σκόνη είναι το τελικό προϊόν της αποσύνθεσης ζωντανής ύλης που, συνθήως μένει στα στρώματα και τα μαξιλάρια, που, είναι πηγές σκόνης.

Στο περιβάλλον της εργασίας, υπάρχουν ποικίλες σκόνες π.χ. δημητριακών (αγρότες, παντοπώλες, νοικοκυρές κ.λ.π.). Οι σκόνες των δημητριακών, μεταφέρονται στην κατοικία με τα ενδύματα των παραπάνω εργαζομένων ευαισθητοποιώντας και τα λοιπά μέλη της οικογένειας. Επί, πλέον οι σκόνες του περιβάλλοντος εργασίας, μπορεί να περιέχουν και σπόρους μυκήτων.

Στις σκόνες του ξύλου ευαισθητοποιούνται οι ξυλουργοί, ξυλοκόποι, επιπλοποιοί κ.λ.π. Οι δάσκαλοι και οι λοιποί εκπαιδευτικοί, αντιδρούν στη σκόνη της κιμωλίας, όπως και καπνεργάτες, στη σκόνη του καπνού.

Συστατικά της σκόνης του σπιτιού.

Η σκόνη του σπιτιού είναι η πιο ετερογενής απ'όλα τα αλλεργιογόνα, γιατί αποτελείται από μίγμα ουσιών ζωϊκής και φυτικής προελεύσεως. Η σκόνη μπορεί να

δημιουργήσει ευαισθησία με μεγάλες ομαδες αντιγόνων που περιέχει. Τα περισσότερα αντιγόνα είναι προϊόντα διάσπασης οργανικού υλικού και ιδιαίτερα των μικροσκοπικών ακάρεων της σκόνης του σπιτιού. Τα προϊόντα της φυσικής ή χημικής φθοράς των επίπλων, περιέχουν θραύσματα ινών (βάμβακος, μαλλιού, λινού κ.λ.π.) και διασπασμένης κυτταρίνης που μετατρέπονται σε αντιγόνα. Έχει αποδειχθεί ότι, εκχυλίσματα από βαμβάκι πρόσφατης παραγωγής, δεν προκαλούν θετικές δερμοαντιδράσεις, ενώ τα εκχυλίσματα παλαιών ινών βαμβακιού προκαλούν θετικές δερμοαντιδράσεις στους ίδιους ασθενείς.

Η σκόνη μιας κατοικίας, μπορεί να περιέχει αντιγόνα που δεν υπάρχουν στη σκόνη μιας άλλης και αντιστρόφως.

Τα ακάρεα της σκόνης του σπιτιού.

Τα αλλεργιογόνα της σκόνης.

Η αντιγονικότητα της σκόνης του σπιτιού οφείλεται στα ειδικά αλλεργιογόνα που περιέχει. Το μείγμα της σκόνης του σπιτιού, περιέχει συνήθως σπόρους μυκήτων, υφές μυκήτων, μύκητες, θραύσματα φυτικών ινών και ζωικών τριχών, αλλεργιογόνα κατσαρίδων, επιθήλια επιδερμίδας ζώων και ανθρώπων, βακτηρίδια και κατάλοιπα τροφών. Δεν είναι ξεκαθαρισμένο, ποιο υλικό, από τα παραπάνω, αποτελεί το ισχυρότερο ή κυριότερο αλλεργιογόνο της σκόνης του σπιτιού. Η παλιά σκόνη, που έχει διατηρηθεί σε ένα σπίτι, κλειστό για αρκετούς μήνες, έχει μεγαλύτερη αλλεργιογονικότητα, όπως φάνηκε τουλάχιστον στις δερμοαντιδράσεις που έγιναν με εκχυλίσματά της.

Ο ρόλος των μυητών, των βακτηριδίων και των επιδερμικών επιθηλίων, βρίσκεται υπό αμφισβήτηση. Οι μελέτες της αντιγονικότητας των εντόμων και των αραχνών που φιλοξενούνται στις σκόνες, έδειξαν ότι δεν πρέπει να θεωρούνται σαν ισχυρά αντιγόνα. Όμως, αποδείχθηκε ότι τα αλλεργιογόνα της κατσαρίδας, αποτελούν πηγή ισχυρών αλλεργιογόνων της σκόνης του σπιτιού. Επίσης, έχουν εντοπιστεί μείζονα αλλεργιογόνα της κατσαρίδας.

Σήμερα, υποστηρίζεται ότι τα ακάρεα της σκόνης του σπιτιού, είναι η πηγή των κυριωτέρων αλλεργιογόνων της σκόνης, που προκαλούν στους ανθρώπου αλλεργικές αντιδράσεις τύπου I.

Πρόληψη ανάπτυξης αλλεργίας στα ακάρεα της σκόνης του σπιτιού.

Υποστηρίζεται ότι, τα διαμερίσματα που έχουν χαμηλή απόλυτη εσωτερική υγρασία κατά τη διάρκεια του χειμώνα, (λόγω χαμηλής στάθμης υδρατμών), δεν περιέχουν αξιοσημείωτες συγκεντρώσεις ακάρεων. ΣΥνεπώς, οι κατοικίες που βρίσκονται στα εύκρατα κλίματα, πρέπει να θερμαίνονται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργείται και κατάλληλη ξηρασία. Δίνεται έμφαση στον παράγοντα υγρασία του εσωτερικού περιβάλλοντος των σπιτιών για να λαμβάνονται μέτρα περιορισμού της, με τον κατάλληλο τρόπο κατασκευής των σύγχρονων κατοικιών.

Διάγνωση και θεραπεία.

Χρησιμοποιούνται με επιτυχία οι ενδοεπιδερμικές δοκιμασίες (PRICK TESTS). Σε αμφίβολες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται IN VITRO δοκιμασίες με τυποημένα αλλεργιογόνα για το κάθε άκαρι.

Η παρασκευή τυποποιημένων εκχυλισμάτων σκόνης, είναι πολύ δύσκολη, γιατί η κάθε παρασκευαζόμενη παρτίδα, έχει και διαφορετική σύσταση, γι' αυτό και τα αποτελέσματα της ανοσοθεραπείας, δεν είναι πάντοτε ενθουσιώδη. Ατίθεται, τα εκχυλίσματα ακάρεων της σκόνης του σπιτιού, είναι τυποποιημένα και καθαρά σε σημαντικό βαθμό και χρησιμοποιούνται με μεγάλο βαθμό επιτυχίας.

Ο ασθενής, πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι, θα ωφεληθεί τα μέγιστα, αν βρει τρόπους αποφυγής της σκόνης του σπιτιού.

9.1.4. ΤΑ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ΣΑΝ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ

Ο ρόλος των βακτηριδίων στην πρόκληση αλλεργία και η χρησιμότητα των ενδοδερμικών δοκιμασιών με βακτηριδιακά αντιγόνα, έχει αμφισβητηθεί από την αρχή του αιώνα μας. Μερικοί υποστήριξαν ότι οι δερματικές δοκιμασίες με συνηθισμένους μικροοργανισμούς που προσβάλλουν το αναπνευστικό σύστημα, είναι πρακτικά άχρηστες, προκειμένου να αξιολογηθεί η αλλεργία.

Αντιδράσεις επιβραδυνόμενου τύπου, συμβαίνουν συχνά, σε οποιοδήποτε φυσιολογικό πληθυσμό, πράγμα που δείχνει ότι έχει προηγηθεί κάποια έκθεση σε αυτούς τους μικροοργανισμούς.

Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η βακτηριαδική αλλεργία, παραμένει αίνιγμα. Είναι γνωστό ότι οι λοιμώξεις, μπορεί να προκαλέσουν βρογχικό άσθμα. Μόλις περάσει η κρίση, μπορεί να ακολουθήσουν και άλλα επεισόδια, που το καθένα σχετίζεται με νέα λοίμωξη, όχι όμως απαραίτητα από τον ίδιο μικροοργανισμό.

Άλλοι συγγραφείς αναγνωρίζουν την βακτηριδιακή υπερευαισθησία σαν σημαντικό μηχανισμό σε μια ομάδα

αλλεργικών νόσων. Υπάρχουν εργασίες που συσχετίζουν τις δερματικές δοκιμασίες, τις δοκιμασίες πρόκλησης και τον Ανασταλτικό Παράγοντα της Μετανάστευσης (Migration Inhibition Factor - ΜΙΦ), με τη βακτηριδιακή υπερευαισθησία.

Διάφοροι ερευνητές έχουν μελετήσει διάφορα μικρόβια, σαν αιτίες αλλεργικής ρινίτιδας, και άσθματος, που είχαν χαρακτηριστεί παλαιότερα, σαν λοιμώδης ρινίτις ή λοιμώδες άσθμα. Είναι άξιο να αναφερθεί ότι η ετήσια ρινίτιδα, βακτηριδιακής αιτιολογίας, που από καιρό ήταν σε αμφισβήτηση, βρέθηκε να είναι συνηθέστερη στις γυναίκες, παρά στους άνδρες (Lichtenstein and Norman, 1971).

Ενδείξεις αναζήτησης βακτηριδιακής αλλεργίας.

Οι ενδοδερμικές δοκιμασίες με εκχυλίσματα βακτηριδιακών αντιγόνων, γίνονται σε περιπτώσεις αλλεργικών καταστάσεων, οι οποίες έχουν δείξει αρνητικές ενδοεπιδερμικές δοκιμασίες και δοκιμασίες RAST για τα συνήθη αλλεργιογόνα.

Παρουσία βακτηριδιακής αλλεργίας αναζητείται στις ακόλουθες καταστάσεις:

1) Επίμονη ετήσια αλλεργική ρινίτιδα με καθ' υποτροπήν ιγμορίτιδες ή μέσες ωτίτιδες, στις οποίες, έχουν αποκλειστεί, σαν αιτιολογικοί παράγοντες, τα διάφορα άλλα αλλεργιογόνα (γύρεις, σκόνη, ακάρεα, μύκητες, επιθήλια ζώων, τροφές).

2) Καθ' υποτροπήν οξεία μέση εικριτική ή πυώδης ωτίτιδα ή καθ' υποτροπήν χρόνια μέση ωτίτιδα με ωτόρροια και ιδιαίτερα, πριν από τη διενέργεια τυμπανοπλαστικής.

3) Αλλεργικά συμπτώματα, όπως, ο επίμονος πυώδης ή μη οπισθορινικός κατάρρους, η αλλεργική ρινοφαρυγγίτιδα, λαρυγγίτιδα, ο χρόνιος αλλεργικός βήχας και οι

περιπτώσεις επιμόνου άσθματος, που, έχει χαρακτηριστεί σαν ενδογενές.

4) Όλες οι παραπάνω κλινικές καταστάσεις, οι οποίες, ερευνήθηκαν με τα συνηθισμένα αλλεργιογόνα και αποδείχθηκαν οι ευαισθησίες προς αυτά. Παρά τούτο όμως, και την ανοσοθεραπεία που ακολούθησε, τα αλλεργικά συμπτώματα δεν βελτιώθηκαν.

5) Αν, κατά την αναζήτηση ευαισθησίας προς τα συνήθη αλλεργιογόνα, βρεθεί ευαισθησία προς ένα μόνο αλλεργιογόνο, συνίσταται και η αναζήτηση και της βακτηριδιακής αλλεργίας .

Αν, όμως, βρεθούν ευαισθησίες προς περισσότερα του ενός, αλλεργιογόνα, π.χ. γύρεις, ακάρεα σκόνης του σπιτιού, δεν έχει νόημα η αναζήτηση της βακτηριδιακής αλλεργίας, γιατί δεν συνίσταται η ανοσοθεραπεία, με περισσότερα από δύο, αλλεργιογόνα, διαφορετικής φύσης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ

Η διάγνωση της αλλεργίας στηρίζεται στη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση, τις εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις.

Αξιοπιστία του αλλεργιολογικού ιστορικού

Από το ιστορικό των αλλεργικών ασθενών, δεν βγαίνουν στατιστικώς αξιόπιστα αποτελέσματα, όσον αφορά την αναύρεση της αιτίας της αλλεργίας. Παρά τούτο όμως, το ιστορικό πρέπει να χρησιμοποιείται ταυτόχρονα με τα άλλα διαγνωστικά μέσα.

Η αναξιπιστία των αλλεργικών ιστορικών, οφείλεται, κυρίως σε υποκειμενικούς παράγοντες, όπως, η μνήμη του ασθενούς, η ικανότητα του γιατρού για επικοινωνία με τον άρρωστο, η ανεπαρκής κατανόηση, από πλευράς ασθενούς, των ερωτήσεων του γιατρού, ο διαθέσιμος χρόνος, από γιατρό και ασθενή, η ειλικρίνεια του ασθενούς κ.λ.π.

Περιορισμοί του ιστορικού

Με το ιστορικό, μπορεί να μπουν περιορισμοί στη διάγνωση, έτσι, ένα σύμπτωμα μπορεί να αποδοθεί σε ένα αλλεργιογόνο, ενώ, στην πραγματικότητα μπορεί να οφείλεται σε πολλαπλά.

Ο ασθενής μπορεί να περιγράψει την συμπτωματολογία του, την εποχή της ανθοφορίας. Τούτο δεν σημαίνει ότι, η κατάσταση του δεν επηρεάζεται και από άλλα αλλεργιογόνα, άσχετα προς τις γύρεις.

Άλλα ιστορικά, ενώ έδειχναν σαν πιθανό αιτιολογικό παράγοντα τις γύρεις, εν τούτοις, το ένοχο αλλεργιογόνο ήταν οι μύκητες της ατμόσφαιρας, όπως αποδείχθηκε με τις δερματικές δοκιμασίες και τη δοκιμασία RAST.

Άλλες δυσχέρειες, που εμφανίζονται κατά τη λήψη του ιστορικού, είναι η αναξιόπιστία και η αδυναμία εξακρίβωσης των πληροφοριών αλλεργίας στο οικογενειακό δένδρο.

Οι τυπικές εικόνες, που περιγράφουν οι ασθενείς για τις παθήσεις τους, δεν δημιουργούν προβλήματα. Εκεί που πρέπει να δίδεται προσοχή, είναι οι περιγραφές των ατύπων συμπτωματολογικών, όπως από το αναπνευστικό, οι πονοκέφαλοι, οι ζάλες, γαστρεντερικές διαταραχές κ.λ.π.

Τα συμπτώματα των παιδιών, μπορεί, για αρκετό καιρό, να παραπλανούν τους γονείς και το γιατρό. Αναπνευστικές αλλεργίες, που εκδηλώνονται με στοματική αναπνοή, ρινική συμφόρηση, εικριτική ή πυώδη μέση-ωτίτιδα, χρόνια βήχα, μπορεί να αντιμετωπίζονται σαν κρυολόγημα ή υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων, ή σαν ιγμορίτιδα.

Ακολουθεί ένα βασικό υπόδειγμα λήψεως ιστορικού από αλλεργικό ασθενή, που μπορεί να συμπληρώνει μόνος του ή μαζί με γιατρό ώστε να εξηγούνται οι πιθανές απορίες του. (ΠΙΝΑΚΑΣ):

Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Ο Α Λ Λ Ε Ρ Γ Ι Α Σ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΠΟΛΗ, ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ):

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΚΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ:

ΠΟΙΕΣ ΕΠΟΧΕΣ ΕΧΕΤΕ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
-----------------------------------	-----	-----	-------------

Όλο το έτος

Ιανουάριος

Φεβρουάριος

Μάρτιος

Απρίλιος

Μάιος

Ιούνιος

Ιούλιος

Αύγουστος

Σεπτέμβριος

Οκτώβριος

Νοέμβριος

Δεκέμβριος

Ποιοι οι χειρότεροι μήνες;

Πότε άρχισαν τα συμπτώματα;

Τι συνέβη πριν από τη πρώτη προσβολή;

Οι κρίσεις των συμπτωμάτων είναι : Ξαφνικές

βαθμιαίες

συχνές

ΠΟΙΕΣ	ΩΡΕΣ	ΤΗΣ	ΗΜΕΡΑ	ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
Πρωίνες							
Μεσημβρινές							
Μεταμεσημβρινές							
Κατά τη διάρκεια του ύπνου							
Προ γευμάτων							
Μετά γευμάτων							

Σε ποιο τόπο εκδηλώνονται τα συμπτώματα:

Μ	Υ	Τ	Η	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
Έχετε προβλήματα με τη μύτη σας;						
Τρέχει καθαρό άχρουν υγρό;						
Τρέχει παχύ κίτρινο υγρό;						
Έχετε φαγούρα ;						
Έχετε ξηρότητα μέσα στη μύτη ;						
Φταρνίζεστε συχνά ;						
Έχετε μόνιμη δυσκολία ρινικής αναπνοής;						
Έχετε μπόκωμα στη μύτη;						
Αιμοραγείτε από τη μύτη;						
Αναπνέετε από το στόμα ;						
Ροχαλίζετε;						

Μ	Α	Τ	Ι	Α	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
Το πρόβλημα με τα μάτια είναι:							
Κοικίνισμα							
Φαγούρα							
Δάκρυα							
Πρισμένα βλέφαρα							

Άλλο πρόβλημα

ΔΕΡΜΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
-------	-----	-----	-------------

Έχετε έκζεμα :

Έχετε εξάνθημα:

Έχετε κοκκινίλες;

Έχετε φαγούρα;

Το ερωτηματολόγιο μπορεί να επεκταθεί και σε άλλα όργανα ή συστήματα, όπως: Αυτιά, στόμα, γλώσσα, φάρυγγα, θώρακα, πεπτικό, σύμφωνα με την κρίση του εξετάζοντος.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Έχει κανείς από τους άμεσους

συγγενείς αλλεργία

Έχει κανείς αλλεργική ρινίτιδα

Έχει κανείς αλλεργικό άσθμα;

Έχει κανείς έκζεμα ;

Έχει κανείς ιγμορίτιδα;

Έχει κανείς κνίδωση;

Έχει κανείς, συχνές

βρογχίτιδες

ημικρανίες

οιδήματα

ευαισθησία στις τροφές;

Α φού ληφθεί το ιστορικό, ακολουθεί πλήρης κλινική εξέταση και οι αλλεργικές δοκιμασίες IN VIVO IN VITRO.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, ακολουθεί η κλινική εξέταση, κατά συστήματα, δίνοντας βαρύτητα στις περιοχές και στα όργανα που συνήθως, γίνονται στόχοι της αλλεργίας.

Α. ΠΡΟΣΩΠΟ: Αναζητούν περιοχές οιδήματος του προσώπου ή των χειλέων, των βλεφάρων, της παρείας κ.λ.π.

Β. ΜΥΤΗ: Με την επισκόπηση, παρατηρείται η οριζόντια αύλακα που δημιουργείται κοντά στην κορυφή της μύτης, από το χόριο και επανείλημμένο αλλεργικό χαιρετισμό (τρίψιμο της μύτης με την παλάμη, με κατεύθυνση προς τα πάνω). Κατά την πρόσθια ρινοσκόπηση, αξιολογείται το χρώμα του βλεννογόνου της ρινικής κοιλότητας και η παρουσία οιδήματος στις ρινικές κόγχες. Δυνατόν να συνυπάρχει ποικίλου βαθμού σκολίωση του ρινικού διαφράγματος ή άλλες ανατομικές ανωμαλίες.

Παρατηρείται η ποσότητα και η ποιότητα των ρινικών εκκρίσεων, αναζητούνται πολύποδες ή ξένα σώματα μέσα στις ρινικές θαλάμους.

Ελέγχεται η ικανότητα της ρινικής αναπνοής, από το κάθε ρώθωνα. Βλέποντας τον ασθενή και ιδίως στα παιδιά, αναζητείται το χαρακτηριστικό 'αλλεργικό προσωπίο'.

Γ. ΣΤΟΜΑ ΚΑΙ ΦΑΡΥΓΓΑΣ : Η ανεύρεση γεωγραφικής γλώσσας, μπορεί να έχει σχέση με την παρουσία τροφικής αλλεργίας. Το στόμα του αλλεργικού παιδιού, παραμένει συνήθως μισάνοικτο.

Το πρόσωπο προσλαμβάνει το 'Αλλεργικό προσωπείο'. Η αδενотоμή στα αλλεργικά παιδιά βελτιώνει, προσωρινά, την κατάσταση, αλλά, η δυσχέρεια της αναπνοής, συνεχίζεται, μαζί με όλα τα αλλεργικά συμπτώματα. Στο οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα, παρατηρείται ένας οπισθορινικός κατάρρους, που, οφείλεται στην παροχέτευση των ρινικών κοιλιοτήτων και των παραρρινίων κόλπων. Αν υπάρχει και επιμόλυνση, τότε παρατηρείται ένας πυώδης οπισθορινικός κατάρρους. Η επίμονη στοματική αναπνοή, προκαλεί ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος και του ρινοφάρυγγα. Η συνεχής στοματική αναπνοή, ευνοεί την υπερτροφία των ούλων και τις ορθοδοντικές ανωμαλίες.

Δ. ΟΦΘΑΛΜΟΙ : Στα αλλεργικά άτομα και ιδίως τα παιδιά, παρατηρούνται μελανοί κύμλοι, κάτω από τα κάτω βλέφαρα, που μπορεί να συνοδεύονται από οίδημα ή αύξηση της ρητίδωσης αυτών των περιοχών. Οι μαύροι κύμλοι, παρατηρούνται στα ατοπικά άτομα, όλων των φυλών και στα δύο φύλλα, αλλά σπάνια, αναπτύσσονται πριν από το πρώτο έτος, γιατί η διαδικασία εγκατάστασης τους χρειάζεται περίπου ένα έτος.

Στα παιδιά, με αλλεργική προδιάθεση, παρατηρούνται μακριές, σαν από μετάξι βλεφαρίδες. Στα παιδιά με χρόνια ετήσια αλλεργική ρινίτιδα, δυνατόν να παρατηρηθεί ένας τύπος εκζέματος στην περοχή του άνω χείλους του άνω βλεφάρου.

Ο ασθενής, δυνατόν να αναφέρει ήριθάραια που ευνοούνται από την ατοπική κατάστασή ^{ου}. Σε ασθενείς, με χρόνια αλλεργική ρινίτιδα, που συχνά, μπορεί να συνυπάρχει με ατοπική δερματίτιδα ή άσθμα, μπορεί να αναπτυχθεί ο αλλεργικό ψευδόπαννος (τόξο). Οι ασθενείς

με οξεία εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα, παραπονιούνται για καύσο ή κνησμό των οφθαλμών και έντονη και συνεχή δακρύρροια.

Πάντοτε, γίνεται βυθοσκόπηση και αναζητείται η παρουσία καταρράκτη, που συχνά, σχετίζεται με την ατοπική κατάσταση και την τοπική εφαρμογή κορτικοειδών.

Ε. ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΟΙ ΚΟΛΠΟΙ: Γίνεται έλεγχος των ιγμορίων και των μετωπιαίων κόλπων με υπέρηχους.

Στα παιδιά αρκεί, συνήθως, ο υπερηχογραφικός έλεγχος.

Στους ενήλικες, εφόσον τα υπερηχογραφήματα, δείχνουν μερική ή ολική πληρότητα των παραρρίνιων κόλπων, συνίσταται ακτινογραφικός έλεγχος ιγμορείων. Αναζητείται η πιθανή επιμόλυνση των εκκρίσεων της αλλεργικής ιγμορίτιδας. Οι περιοχές των παραρρίνιων κόλπων ψηλαφούνται με τους αντίχειρες και αναζητείται η παρουσία επώδυνων περιοχών. Ψηλαφάται ο τράχηλος και οι πλαγίες περιοχές του ουκένα, για την παρουσία διογκωμένων λεμφαδένων.

Αναζητείται η πιθανή επιμόλυνση των εκκρίσεων της αλλεργικής ιγμορίτιδας.

ΣΤ. ΜΕΣΑ ΩΤΑ: Κατά την ωτοσκόπηση, παρατηρούνται τα τύμπανα και αναζητεί η παρουσία εκκριτικής ή χρόνιας μέσης ωτίτιδας. Αξιολογείται η λειτουργικότητα της ευσταχιανής σάλπιγγας με την ικανότητα του ασθενούς να κάνει τη δοκιμασία VALSALVA. Αν διαπιστωθεί βαρηκοΐα, έστω και ηπίου βαθμού, συνίσταται τυμπανομετρικός και ακουομετρικός έλεγχος.

Ζ. ΘΩΡΑΚΑΣ : Ο θώρακας εξετάζεται λεπτομερώς, με την επισκόπηση, ψηλάφηση, επίκρουση, και ακρόαση. Τα ευρήματα ποικίλουν ανάλογα με την κατάσταση του

ασθενούς . Κατά τις ασθματικές κρίσεις παρατηρείται υπεραερισμός και έντονος συριγμός. Στο χρόνιο άσθμα, παρατηρείται αύξηση της προσθιοπίσθιας διαμέτρου του θώρακα.

Η. ΔΕΡΜΑ: Αξιολογείται η κατάσταση του δέρματος. Αναζητούνται περιοχές με δερματίτιδα ή έκζεμα, ιδίως στα στόμια των έξω ακουστικών πόρων, το κρανίο, τα δάχτυλα και καμπτικές επιφάνειες των άκρων.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ

Ο ρόλος του εργοστηρίου στη διάγνωση της αλλεργίας, είναι μόνο βοηθητικός, σε όσες περιπτώσεις, το ιστορικό, η κλινική εξέταση και οι δερματικές δοκιμασίες είναι αμφίβολα .

Α. Γενική εξέταση αίματος και τύπος λευκοκυττάρων.

Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι, κατά κανόνα, φυσιολογικός, εκτός από τις περιπτώσεις αύξησης των ενδογενών ή εξωγενών καταιχολαμινών ή τη συνύπαρξη κάποιας μόλυνσης.

Β. Ολική αριθμηση ηωσινοφίλων

Οι φυσιολογικές τιμές του απόλυτου αριθμού των ηωσινοφίλων είναι από 0-450 κύτταρα /CU MM στους ενήλικες και 50-700 κύτταρα/CUMM στα παιδιά, ενώ, στα νεογνά είναι 20 -850 κύτταρα /CUMM.

Η ανεύρεση ποσοστού ηωσινοφίλων από 5-15% δεν αποτελεί ειδικό εύρημα, αλλά, αποτελεί ένδειξη παρουσίας ατοπίας.

Ηωσινοπενία παρατηρείται μετά από χορήγηση κορτικοστεροειδών, τα οποία, έτσι, καλύπτουν την ηωσινοφιλία.

ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ IgE

Το 1967, ο JOHANSSON αναφέρει, για πρώτη φορά, ότι, παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα των ολικών IgE του ορού, ασθενών, που έπασχαν από ατοπικό άσθμα. Οι τιμές των ολικών IgE σε ατοπικούς ασθενείς, ήταν επταπλάσιες, σε σχέση με τις τιμές που παρατηρήθηκαν, σε φυσιολογικά άτομα ή ασθενείς με ενδογενείς άσθμα. (Το εύρημα αυτό δείχνει ότι το επίπεδο των ολικών IgE του ορού, σχετίζεται με την ατοπική κατάσταση).

Μέθοδοι Μέτρησης των ολικών IgE του Ορού.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι in vitro που εφαρμόζονται στον καθορισμό των ολικών IgE του ορού. Η μία μέθοδος είναι η ραδιοανοσοδοκιμασία (Radio Immuno Assay) και η άλλη είναι η ενζυμοανοσοδοκιμασία (Enzyme Immuno Assay).

Στην ραδιοανοσοδοκιμασία (Phadabas IgE PRIST), χρειάζεται μετρητής γ-ακτινοβολίας, ενώ στην ενζυμοανοσοδοκιμασία (EIA, ELISA Phadazym IgE PRIST), χρειάζεται φωτόμετρο.

Δοκιμασίες Πρόκλησης

Οι ριניκές δοκιμασίες μπορεί να βοηθήσουν σε περιπτώσεις που οι δερματικές δοκιμασίες δεν ανταποκρίνονται προς το ιστορικό. Οι δοκιμασίες προκλήσεως, γίνονται σε εποχές ύφεσης των συμπτωμάτων και εφ' όσον ο ασθενής έχει διακόψει τα αντιαλλεργικά φάρμακα για 48h. Σε κάθε συνεδρία, γίνεται έλεγχος του ενός μόνο αλλεργιογόνου και εφ' όσον έχει εξακριβωθεί προηγουμένως ότι το διαλυτικό μέσο δεν προκαλεί οποιαδήποτε αντίδραση.

Μπορεί να εφαρμοστεί η δοκιμασία στον επιπεφυκότα και η ρινική δοκιμασία πρόκλησης. Το διάλυμα που περιέχει το αλλεργιογόνο, έχει αραίωση 1:1000. Σ επερίπτωση που το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, μπορεί να χρησιμοποιηθούν πυκνότερα διαλύματα 1:500, 1:100. Το διάλυμα που εφαρμόζεται στον επιπεφυκότα, είναι ισότονο. Ενοσταλλάσσονται δύο σταγόνες στον επιπεφυκότα ή στον ρώθωνα. Στους ρώθωνες μπορεί να εκτοξευθεί διάλυμα υπό μορφήν σπρέϋ.

ΣΤον άλλο ρώθωνα, τοποθετούνται δύο σταγόνες από φυσιολογικό ορό. Τα προκαλούμενα συμπτώματα αξιολογούνται μετά από 10-20' και μπορεί να είναι: επιπεφυκίτες: υπεραϊμία, δακρύροια, οίδημα βλεφάρων, κνησμός μύτη: κνησμός καταρροή, φτάρνισμα, ωχρός και συμφορητικός βλεννογόνος των ρινικών κόγχων. Η μέτρηση των αντιδράσεων και η αντίσταση της ροής του αέρα, γίνονται με το ρινομανόμετρο. Η ρινομανομετρία, προς το παρόν, χρησιμοποιείται για ερευνητικούς λόγους.

Τα μειονεκτήματα των παραπάνω δοκιμασιών, είναι τα εξείς: Είναι χρονογόρα, σε καθε συνεδρία μπορεί κανείς να εξετάσει μόνο ένα αλλεργιογόνο, δεν μπορούν να εφαρμοσθούν όταν η αλλεργία βρίσκεται σε έξαρση και μπορεί να προκαλέσουν συστηματικές αντιδράσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΡΙΝΙΤΙΔΕΣ.

11.1. ΡΙΝΙΤΙΔΕΣ.

Συχνότητα

Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό γύρω στο 20% του Ελληνικού πληθυσμού επισκέπτεται τους ωτορινολαρυγγολόγους παραπονούμενο για συμπτώματα χρόνιας ρινίτιδας. Η αλλεργική ρινίτιδα μόνον προσβάλλει κάθε χρόνο 6 - 10% του πληθυσμού σε βαρύτητα που ποικίλει. Στο ποσοστό αυτό περιλαμβάνονται και τα παιδιά που εξ αιτίας της αλλεργικής ρινίτιδας παθαίνουν μείζονα δευτεροπαθή προβλήματα του ανωτερου αναπνευστικού συστήματος. [Η χρόνια αλλεργική αλλά και άλλες μορφές ρινίτιδας είναι η αιτία και ο προδιαθεσικός παράγοντας άλλων παθολογικών καταστάσεων με τις οποίες μπορεί να συνυπάρχουν όπως: Η μέση εκκριτική ωτίτιδα, η χρόνια ιγμορίτιδα, χρόνια ρινοφαρυγγίτιδα, άσθμα, ανεπάρκειες στην ομιλία, την ακοή και την ικανότητα εκμάθησης της γλώσσας.]

Κάθε ρινίτιδα που χρονίζει δεν είναι υποχρεωτικά και αλλεργικής αιτιολογίας. Αναφέρεται ότι στο 60 - 70% των περιπτώσεων χρόνιας ρινίτιδας, το αίτιο παραμένει ακαθόριστο. Κατά το παρελθόν αλλά και σήμερα ακόμη αναγκάζονται οι ωτορινολαρυγγολόγοι να χρησιμοποιούν τους όρους "ένδογενής..", "αγγειοκινητική.. συγκινησιακή ρινίτιδα ή ρινίτιδα από "STRESS.."

[Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην αδυναμία ανεύρεσης του αιτίου που προκάλει την χρονιότητα της ρινίτιδας.

Εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες που επηρεάζουν το ρινικό βλεννογόνο.

Οι ρινικές νόσοι οφείλονται σε διάφορα αίτια όπως τα:

νευρικά, τα ανατομικά, τα αγγειακά και από επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος. Έχει υπολογιστεί ότι κάθε άτομο εισπνέει περίπου 10 χιλιάδες λίτρα αέρα κατά τη διάρκεια ενός 24ώρου.

Οι ποσότητες αυτές του αέρα περιέχουν δισεκατομμύρια σωματιδίων που μπορεί να είναι λοιμώδη, αλλεργιογόνα, τοξικά και ερεθιστικά. Μερικά από αυτά μπορεί να είναι και επικίνδυνα για τους πνεύμονες. Τα αλλεργιογόνα της ατμόσφαιρας μπορεί να προκαλέσουν το σύνδρομο της αλλεργικής ρινίτιδας που γίνεται με τη μεσολάβηση IgE ανοσοσφαιρινών. Υπάρχουν και άλλοι ανοσολογικά οργανισμοί που σπανίως αναγνωρίζονται, αλλά μπορούν να συμβούν χωρίς να το αντιληφθούμε.

Οι τοξικοί και οι ερεθιστικοί παράγοντες μπορούν να υποκινήσουν μια ρινική νόσο με άμεση ιστική βλάβη με την απελευθέρωση χημικών μεσολαβητών.

Εκτός από τα εισπνεόμενα σωματίδια ο εισπνεόμενος αέρας μπορεί να περιέχει αέρια, όπως το διοξείδιο του θείου, τα οποία πάλι μπορούν να δράσουν σαν τοξίνες ή να απελευθερώσουν χημικούς μεταβιβαστές. Οι αλλαγές της θερμοκρασίας και της υγρασίας του εισπνεόμενου αέρα μπορεί να προκαλέσουν ρινικά συμπτώματα σε ορισμένα προδιαθετειμένα άτομα. Είναι γνωστό ότι ορισμένα άτομα που πάσχουν από άσθμα μετά από σωματική κόπωση, μόλις εισπνεύσουν κρύο αέρα παθαίνουν βραγχοσπασμό που υποτίθεται ότι οφείλεται στην απελευθέρωση χημικών μεσολαβητών από τα μαστοκύτταρα. Το εσωτερικό περιβάλλον της μύτης μπορεί να δεχθεί ερεθίσματα μέσω του αίματος και του νευρικού συστήματος.

Στο αίμα περιέχονται διάφορες ουσίες όπως μεταβολιτές των τροφίμων και των φαρμάκων που ο ασθενής παίρνει, ορμόνες, διάφοροι χημικοί μεταβιβαστές και διηθητικά κύτταρα. Η κάθε ουσία μπορεί να προκαλέσει μια ποικιλία από ρινικά προβλήματα.

Ορισμένα φάρμακα όπως η ρεσερπίνη και η Προπανόλη μπορεί να προκαλέσουν ρινίτιδα σε ορισμένους ασθενείς. Οι ορμόνες μπορεί να επηρεάζουν τη ρινίτιδα όπως τούτο παρατηρείται στην υποθυροειδική ρινίτιδα, τη ρινίτιδα των εγκύων και των γυναικών που παίρνουν αντισυλληπτικά.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος της μύτης μπορούν να προκαλέσουν ρινική νόσο.

Δυσχέρειες στη διάγνωση των ρινίτιδων.

Η κάθε ρινίτιδα δεν είναι απωσδήποτε αλλεργική. Σε πολλές περιπτώσεις ασθενών με ρινική συμπτωματολογία είναι αδύνατον να τεθεί διάγνωση από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τα εργαστηριακά ευρήματα. Προτού προχωρήσουμε στην περιγραφή της αλλεργικής ρινίτιδας υπενθυμίζουμε ότι οι τύποι των συμπτωμάτων που προκαλούν στις ρινικές παθήσεις είναι περιορισμένοι. Ο ασθενής μπορεί να παραπονείται για καταρροή υγρού της μύτης, κνησμό, και συμφόρηση. Μερικά ή όλα τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα σε διαφορετικές ρινοπάθειες και δεν επιτρέπουν την εύκολη διαφορική διάγνωση. Εξαίρεση αποτελεί ο κνησμός που θεωρείται ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα της αλλεργικής ρινίτιδας, το οποίο όμως απουσιάζει στις περισσότερες μη αλλεργικές ρινίτιδες.

11.1.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΡΙΝΙΤΙΔΩΝ.

Σύμφωνα με τις υπάρχουσες γνώσεις οι ρινίτιδες μπορούν αυθαίρετα να ταξινομηθούν σε μη ανοσολογικές και ανοσολογικές. Άλλοι τις ταξινομούν στις φλεγμονώδεις, μη φλεγμονώδεις και ανατομικής αιτιολογίας . π.χ.

- 1). Αλλεργική ρινίτιδα με μεσολάβηση IgE
Εποχιακή | ετήσια.
- 2). Ρινίτιδα από ιδιοπαθείς ανωμαλίες ανοσοκυττάρων.

- 3). Ρινίτιδα από καθυστερημένη υπερευαισθησία.
- 4). Πολύποδες ρινός.
- 5). Σκολίωση ρινικού διαφράγματος.
- 6). Εξωτερική παραμόρφωση μύτης.
- 7). Ενδοκρινική ρινίτιδα.
- 8). Λοιμώδης ρινίτιδα.
- 9). Ατροφική ρινίτιδα.
- 10). Νευρογενής ρινίτιδα κ.λ.π.

Εμείς θα ασχοληθούμε με τις ρινίτιδες που οφείλονται σε κάποιο αλλεργικό παράγοντα.

**ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΑΙΤΙΑ ΡΙΝΙΤΙΔΑΣ
ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ (ΑΤΟΠΙΚΗ ΜΕ ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ IgE
ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΩΝ.**

Η αλλεργική ρινίτιδα που προκαλείται με τη μεσολάβηση IgE ανοσοσφαιρινών διακρίνεται στην εποχιακή και την ετήσια.

Η εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα, οφείλεται στην παρουσία αλλεργιογόνων ορισμένες εποχές του έτους. Η ετήσια αλλεργική ρινίτιδα οφείλεται στην παρουσία αλλεργιογόνων καθ' όλο το έτος, που προκαλούν και συμπτωματολογία.

Οι δύο αυτές μορφές αλλεργικής ρινίτιδας χαρακτηρίζονται γενικά από ρινόρροια, ρινικό κνησμό, κνησμό των οφθαλμών, δακρύρροια, και συμφόρηση των ανώτερων αεροφόρων οδών.

Ο ρινικός κνησμός είναι το πιο ενδεικτικό χαρακτηριστικό της αλλεργικής ρινίτιδας που προκαλείται με μεσολάβηση IgE ανοσοσφαιρινών και συνήθως δεν παρατηρείται στις άλλες μορφές ρινίτιδας.

ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ.

Συχνότητα.

Η αλλεργική ρινίτιδα αποτελεί την καθαρότερη εκδήλωση ατοπικής αλλεργίας και την πιο συνηθισμένη απ' όλες τις αλλεργι-

κές νόσους. Αν και η αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να εμφανιστεί σχεδόν σε οποιαδήποτε ηλικία, εν τούτοις η συχνότητά της ποικίλλει από τόπο σε τόπο. Συνήθως η εκδήλωση γίνεται στην παιδική και τη νεαρή ηλικία και ελαττώνεται καθώς περνούν τα χρόνια. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αλλεργικής ρινίτιδας σε βρέφη ηλικίας 6 μηνών. Οι νέοι μετανάστες σε μια χώρα χρειάζονται 2 - 3 χρόνια έκθεσης στα τοπικά αλλεργιογόνα, για να ευαισθητοποιηθούν και στη συνέχεια εκδηλώνονται τα συμπτώματά τους. Οι διάφοροι συγγραφείς διεθνώς αναφέρουν ότι περισσότερο από το 10% του πληθυσμού ενός τόπου πάσχει από αλλεργική ρινίτιδα που εκδηλώνεται εξίσου και στα δύο φύλλα. Η ακριβής συχνότητα της νόσου στην Ελλάδα είναι άγνωστη και αυτό γιατί υπάρχουν διάφορες δυσκολίες στους υπολογισμούς. Η κυριότερη δυσκολία είναι ότι οι τύποι και οι συγκεντρώσεις των αλλεργιογόνων γύρων ποικίλλουν από τόπο σε τόπο. Άλλο εμπόδιο είναι οι ασθενείς που δεν αναγνωρίζουν ότι πάσχουν από αλλεργική ρινίτιδα και νομίζουν ότι είναι συνεχώς κρυολογημένοι ή ότι πάσχουν από ιγμορίτιδα.

Η νόσος μπορεί να μην είναι θανατηφόρος αλλά είναι εντονότατα ενοχλητική και παρεμποδίζει τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Η αλλεργική ρινίτιδα τείνει να διατηρείται επ' αόριστον, από τη στιγμή που θα πρωτοεμφανισθούν τα πρώτα συμπτώματα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ποικίλλει από άτομο σε άτομο και από έτος σε έτος, ανάλογα με τις κλιματολογικές συνθήκες και την ποσότητα γύρης που απελευθερώνουν τα ανεμοφιλα αλλεργιογόνα φυτά. Η νόσος μπορεί να εξαφανισθεί από μόνη της όμως στα δύο τρίτα των πασχόντων παρατηρείται επεντασή της πρὸς το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα με εκδηλώσεις άσθματος.

Η αλλεργία ενδημεί κατά οικογένειες και σπάνια αλλεργικά άτομα δεν είχαν κάποιο αλλεργικό γονέα.

Αν και δεν έχει αποδειχθεί η κληρονομικότητα της αλλεργίας, εν τούτοις οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι μηχανισμοί που επιτρέπουν την εκδήλωση της αλλεργικής ρινίτιδας, άσθματος, ή παιδικού εκζέματος κατευθύνονται από κάποιο γονίδιο αυτοσωματικά που μεταβιβάζεται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα με ατελή διείσδυση.

Ο όρος ατοπία πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον COCA & KOOKE για την περιγραφή της κλινικής αλλεργίας που μεταβιβάζεται κληρονομικά. Σήμερα ο όρος ατοπία σημαίνει την κληρονομική τάση για παραγωγή IgE ανοσοσφαιρινών και τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης άσθματος, ρινοεπιπεφυκίτιδος, κνίδωσης και ατοπικού εκζέματος. Το πρώτο σημείο ατοπίας συνήθως εμφανίζεται πολύ νωρίς. Συχνότερα εμφανίζεται το ατοπικό έκζεμα στην βρεφική ηλικία που είναι σημείο μεγαλύτερου κινδύνου ανάπτυξης της αλλεργίας. Αυτό μπορεί να υποχωρήσει μόνο του. Μπορεί όμως να αντικατασταθεί ή ταυτόχρονα να συνοδευτεί από αλλεργική ρινίτιδα, ή επιπεφυκίτιδα, συνήθως εμφανίζονται στη σχολική ηλικία, ή στην πρώτη νεότητα.

Στον παρακάτω πίνακα διακρίνεται η συχνότητα της ατοπίας σε ομάδες διαφόρων ηλικιών, έχοντας σημειωθεί συμπτώματα ατοπίας, που προηγήθηκαν και που υπάρχουν ακόμη.

Γονείς νεογνών 14,9%

Γονείς επτάχρονων παιδιών 14,3%

Επτάχρονα παιδιά 15,1%

Μικρά παιδιά που μελετήθηκαν για 18 μήνες 13,6%

Όταν ένα άτομο αναπτύξει κάποια αλλεργία σπανίως σταματάει εκεί, γιατί εξακολουθούν να αναπτύσσονται επιπρόσθετες

ευαισθητοποιήσεις. Αυτό έχει κλινική σημασία γιατί σημαίνει ότι η συνεχής προσθήκη αλλεργιογόνων προκαλεί συμπτώματα. Γι' αυτό συνιστάται η περιοδική εξέταση των αλλεργικών κάθε πέντε χρόνια.

Αιτιολογία:

Εκτός από την κληρονομική προδιάθεση στην ατοπία ο ασθενής πρέπει να έχει ευαισθητοποιηθεί μετά από επανειλημμένες εκθέσεις σε αλλεργιογόνα, όπως η γύρη των ανεμόφιλων φυτών, οι σπόροι μυκήτων, η σκόνη κ.λ.π.

Η εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα εμφανίζεται σε ορισμένες εποχές του έτους, κυρίως κατά την άνοιξη και το φθινόπωρο.

Παρατηρείται επιδείνωση της ρινίτιδας όταν η ποσότητα της γύρης στον αέρα είναι μεγάλη όταν φυσά άνεμος, και βελτίωση αυτής όταν η ποσότητα της γύρης είναι μικρή ή όταν βρέχει.

Ενας ασθενής μπορεί να είναι αλλεργικός σ' ένα αλλεργιογόνο ή περισσότερα ταυτόχρονα. Από τους σπόρους των μυκήτων βρήκαμε ότι υπεύθυνοι είναι τόσο αυτά που βρίσκονται μέσα στο σπίτι, όσο και έξω από αυτό.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ:

Πίνακας παθογένειας αλλεργικής ρινίτιδας

Η αλλεργική ρινίτιδα αρχίζει εφόσον υπάρχει:

- 1). Κληρονομική προδιάθεση.
- 2). Επανειλημμένες εκθέσεις σε γύρες.

Έτσι προκαλείται

Σύνθεση ειδικών IgE αντισωμάτων στο λεμφικό ιστό του αναπνευστικού συστήματος.

Τα IgE αντισώματα προσκολλώνται στην επιφάνεια των βασεοφίλων και των μαστοκυττάρων.

Με την επανέκθεση στη γύρη,
Ενώνεται το αντιγόνο της γύρης με τα IgE αντισώματα,
Προκαλείται,
Έκλυση ισταμίνης και άλλων χημικών μεταβιβαστών
Οι οποίοι δρούν

Στα αγγεία	Νευρικές απολήξεις	Βλεννογόνους αδένες
προκαλώντας	προκαλώντας	προκαλώντας
οίδημα & συμφό-	κνησμό	ρινόρροια.
ρηση των ρινικών	και καύσο.	
κόγχων.		

Πιό αναλυτικά τα κλινικά αποτελέσματα είναι:

α.- Από τη δράση στα αγγεία: Έντονη αγγειοδιαστολή που εκδηλώνεται σαν ρινική συμφόρηση.

β.- Από τη δράση στις νευρικές απολήξεις:

Προκαλούνται παροξυσμοί πταρμού κνησμού και αίσθημα καύσου. Η κατάσταση αυτή επιτρέπει σε μη ερεθιστικούς παράγοντες ή τις αλλαγές της θερμοκρασίας να προκαλέσουν επιπρόσθετους παροξυσμούς πταρμού και ρινόρροιας.

γ.- Από τη δράση στους βλεννογόνους αδένες προκαλείται ρινόρροια, η οποία είναι υδαρής και συνεχής. Πατέ το έκκριμα δεν είναι ποιώδες. Αν παρατηρηθεί κάτι τέτοιο, έχει συμβεί επιμόλυνση. Παρόμοιοι παθογενετικοί μηχανισμοί προκαλούν και τα χαρακτηριστικά οφθαλμικά συμπτώματα, όπως η δακρύρροια, ο κνησμός, η φλεγμονή, που συνήθως σχετίζονται με την αλλεργική ρινίτιδα.

Ταυτόχρονα με την αλλεργική αντίδραση τα ρινικά συμπτώματα μπορεί να αυξηθούν ή να επιδεινωθούν από μη ειδικά ερεθίσματα, φυσικούς ερεθισμούς και συναισθηματικούς παράγοντες.

Αρκετοί ασθενείς παραπονιούνται για κνησμό του φάρυγγα και της υπερώας. Εξ αιτίας του οπισθορινικού κυττάρου και των συνεχών προσπαθειών καθαρισμού του φάρυγγα ο ασθενής βήχει ή εμφανίζει βράγχος φωνής.

Εξ αιτίας της ρινικής απόφραξης και του κακού αερισμού και παροχέτευσης των παραρρινίων κόλπων ή της ευσταχιανής σάλπιγγας ο ασθενής παραπονείται για πονοκέφαλο ή ωταλγία.

Ο πονοκέφαλος είναι κενού τύπου, εξ αιτίας της αρνητικής πίεσης που αναπτύσσεται μέσα στα αποφραγμένα ιγμόρια.

Ο πάσχων μπορεί να παραπονεθεί για μούκωμα στα αυτιά και βαρικοΐα. Η όσφρηση και η γεύση μπορεί να διαταραχθούν σε πολλές περιπτώσεις. Επειδή ταυτόχρονα με τη ρινίτιδα συνήθως υπάρχει και επιπεφυκίτιδα παρατηρείται κνησμός και δακρύρροια των οφθαλμών και αν η κατάσταση είναι σοβαρή, ο ασθενής παραπονείται για φωτοφοβία, πόνο και κόπωση των οφθαλμών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ιστορικό: Η εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα προκαλείται τυπικά στην αρχή της ανοίξεως όταν αρχίζουν τα χόρτα, τα δέντρα και οι θάμνοι την ανθοφορία τους. Σε κάθε περιοχή η γνώση του χρόνου της ανθοφορίας της αλλεργιογόνου χλωρίδας έχει μεγάλη σημασία.

Στα κλίματα με μακρόχρονη κάλυψη από χιόνι και χαμηλές θερμοκρασίες, τα άτομα που περιέχουν αλλεργία στους μύκητες εμφανίζουν συμπτώματα από τις αρχές της ανοίξεως μέχρι το φθινόπωρο.

Η ευαισθησία στη σκόνη δημιουργεί πρόβλημα κυρίως τον χειμώνα, στα ψυχρότερα μετά το φθινόπωρο κλείνουν τα παρά-

θυρα, αυξάνει η υγρασία, λειτουργούν θερμάστρες, καλοριφέρ κ.τ.λ. με διακεκομμένο τρόπο και η κατοικία έχει διακυμάνσεις θερμοκρασίας.

Ο ασθενής που έχει αλλεργία στη σκόνη του σπιτιού παρουσιάζει συμπτώματα από το φθινόπωρο μέχρι την άνοιξη.

Επειδή πολλά σύγχρονα σπίτια παραμένουν μονίμως με ερμητικά κλειστά παράθυρα ή αερίζονται με συσκευές κλιματισμού, χωρίς φίλτρα, οι ασθενείς με αλλεργική ρινίτιδα στη σκόνη πάσχουν όλο το χρόνο. Το ιστορικό σε αλλεργικούς έχει μεγάλη σημασία, γιατί μέσα από αυτό αναζητούνται οι παράγοντες που προκαλούν τα συμπτώματα.

Από το ιστορικό διακρίνει κανείς ότι υπάρχει συσχέτιση των συμπτωμάτων και της παρουσίας εποχιακών αλλεργιογόνων στον αέρα. Η κατάσταση αυτών των ασθενών βελτιώνεται αν βρεθούν σε χώρους που κλιματίζονται ή αν πάρουν κάποιο αντιϊσταμινικό φάρμακο.

Τα συμπτώματα εκδηλώνονται με περιοδικότητα κάθε χρόνο και για πολλά χρόνια την ίδια εποχή, εφόσον βρίσκεται ο ασθενής στον ίδιο τόπο. Τα πρώτα ενοχλήματα, μερικοί τα εμφανίζουν μόλις πρωτοεμφανιστεί γύρη στον αέρα. Η ένταση των συμπτωμάτων αυξάνει, όσο αυξάνουν οι συγκεντρώσεις της γύρης στον αέρα και εξασθενούν καθώς σταματά η παραγωγή γύρης.

Ετσι με τη διακοπή της ανθοφορίας τα συμπτώματα σε μερικούς υποχωρούν αμέσως. Σε μερικούς όμως τα συμπτώματα υποχωρούν βαθμιαία μέσα σε 2 - 3 εβδομάδες.

Τα συμπτώματα του ασθενή μπορεί να κυμαίνονται σε ένταση κατά τη διάρκεια της ανθοφορίας, αλλά και κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Τις πρωϊνές ώρες από την ανατολή του ηλίου μέχρι τις 9πμ απελευθερώνονται μεγάλες ποσότητες ανεμόφιλης γύρης.

Η παρουσία της βροχής καθαρίζει την ατμόσφαιρα από την γύρη και περιορίζονται τα ενοχλήματα.

Τίς μέρες που επικρατεί άνεμος και ξηρασία επιδεινώνονται τα συμπτώματα γιατί αυξάνουν οι συγκεντρώσεις της γύρης στον αέρα. Το ίδιο ισχύει κι όταν διασχίζει κανείς την ύπαιθρο με αυτοκίνητο.

Παρατηρήθηκε ότι η συμπτωματολογία του ασθενούς χειροτερεύει από χρόνο σε χρόνο για 3 - 4 χρόνια μέχρις ότου σταθεροποιηθεί ή μετατραπεί σε ετήσια ρινίτιδα ή εγκατασταθεί αλλεργικό άσθμα. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που ο ασθενής δεν ξαναπαρουσίασε συμπτώματα για άγνωστους λόγους.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Επισκόπηση προσώπου: Τα παιδιά τρίβουν συχνότατα τη μύτη με την παλάμη τους κάνοντας τον αλλεργικό χαιρετισμό.

Εξ αιτίας του αλλεργικού χαιρετισμού σχηματίζεται μία οριζόντια πτυχή στο κάτω τριτομόριο συνήθως της ράχης της μύτης που παρατηρείται και σε ενήλικες, εφόσον η αλλεργική ρινίτιδα είναι μακρόχρονη και επίμονη. Οι ασθενείς αναπνέουν από το στόμα. Στην οξεία φάση υπάρχει δακρύρροια και ερυθρότητα των επιπεφυκότων. Τα βλέφαρα γίνονται οίδηματικά και μπορεί να είναι ρυτιδωμένα. Τα κάτω βλέφαρα και η περιοχή των βλεφαρίκων σφικτήρων φαίνεται με εντονότερη απόχρωση (μαύροι κύκλοι) και αποδίδονται σε φλεβική στάση εξ αιτίας του οιδήματος του ρινικού και του βλεννογόνου των παραρρινίων.

Ρινοσκόπηση: Οι ρινικές κόγχες φαίνονται διογκωμένες ωχρές ή ωχροκυανωπές καλλυμένες σε μια επίστρωση διαυγούς βλέννας. Οι ρινικές θαλάμες καλύπτονται από τις συμφορημένες ρινικές κόγχες. Σε μερικά άτομα δημιουργούνται οι ρινικοί πολύποδες. Ο φάρυγγας συνήθως φαίνεται φυσιολογικός και ως παρακονείται ο ασθενής ότι έχει φαρυγγικό κνησμό.

Αν παραπονεθεί ο ασθενής για τα αυτιά του, κατά την ωτοσκόπηση δυνατόν να παρατηρηθεί εικόνα εκκριτικής ωτίτιδας.

Σε περιόδους ηρεμίας η μύτη, και οι οφθαλμοί αν εξεταστούν βρίσκονται φυσιολογικοί. Σε περίπτωση επιμόλυνσης μπορεί να παρατηρηθεί βλεννοπυώδες έκκριμα στη μύτη ή βλεννοπυώδης όπισθορινικός κατάρρους. Τα ιγμόροια και οι μετωπιαίοι κόλποι εξετάζονται με υπερήχους ή με ακτινογράφημα.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΘΟΓΟΝΟΥ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΟΥ ΜΕ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ
IN VIVO ΚΑΙ IN VITRO.

Με διάφορες δερματικές δοκιμασίες μπορεί κανείς να ανακαλύψει το βαθμό υπερευαισθησίας προς το ή τα αλλεργιογόνα.

Οι θετικές δερματικές αντιδράσεις δείχνουν μόνο ευαισθητοποίηση προς τα αλλεργιογόνα αλλά δεν αποδεικνύουν ότι τα αλλεργιογόνα αυτά ξεκίνησαν την νόσο.

Οι δερματικές δοκιμασίες είναι θετικές στα αλλεργιογόνα κλινικής, αλλά και στα μή κλινικής σημασίας, ενώ σπανίως είναι αρνητικά σε ασθενείς με κλασσική αλλεργική συμπτωματολογία. Η βασική αρχή των δερματικών δοκιμασιών στηρίζεται στη δράση των ευαισθητοποιημένων μαστοκυττάρων του δέρματος, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν την έναρξη μίας τοπικής αναφυλακτικής αντίδρασης, μετά της εφαρμογής στο δέρμα ενός ειδι-

κού αλλεργιογόνου. Τα κυτταρικά γεγονότα που ακολουθούν μετά την πρόκληση του δέρματος από το αλλεργιογόνο είναι σήμερα κατανοητά.

Τα μόρια των ομοκυτταροτροπικών IgE αντισωμάτων προσκολλώνται στην επιφάνεια των ιστικών μαστοκυττάρων. Μόλις τα IgE γεφυρωθούν από το ειδικό αλλεργιογόνο, προκαλείται διάσπαση των κοκκίων των μαστοκυττάρων και απελευθέρωση ποικίλων ισχυρών χημικών μεσολαβητών όπως η ισταμίνη κ.λ.π.

Αυτοί οι χημικοί μεσολαβητές προκαλούν την εκδήλωση ερυθρότητας και πομφού στο σημείο του νυγμού, μέσα σε λίγα λεπτά που οφείλονται κυρίως στην ισταμίνη.

Το μέγεθος της δερματικής αντίδρασης συνήθως είναι παράλληλο με το βαθμό έντασης των συμπτωμάτων του ασθενούς, που προκαλούνται όταν αυτός εκτίθεται στο φυσικό ένοχο αλλεργιογόνο.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ

1.- Ενδοεπιδερμικές δοκιμασίες

Χρησιμοποιούνται σχετικά συμπυκνωμένα εκχυλίσματα αλλεργιογόνων σε διάλυμα γλυκερίνης 50%. Έτσι η αλλεργιογόνος δραστηριότητα του εκχυλίσματος διατηρείται ακόμη και αν παραμένει εκτός ψυγείου για διάφορες χρονικές περιόδους.

Οι ενδοεπιδερμικές δοκιμασίες γίνονται με μια ειδική βελόνα ή με μία απλή βελόνα νύσσοντας την επιδερμίδα εύκολα, γρήγορα και ασφαλώς. Οι ενδοεπιδερμικές δοκιμασίες συνήθως είναι ψευδώς αρνητικές σε παιδιά κάτω των 3 ετών και στα γηραιά άτομα, κι αυτό γιατί η αντιδραστικότητα του δέρματός τους είναι περιορισμένη. Χρησιμοποιείται το δέρμα του βραχίονα και του πήχεως ή της ράχης.

Προτιμάται το χέρι γιατί σε περίπτωση κάποιας ανεπιθύμητης αντίδρασης μπορεί να εφαρμοστεί ελαστική περιχειρίδα πάνω από το σημείο της δοκιμασίας και μπορεί να ενθραεί ένεση αδρεναλίνης στο σημείο της αντίδρασης.

Οι ενδοεπιδερμικές αντιδράσεις νυγμού γίνονται με τον ασθενή καθιστό σε πολυθρόνα. Είναι δυνατόν να γίνουν πολλές δοκιμασίες σε μία συνεδρία ή λιγότερες δοκιμασίες σε περισσότερες της μίας συνεδρίας.

Τεχνική: Αφού τοποθετηθεί μια σταγόνα εκχυλίσματος αλλεργιογόνου στο δέρμα π.χ. του πήχεως, με μια αποστειρωμένη βελόνα εφαρμόζεται ένας νυγμός μέσα από τη σταγόνα, χωρίς να διεισδύει η ακίδα στα βαθύτερα στρώματα από τις επιφανειακές στοιβάδες της επιδερμίδας.

Μια άλλη μορφή αυτής της δοκιμασίας είναι η εφαρμογή πολλαπλών νυγμών μέσα στη σταγόνα. Η PRICK TEST είναι πιο ευαίσθητη και αναπαράγεται ευκολότερα. Έχει υπολογιστεί ότι εισάγεται με αυτό το τρόπο 3×10^{-6} ml. στο δέρμα. Οι σταγόνες του κάθε αλλεργιογόνου τοποθετούνται στη σειρά και σε απόσταση η μία από την άλλη 3 - 4 εκ. ώστε σε περίπτωση μεγάλης δερμοαντίδρασης να μην προκαλείται αλληλοκάλυψη.

Αφού γίνει ο νυγμός στην κάθε σταγόνα με έγχρωμο μαρκάδωρο τοποθετείται ένα σημείο στο δέρμα παράλληλα από το σημείο του κάθε νυγμού ώστε οποιαδήποτε στιγμή να γίνεται εύκολη η καταμέτρηση του κάθε αλλεργιογόνου ο εντοπισμός και η αναγνώρισή του.

Τα αποτελέσματα των ενδοεπιδερμικών δοκιμασιών που παρακολουθούνται για 10' - 15' μετά το νυγμό. Συνήθως οι θετικές δερμοαντιδράσεις εμφανίζονται μέσα σε 5' - 10' μετά το νυγμό. Οποιαδήποτε αντίδραση εμφανιστεί μετά από 30' - 40' λεπτά μπο-

ρεί να αντιπροσωπεύει πομπό που προκαλείται από άλλους παράγοντες εκτός της ισταμίνης.

Ερμηνεία των δερμοαντιδράσεων:

Πάντοτε σε κάποιο ξεχωριστό σημείο τοποθετείται μία σταγόνα ισταμίνης (1 MG|ML) και μια σταγόνα αρνητικού μάρτυρα (φυσιολογικός ορός). Η δερμοαντίδραση μετά από νυγμό της σταγόνας της ισταμίνης θεωρείται σαν κριτήριο θετικότητας των δερμοαντιδράσεων. Οι δερμοαντιδράσεις χαρακτηρίζονται από αρνητικές (όπως δείχνει και ο αρνητικός μάρτυρας με φυσιολογικό ορό) μέχρι θετικές 4+ ανάλογα με τη δερμοαντίδραση της ισταμίνης. Εφόσον οι ενδοεπιδερμικές δερμοαντιδράσεις είναι αρνητικές και ο ασθενής έχει τοπική αλλεργική συμπτωματολογία μπορεί να γίνουν ενδοδερμικές δοκιμασίες. Σε ασθενείς που δείχνουν έντονα θετικές δερμοαντιδράσεις δεν συνίσταται να γίνονται ενδοδερμικές δοκιμασίες, γιατί δεν χρειάζονται και πιθανόν να αποβούν επικίνδυνες.

2.- Ενδοδερμικές δοκιμασίες

Χρησιμοποιώντας αποστειρωμένη σύριγγα φυματίνης ή ινσουλίνης ενίεται ενδοδερμικώς μία ελάχιστη ποσότητα εκχυλίσματος αλλεργιογόνου.

Διαφορική διάγνωση.

Η διαφορική διάγνωση όσον αφορά την εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα γίνεται εύκολα από την οξεία ιογενή ή λοιμώδη ρινίτιδα. Η ετήσια αλλεργική ρινίτιδα διαφορογιγνώσκεται από τις χρόνιες ρινίτιδες που οφείλονται σε ανοσιολογικά και μη ανοσιολογικά αίτια.

ΕΤΗΣΙΑ Η ΜΗ ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Η ετήσια αλλεργική ρινίτιδα χαρακτηρίζεται από αλλεργική

αντίδραση που προκαλείται ανεξάρτητα από τις εποχές χρόνου και συνοδεύεται από διαλλείποντα ή συνεχή ρινικά συμπτώματα.

Η κατάσταση αυτή αναφέρεται ξεχωριστά από την εποχιακή αλλεργική για λόγους διαγνωστικούς και θεραπευτικούς.

Αιτιολογία.

Στην ετήσια αλλεργική αντίδραση, όπως και στην εποχιακή ο ασθενής έχει αναπτύξει ειδικά IgE αντισώματα προς αλλεργιογόνα που κυκλοφορούν όλο το χρόνο, όπως τουλάχιστον φαίνεται από το ιστορικό και επιβεβαιώνεται με διάφορες δοκιμασίες.

Τα πιο διαδεδομένα ετήσια αλλεργιογόνα είναι η σκόνη του σπιτιού, τα ακάρεα της σκόνης του σπιτιού, τα πούπουλα, οι σπόροι των μυκήτων, επιθήλια ζώων, ίνες ταπήτων, και ταπεταρίες επίπλων. Δυνατόν ο ασθενής να είναι ευαίσθητος και σε γύρεις, οπότε την άνοιξη επιδεινώνεται η κατάσταση του.

Στην ετήσια αλλεργική ρινίτιδα αναζητούνται επαγγελματικά αλλεργιογόνα όπως η σκόνη αλεύρου, σκόνες απορρυπαντικών, σκόνες ξυλείας, κ.λ.π.

Δεν έχει ξεκαθαριστεί και αποδειχθεί ο μηχανισμός με τον οποίο οι τροφές και τα βακτηρίδια αποτελούν παράγοντες δημιουργίας και παρουσίας συμπτωμάτων ετήσιας αλλεργικής ρινίτιδας.

Τα τρόφιμα προκαλούν αλλεργία που μπορεί να εκδηλωθεί με ρινίτιδα, άσθμα, αναφυλαξία, κνίδωση, γαστρεντερικές διαταραχές.

Δυνατόν να εκδηλωθεί ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα λίγη ώρα μετά τη λήψη τροφής.

Η ετήσια αλλεργική ρινίτιδα επηρεάζεται και μπορεί να επιπλακεί από λοιμώξεις.

Τα συμπτώματά της μπορεί να επιδεινωθούν από το κάπνισμα και το καπνό των άλλων, ρύπανση της ατμόσφαιρας, αρώματα, ερεθιστικές οσμές κ.λ.π.

Αν η κατάσταση της μύτης επιδεινώνεται μετά από έκθεση σε ρεύματα, ψύχος, υγρασία, ή αλλαγές της θερμοκρασίας, τούτο είναι ένδειξη μη αλλεργικής ρινίτιδας.

Κλινική εικόνα

Η συμπτωματολογία της μοιάζει με αυτήν την εποχιακής ρινίτιδας αν και συχνά είναι ηπιότερης έντασης. Αυτό οφείλεται στο ότι ο ασθενής εκτίθεται μεν συνεχώς στο αλλεργιογόνο πλην όμως τούτο βρίσκεται σε χαμηλές συγκεντρώσεις. π.χ. σκόνη.

Ο ασθενής παραπονείται συνήθως για ρινική απόφραξη .

Τούτο παρατηρείται κυρίως στα παιδιά, στα οποία δεν έχουν οι ρινικές θάλαμες μεγάλη κοιλότητα.

Άλλα συμπτώματα είναι οι παρμοί, κνησμός της μύτης, του φάρυγγα, των οφθαλμών που μπορεί να συνοδεύεται από δακρύρροια. Η χρόνια ρινική απόφραξη στα παιδιά δημιουργεί χαρακτηριστικά αλλεργικό ή αδενοειδές προσωπείο. Οι ενήλικες ιδίως παραπονούνται για ξηρότητα του φάρυγγα, πόνους στον φάρυγγα, ανοσμία και απώλεια γεύσεως.

Η κατάσταση μπορεί να επιπλακεί από δυσλειτουργία των ευσταχιανών σαλπίνγων την εκδήλωση εκκριτικής μέσης ωτίτιδας που στα παιδιά μπορεί να υποτροπιάζει επανειλημμένα.

Η επίσταξη είναι συνήθως φαινόμενο στα παιδιά με ετήσια αλλεργική ρινίτιδα, τόσο γιατί οι βλεννογόνοι και τα τριχοειδή τους γίνονται εύθραυστα ή σπάνει εύκολα από τους έντονους παρμούς, το έντονο καθάρισμα της μύτης (με μαντήλι)

ή (δάκτυλα), αλλά και από τη συνύπαρξη ρινικής λοίμωξης ή ιγμορίτιδας. Πολλοί ασθενείς παραπονιούνται για χρόνια βήχα που οφείλεται στο χρόνια οπισθορινικό κατάρρου που αναγκάζει τον ασθενή να καθαρίζει συνεχώς το φάρυγγά του.

Η συνεχής παρουσία αλλεργικής ρινίτιδας στα παιδιά παρεμβάλλεται στην κακή ανάπτυξη του γναθικού συστήματος με αποτέλεσμα η υπερώα να βαθαίνει και να στενεύει και να εγκαθιστά ορθοδοντικές ανωμαλίες.

Διαφορική διάγνωση

Η εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα συνήθως διαγιγνώσκεται από το ιστορικό και την κλινική εικόνα. Η διάγνωση συνήθως επιβεβαιώνεται με τις δερματικές και τις IN VITRO δοκιμασίες.

Η ετήσια αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να συγχιστεί με άλλες ρινίτιδες, οπότε λαμβάνονται επιχρίσματα ή γίνονται ιστολογικές εξετάσεις.

Θεραπεία

Στη θεραπεία της αλλεργικής ρινίτιδας (εποχιακής και ετήσιας) περιλαμβάνονται:

- 1). Η αποφυγή παθογόνων αλλεργιογόνων
- 2). Προφύλαξη από τη σκόνη
- 3). Προφύλαξη από τους μύκητες
- 4). Προφύλαξη από τα ζωϊκά αλλεργιογόνα
- 5). Προφύλαξη από τα εποχιακά αλλεργιογόνα
- 6). Φαρμάκοθεραπεία.

Μερικά από τα σύνδρομα της ρινίτιδας προκαλούνται από τους χημικούς μεσολαβητές που απελευθερώνονται από τα μαστοκύτταρα μετά από την αντίδραση αντιγόνου αντισώματος στις

επιφάνειες των μαστοκυττάρων.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στα σύνδρομα της ρινίτιδας στοχεύουν στην πρόληψη της απελευθέρωσης των χημικών μεσολαβητών και τον αποκλεισμό των παθογόνων αποτελεσμάτων αυτής της απελευθέρωσης στα μικροτριχοειδή και τους ποδοχείς των διαφόρων ιστών. Στην αλλεργική ρινίτιδα έχουν χρησιμοποιηθεί τα αντιϊσταμινικά τα αποσυμφορητικά, τα κορτικοστεροειδή και η χρωμολίνη.

Το καθένα από αυτά τα φάρμακα χορηγείται μόνο του ή σε συνδυασμό στον κάθε ασθενή για ανακούφιση ή την πρόληψη της εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Επειδή από ασθενή σε ασθενή το κάθε φάρμακο ή ο συνδυασμός τους μπορεί να δημιουργεί διαφορετικά αποτελέσματα και παρενέργειες συνιστάται η δοκιμή και η αλλαγή θεραπείας, μέχρις ότου βρεθεί ο αποτελεσματικός για τον ασθενή συνδυασμός.

α). Αντιϊσταμινικά

Τα αντιϊσταμινικά στην αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να ανακουφίσουν το ρινικό ή φαρυγγικό κνησμό, το φτάρνισμα, τη ρινόρροια και δακρύρροια, αλλά πολύ λίγο τη ρινική απόφραξη.

Σπανίως βοηθούν την αναχαίτηση των ρινικών πολυπόδων.

Παρενέργειες

Συχνότερες παρενέργειες των αντιϊσταμινικών προέρχονται από τη δράση στο πεπτικό σύστημα και είναι η ανορεξία, ναυτία, έμμετος, επιγαστρική δυσφορία, δυσκοιλιότητα, ήδιάρροια

Η συχνότητα αυτών των παρενεργειών περιορίζεται αν το αντιϊσταμινικό λαμβάνεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων.

β). Αποσυμφορητικά της μύτης

Τα αποσυμφορητικά της μύτης (φαινυλεφρίνη, Ναφαζολίνη, οξυμεταζυλίνη κ.λ.π.) προκαλούν αποσυμφόρηση και στο βλεννογόνο όλων των παραρρινίων κόλπων.

Χορηγούνται από το στόμα οπότε δρουν συστηματικά ή εφαρμόζονται τοπικά με τη μορφή σταγόνων ή σπρέϋ.

Προκαλούν διέγερση του Κ.Ν.Σ., αύξηση του καρδιακού παλμού και της αρτηριακής πίεσεως. Στίς παρενέργειές τους περιλαμβάνεται το αίσθημα τών προκάρδιων παλμών, ο τρόμος, οι διαταραχές του ύπνου.

Δεν χορηγούνται σε υπερτασικά άτομα, σε οργανικές καρδιοπάθειες, σακχαρώδη διαβήτη, κ.λ.π.

Τα τοπικά αποσυμφορητικά δρουν κατάλληλα και αποτελεσματικά στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Παρά τούτο η συνεχής χρήση και η καταχρησή τους συχνά οδηγεί σε δευτερογενή μεγαλύτερη ρινική συμφόρηση και απαιτούνται συχνότερες δόσεις για να προκληθεί ανακούφιση.

γ). Συμπαθομιμητικά φάρμακα

Αδρεναλίνη, Νοραδρεναλίνη, Εφεδρίνη, φαινυλεφρίνη, Ναφαζολίνη, κ.λ.π.

δ). Κορτικοστεροειδή

Η χρησιμοποίηση ενεσίμου εναιωρήματος κορτικοστεροειδούς μπορεί να προκαλέσει σημαντική ανακούφιση του ασθενούς που διαρκεί περίπου 20 μέρες. Όμως με τη θεραπεία αυτή τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα δεν είναι σταθερά ούτε επιθυμητά κατά περίπτωση.

Στη σοβαρή αλλεργική ρινίτιδα μερικοί κάνουν ενδορρινική

ένεση εναιωρήματος τριαμοινολόνης υποβλεννογονίως στην κεφαλή της κάτω ρινικής κόγχης. Τα πιο συνηθισμένα κορτικοστεροειδή είναι η βηταμελαζόνη CELESTAMINE κ.λ.π.

Ο μηχανισμός δράσης των κορτικοστεροειδών, στο να περιορίζουν τις φλεγμονώδεις εξεργασίες δεν έχει γίνει ακόμη τελείως κατανοητός. Υποστηρίζεται ότι ανακόπτουν την απελευθέρωση χημικών μεσολαβητών της φλεγμονής από τα μαστοκύτταρα και αποκλείουν τα φλεγμονώδη αποτελέσματα των λευκοκυττάρων, που υπάρχουν στο ρινικό βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα.

Ενδείξεις για ενδορρινική ένεση κορτικοστεροειδών:

1. Χρόνια υπερτροφική και αγγειοκινητική ρινίτιδα.
2. Σοβαρή αλλεργική ρινίτιδα.
3. Μετά από ρινοπλαστική ή ενδορρινική χειρουργική.
4. Οξεία διόγκωση ρινικών πολυπόδων, για την παροδική ανακούφιση της ρινικής απόφραξης.
5. Στη φαρμακευτική ρινίτιδα.
6. Στη διαφορική διαγνωστική της ρινικής απόφραξης από αλλεργική ρινίτιδα και τη σκολίωση του ρινικού διαφράγματος.

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ασθενείς με αλλεργική ρινίτιδα μπορούν να υποστούν ανοσοθεραπεία στις εξής περιπτώσεις:

- 1.- Όποτε τα συμπτώματα οφείλονται στη μεσολάβηση IgE ανοσοσφαιρινών και έχουν ανευρεθεί ένα ή περισσότερα υπεύθυνα παθογόνα αλλεργιογόνα.
- 2.- Σε όλες τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής ανταποκρίνεται ανεπαρκώς στην συμβατική φαρμακοθεραπεία και εφόσον τα συμπτώματά του είναι βαριά.

- 3.- Σε περιπτώσεις που η σοβαρότητα, η διάρκεια και η συχνότητα των κρίσεων της αλλεργικής ρινίτιδας αποτελούν σοβαρότερο πρόβλημα από τις οικονομικές και χρονικές δαπάνες που απαιτεί η ανοσοθεραπεία.
- 4.- Ο ασθενής έχει εκδηλώσει μαζί με τη ρινίτιδα και αλλεργικό άσθμα.
- 5.- Αλλεργικά άτομα των οποίων η κατάσταση οφείλεται σε γύρεις φυτών, με μακράν ανθοφορίαν.
- 6.- Σε ασθενείς με ετήσια αλλεργική ρινίτιδα.
- 7.- Τα παιδιά γιατί έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης ετήσιας αλλεργικής ρινίτιδας.
- 8.- Σε περιπτώσεις που ο ασθενής έχει κατανοήσει το πως θα γίνει η ανοσοθεραπεία και ότι θα είναι υποχρεωμένος να τηρήσει ένα τακτικό χρονικό πρόγραμμα κατά το οποίο θα κάνει ενέσεις της αποευσθαιητοποίησης.

Η ανοσοθεραπεία είναι αποτελεσματική μόνο στην αλλεργική ρινίτιδα τύπου I που προκαλούνται από την εισπνοή τοπικών (ατμοσφαιρικών) αλλεργιογόνων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

ΡΙΝΙΚΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Οι ρινικοί πολύποδες είναι επεκτάσεις του ρινικού βλεννογόνου σταγονοειδούς σχήματος, που σχετίζονται με έντονο σίδημα και διηθήσεις λεμφοκυττάρων-πλάσμακυττάρων και ηωσινοφίλων.

Η αιτιολογία των ρινικών πολυπόδων παραμένει άγνωστη.

Παραδοσιακά ένας από τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες των πολυπόδων υπήρξε η παρουσία αλλεργίας.

Υποστηρίζεται σήμερα ότι οι πολύποδες απαντώνται σε ατοπικά και μη ατοπικά άτομα.

Αλλεργική ρινίτιδα ανευρίσκεται μόνο στο 10% των ασθενών με πολύποδες.

Υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ του άσθματος και των ρινικών πολυπόδων.

Συχνά το άσθμα αναπτύσσεται πριν από τους πολύποδες, ενώ άλλοι ασθενείς εμφανίζουν πολύποδες με άσθμα.

Σε μερικούς ασθενείς που έχουν υπερευαισθησία στην ασπιρίνη προκαλείται άσθμα και ρινικοί πολύποδες.

Η τριάδα ασπιρίνη-άσθμα-ρινικοί πολύποδες, παρατηρείται στο 8% των ασθενών με ρινικούς πολύποδες.

Τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών στους πολύποδες.

Σε πολλές περιπτώσεις ρινικών πολυπόδων τα επίπεδα IgE βρίσκονται φυσιολογικά. Σε άλλες περιπτώσεις η IgE + IgA του υγρού των πολυπόδων βρίσκονται αυξημένες, οπότε ενοχοποιείται και το ατοπικό στοιχείο. Δεν υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι

η υψηλή περιεκτικότητα του πολυπόδα στα: ισταμίνη ή IgE έχει κάποια σχέση με ατοπία που συνοδεύεται από θετικές δερμοαντιδράσεις.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝΑ

Ο ασθενής παραπονείται για ρινική απόφραξη, ρινόρροια μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη απόλη και γεύσης. Αν συνυπάρχει και αλλεργική ρινίτιδα παρατηρείται η τυπική συμπτωματολογία της.

Δευτεροπαθώς ο ασθενής μπορεί να αναπτύξει παραρρινοκολπίτιδα με καθ' υποτροπήν πονοκεφάλους.

Με την πάροδο του χρόνου οι πολυπόδες μπορεί να αναπτυχθούν τόσο, ώστε να προέχουν από τους ρώθωνες, ή στην περίπτωση των χοανοπολυπόδων αφού αξορμήσουν από το ιγμόρειο πορεύονται και κρέμονται πίσω από τις ρινικές χοάνες.

Πολλές φορές για να γίνει ένας πολυπόδας ορατός πρέπει να εμβραχεί ο ρινικός βλεννογόνος με κάποιο αποσυμφορητικό.

Ο χρονοπολύποδας προκαλεί δυσχερή αναπνοή.

Θεραπεία

Οι πολυπόδες υποστρέφουν με τη συστηματική λήψη και την τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδών εφόσον έχουν μικρό σχήμα.

Η χορήγηση κορτικοειδών όμως δεν μπορεί να ξεπεράσει τις 10 μέρες όπως και η τοπική χρήση των τοπικών σπρέϋς.

Η χρήση σπρέϋς με τοπικά κορτικοστεροειδή ελέγχουν συνήθως τα φταρνίσματα και τη ρινόρροια που συνυπάρχουν με τους πολυπόδες εν τούτοις τα αποτελεσματά τους στην θεραπεία των πολυπόδων είναι πτωχά. Τα αεροναφελώματα κορτικοστεροειδών που εκτοξεύονται με τη βοήθεια "φορεδν" είναι εύχρηστα, αλλά το φάρμακο φτάνει σε μικρές περιοχές του βλεννογόνου.

Τούτο ισχύει ιδιαιτέρως όταν η μύτη είναι αποφραγμένη με ειδικούς μεγάλους πολύποδες. Η βοήθεια των αεροναφελωμάτων γίνεται εμφανής μετά την πολυπεκτομή (χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση των πολυπόδων) όσο αφορά την υποτροπή τους.

Οι μεγάλοι πολύποδες χρειάζονται πολυπεκτομή, η οποία δυστυχώς δεν προκαλεί εξάλειψη των πολυπόδων που υποτροπιάζουν. Συνίσταται η διάνοιξη των προσθίων ηθμοειδών κυψελών και ο ριζικός καθαρισμός τους οπότε οι υποτροπές σπανίζουν.

Οι ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις που στοχεύουν στον καθαρισμό όλων των βλεννογόνων που παράγουν πολύποδες, περιλαμβάνουν κινδύνους επιπλοκών από το περιεχόμενο του οφθαλμικού κόγχου, το οπτικό νεύρο, το δακρυϊκό οστό ή ενδοκρανιακές περιοχές. Αν συνυπάρχει αλλεργικό υπόστρωμα οι ασθενείς υφίστανται αποευαισθητοποίηση.

Η εφαρμογή ρινικών σταγόνων γίνεται με την κεφαλή του ασθενούς γυρμένη προς τα κάτω.

Χρησιμοποιούνται δύο σταγόνες βηταμεθαζόνης δύο φορές την ημέρα για 3 λεπτά επί 1 μήνα με θετικό αποτέλεσμα στο 30% των ασθενών. Η ενδορρινική ένεση κορτικοειδούς δεν θεωρείται αποτελεσματική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΕΣ ΠΑΡΑΡΡΙΝΟΚΟΛΠΙΤΙΔΑ Ή ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ.

Ο όρος παραρρινοκολπίτιδα σημαίνει φλεγμονή του βλεννογόνου που καλύπτει τους παραρρίνιους κόλπους.

Αν ρωτήσει κανείς κοινούς ανθρώπους με προβλήματα από το ανώτερο αναπνευστικό συνήθως απαντούν ότι έχουν "ιγμορίτιδα".

Αν τους ζητηθεί να περιγράψουν την ιγμοριτιδά τους, αναφέρουν ότι πάσχουν από πονοκεφάλους, οπισθορινικό κατάρρου, ρινόρροια, δυσχέρεια ρινιικής αναπνοής και φταρνίσματα.

Αν όμως ερευνηθεί ένας - ένας από αυτούς τους ανθρώπους θα βρεθεί ότι μόνον ένα μικρό ποσοστό πάσχει από ιγμορίτιδα και ότι συνήθως έχουν ρινίτιδες αλλεργικής ή άλλης φύσεως ή φλεγμονή και σε κάποιον άλλο παραρρίνιο κόλπο.

Συνεπώς απαιτείται παντοτε λεπτομερής λήψη ιστορικού προσεκτική κλινική εξέταση και ακριβής ακτινολογικός έλεγχος.

Αιτιολογία

Η παραρρινοκολπίτιδα μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε περίπτωση παρεμποδίζεται η αποχέτευση ενός ή περισσότερων παραρρίνιων κόλπων προς τη ρινική κοιλότητα.

Διάφοροι λοιμογόνοι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν παραρρινοκολπίτιδα, όπως ιοί (ιδίως στα παιδιά) και τα αερόβια και αναερόβια βακτηρίδια. Η συχνότερη αιτία οξείας παραρρινοκολπίτιδας είναι διάφοροι ιοί του κοινού κρυολογήματος.

Οι ιοί εισβάλλουν στους κόλπους με κατευθείαν επέκταση από τις ρινικές θαλάμες, δια μέσου των στομών και δια μέσου των λεμφαγγείων του βλεννογόνου. Τον ίδιο μηχανισμό χρησιμοποιούν πιθανόν και τα βακτηρίδια.

Η ιγμορίτιδα όμως οδοντογενούς αιτιολογίας προκαλείται από επέκταση των λοιμώξεων από το ακρορρίζιο ενός δοντιού προς το ιγμόρειο.

Τα βακτηρίδια που συνηθέστερα ανιχνεύονται στις καλλιέργειες εκκρίμάτων από τους παραρρινίους κόλπους είναι ο διπλόκοκκος της πνευμονίας, ο αιμόφιλος της ινφλουένζου, ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος, το κολοβακτηρίδιο, ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος. Ένας σημαντικός αριθμός παραρρινοκολπίτιδων οφείλεται σε ανασερόβιους μικροοργανισμούς.

Προδιαθεσιακοί παράγοντες

- 1). Λειτουργικοί
 - α. Λοιμώξεις.
 - β. Αλλεργική και μη αλλεργική ρινίτιδα ή άσθμα, ή και τα δύο.
 - γ. Φαρμακευτική ρινίτιδα.
 - δ. Βαροτραύμα: Παρατηρείται κυρίως σε πιλότους πολεμικών αεροσκαφών που υφίστανται αλλαγές υψομέτρου, με μεγάλη ταχύτητα.
- 2). Ανατομικοί
 - α. Η παρουσία πολυπόδων
 - β. Έντονη σκολίωση ρινικού διαφράγματος
 - γ. Όγκοι στη ρινική θαλάμη
 - δ. Είσοδος και παραμονή ξένου σώματος στη ρινική θαλάμη
 - ε. Έντονη υπερτροφία των αδενοειδών εκβλαστήσεων.

- 3). Ανοσοανεπάρκεια.
- 4). Ανώμαλίες του κροσωτού επιθηλίου.

Θεραπεία

Στην οξεία παραρρινοκολπίτιδα στοχεύει κανείς στην παροχέτευση του παραρρινίου κόλπου και στο ξερρίζωμα των παθογόνων μικροοργανισμών.

Κυρίως μπορεί να χρησιμοποιηθή η αμπικιλλίνη, αμοξικιλίνη, η κεφαδροξύλη σε γενναίες δόσεις. Σε ασθενείς ευαίσθητους στην πενικιλίνη μπορεί να χορηγηθεί τριμεθυπρίμησουλφαμεθοξοδόλη.

Βεβαίως αν κατά τις καλλιέργειες των εκκρίσεων μετά από παρακέντηση απομονωθεί κάποιος μικροοργανισμός, χορηγείται το αντιβιοτικό πρὸς το οποίο είναι ευαίσθητος. Ταυτόχρονα με τα αντιβιοτικά χορηγούνται και αποσυμφορητικά από το στόμα και τοπικά αποσυμφορητικά της μύτης.

Τα 3-4 πρώτα εικοσιτετράωρα μπορεί να χορηγηθούν σε μερικές περιπτώσεις κορτικοειδή από το στόμα ή ενδομυϊκώς.

Η παραρρινοκολπίτιδα αν μείνει χωρίς θεραπεία ή αντιμετωπιστεί ανεπιτυχώς μπορεί να μετατραπεί σε χρόνια παραρρινοκολπίτιδα ή να προκαλέσει οστεομυελίτιδα.

Άλλες επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν είναι η περικογχική κυτταρίτιδα ή απόστημα, τα αποστήματα των οφθαλμικών κόγχων.

Άσπανίως είναι δυνατόν από την επέκταση της παραρρινοκολπίτιδας να προκληθεί υποσκληρίδιο εμπύημα, εγκεφαλικό απόστημα, μηνιγγίτιδα.

Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί στην θεραπεία των αντιβιοτικών γίνεται παρακέντηση και αποχέτευση του ιγμορείου.

Το υγρό που λαμβάνεται καλλιεργείται και ανάλογα με την ευαισθησία χορηγείται το κατάλληλο αντιβιοτικό.

Αν μετά από αυτή τη φαρμακευτική αγωγή δεν έχουμε αποτελέσματα, τότε ενδείκνυται η χειρουργική αποκόλληση και καθαρισμός του ιγμορείου από τον βλεννογόνο και η δημιουργία αντροστομίας.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΕΣ

14.1 ΟΞΕΙΑ ΙΓΜΟΡΙΤΙΣ

Η οξεία λοίμωξη του ή των ιγμορείων άντρων είναι η συχνότερη από όλες τις παραρρινοκολπίτιδες. Η οξεία ιγμορίτιδα μπορεί να εγκατασταθεί σε ένα ιγμόρειο αρχικά υγιές, αλλά και πάνω σε ένα υπόστρωμα χρόνιας ιγμορίτιδας. Μπορεί να μήν είναι λοιμώδους αλλά αλλεργικής αιτιολογίας ή χημικών αντιδράσεων προς βιομηχανικά αέρια ή ατμούς ή άλλους εξωγενείς παράγοντες.

Κλινική εικόνα

Η λοίμωξη όμως μπορεί να προκαλέσει σαν πρώτο σημείο νευραλγικών άλγος στην περιοχή των οδόντων της άνω γνάθου.

Ο ασθενής αισθάνεται σαν να έχει πάθει ένα είδος κάκωσης στην παρειά και έχει ένα αίσθημα πληρότητας κάτω από τον οφθαλμό της πλευράς που πάσχει.

Κατά την προσθία ρινοσκοπία μπορεί να διακρίνει κανείς πύο στη περιοχή του μέσου ρινικού πόρου. Στα αρχικά στάδια μπορεί να υπάρχουν εκκρίσεις από την μύτη. Καθώς ο βλεννογόνος του ιγμορείου αναπτύσσει οίδημα και κλείνει το στόμιο, η μύτη μπορεί να διατηρείται χωρίς εκκρίσεις. Σε αυτή τη φάση ο άρρωστος πονάει και ανακουφίζεται μόλις διαφύγουν οι εκκρίσεις. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει πυρετό και δυσανάλογη γενική κακουχία. Ο πόνος μπορεί να αντανακλάται σε άλλα σημεία του προσώπου ή της κεφαλής.

Οι εκκρίσεις μπορεί να είναι πυοαιματηρές και μπορεί να

υπάρχει πυώδης οπισθορινικός κατάρρους και νυχτερινός βήχας κατά την κατάκλιση, αλλά που μπορεί να υπάρχει και την ημέρα. Στα παιδιά παρατηρείται οίδημα της παρειάς. Η μακρόχρονη αλλεργική ρινίτιδα ευνοεί την ανάπτυξη των ρινικών πολυπόδων που συνήθως εκφύονται από το ηθμοειδές σύμπλεγμα, αλλά και από το ιγμόρειο.

Διάγνωση:

A.- Διαφανοσκόπηση:

Η μέθοδος χρειάζεται σκοτεινό θάλαμο. Χρησιμοποιείται μία πηγή έντονου φωτός, από λαμπτήρα μικρών διαστάσεων, ο οποίος εισάγεται στο στόμα και εφάπτεται πρὸς τη σκληρή υπερώα. Συγκρίνεται το φῶς που μεταδίδεται πρὸς κάθε παρειά.

Η τεχνική αυτή βοηθάει στην διάγνωση, αν το φῶς μεταδίδεται ή δεν μεταδίδεται. Η μέθοδος αυτή χρειάζεται αρκετά μεγάλη εμπειρία.

B.- Υπερηχογράφηση:

Η χρήση των υπέρηχων βρήκε σημαντική εφαρμογή στην διάγνωση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας, στην οξεία ιγμορίτιδα και μετωπιαία κολπίτιδα. Η μέθοδος αυτή πλεονεκτεί σε σχέση με την ακτινογράφηση του κρανίου κατά το ότι μπορεί να δώσει αποδείξεις παρουσίας υγρού μέσα στα ιγμόρεια ή τους μετωπιαίους κόλπους αποφεύγοντας την ιονίζουσα ακτινοβολία.

Γ.- Ακτινογραφικός έλεγχος:

Με την τελευταία διακρίνονται σαφώς οι σχέσεις ιγμορείων

και οδόντων της άνω γνάθου και συμβάλλουν στην διάγνωση της ιγμορίτιδας και των κύστων οδοντογενούς αιτιολογίας. Στις ακτινογραφίες μπορεί να διακρίνει κανείς τον περιορισμό του αέρα των ιγμορείων που εκδηλώνεται με μερική ή ολική θόλωση των κοιλοτήτων ή συσσώρευση υγρού ή πάχυνση του τοιχωματικού βλεννογόνου.

Παρακέντηση του ιγμορείου:

Η διάγνωση της βακτηριδιακής ιγμορίτιδος μπορεί να επιβεβαιωθεί με την παρακέντηση ιγμορείου και την καλλιέργεια του πύου, που απορροφάται από αυτό. Οι ενδείξεις παρακέντησης σε ασθενείς ύποπτους για οξεία ιγμορίτιδα είναι:

Η μή κλινική ανταπόκριση με τη συμβατική θεραπεία, η ιγμορίτιδα σε ένα άτομο με ανοσοκαταστολή ή πρόκληση σοβαροτάτων συμπτωμάτων, όπως ο πονοκέφαλος ή η προσωπαλγία και όταν η ιγμορίτιδα βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

14.2 ΧΡΟΝΙΑ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ

Η χρόνια ιγμορίτιδα είναι αυτή που δεν έχει ανταποκριθεί στην φαρμακευτική θεραπεία ή αυτή που έχει θεραπευτεί με ανεπαρκή δοσολογία και διάρκεια χορήγησης των φαρμάκων αλλά σύντομα υποτροπιάζει. Σημαντικός παράγοντας χρονιότητας είναι η παρουσία αλλεργικής ρινίτιδας, η οποία δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες στο βλεννογόνο της μύτης και των ιγμορείων, ώστε να διαιωνίζεται η λοίμωξη.

Αιτιολογικοί παράγοντες:

Στην χρόνια ιγμορίτιδα αναφέρεται κυρίως η παρουσία των αναστρόβιων μικροβίων, που μπορεί να συνυπάρχουν με αερόβια.

Από τα εξιδρώματα του ιγμορείου απομονώνονται είδη βακτηριοειδών, αναερόβιοι θετικοί κατά GRAM κόκκοι που είναι ευαίσθητοι στην πενικιλίνη.

Ο Αιμόφιλος της ινφλουέντζας

Οι αιμολυτικοί στρεπτόκοκκοι

Ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος.

Είναι οι συχνότεροι μικροοργανισμοί που ανευρίσκονται στις χρόνιες ιγμορίτιδες των ενηλίκων.

Το συχνότερο αίτιο χρόνιας ιγμορίτιδας στα παιδιά είναι ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας. Είναι δυνατόν όμως να εντοπιστούν και ιοί (αδενοοϊδός, ρινοοϊδός και ιός Α της Ινφλουέντζας).

Στους ασθενείς με πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή ανοσοανεπάρκεια είναι δυνατόν να απομονωθούν μύκητες όπως ο MUCOR, Ασπέργιλλος και CONDIDA.

Κλινική εικόνα

Σε αντίθεση με την οξεία, τα συμπτώματα της χρόνιας ιγμορίτιδας εμφανίζονται ύπουλα ή απουσιάζουν.

Ο ασθενής παραπονείται για επίμονη ρινόρροια, ρινική απόφραξη, βλεννώδη ή πυώδη οπισθορινικό κατάρρου, χρόνιο βήχα, δύσσομη αναπνοή, δυσάρεστη γεύση, βράγχος φωνής που ποικίλλει κατά τις διάφορες ώρες της ημέρας.

Κατά τη ρινική εξέταση, στη ρινοσκόπηση ο βλεννογόνος έχει εικόνα χρόνιας ρινίτιδας. Κατά τη ρινοσκόπηση και φαρυγγοσκόπηση συνήθως παρατηρείται υπερτροφία των οπισθίων λεμφοειδίων και πυώδης οπισθορινικός κατάρρους με κίτρινη, πράσινη ή καφεοειδή χρώση. Το πύον όμως μπορεί να είναι άσπρο.

Μπορεί όμως να είναι εντονότατα δύσσομο, πράγμα που ση-

μαίνει την παρουσία αναερόβιων μικροβίων. Αν ο ασθενής αναφέρει την παρουσία πόνου, τούτο σημαίνει οξεία υποτροπή της ιγμορίτιδας. Αναζητούνται τα στίγματα αλλεργικής ρινίτιδας στη μύτη, στο πρόσωπο και στο στοματοφάρυγγα.

Ακτινολογικός έλεγχος

Τα ακτινογραφικά ευρήματα ποικίλουν από την πάχυνση του βλεννογόνου μέχρι την πλήρη θόλωση του ιγμορείου.

Η χρήση υπερήχων επιβεβαιώνει την παρουσία υγρού στα ιγμορεία που πολλές φορές δεν διακρίνεται στις ακτινογραφίες.

Θεραπεία

Στην οξεία και στην χρόνια ιγμορίτιδα εφαρμόζουμε ανάλογα με τα συμπτώματα του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΩΤΙΤΙΔΑΣ

15.1 ΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΣΗ ΩΤΙΤΙΔΑ: Γενικά χαρακτηριστικά

Ορισμός

Η εκκριτική μέση ωτίτιδα είναι η συλλογή υγρού στο μέσο ούς. Αυτό έχει σαν επακόλουθο την ελάττωση της κινητικότητας του τυμπάνου και την πρόκληση βαρικοΐας τύπου αγωγιμότητας που ποικίλλει σε βαθμό.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η εκκριτική ωτίτιδα μπορεί να είναι επακόλουθο παλλίνδρομης εισρόφησης ή εμφύσησης βακτηριδίων από το ρινοφάρυγγα δια μέσου της ευσταχιανής σάλπιγγας προς το μέσο ούς. Μία λοίμωξη ή η παρουσία αλλεργίας μπορεί να προκαλέσουν ενδογενή μηχανική απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας. Η παθογένεια της εκκριτικής ωτίτιδας φαίνεται να έχει σχέση με την ομαλή λειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας, που επηρεάζεται από την ομαλή κατάσταση και λειτουργία του συστήματος υπερώα, ρινικές κοιλότητες, ρινοφάρυγγας ευσταχιανής σάλπιγγας, μέσον ούς, μαστοειδείς κυψέλες.

Μέσα σε αυτό το σύστημα η ευσταχιανή σάλπιγγα κάνει τις εξής λειτουργίες.

- 1.- Προστατεύει το μέσον ούς από τις εκκρίσεις και τις πιέσεις του ήχου, από το ρινοφάρυγγα.
- 2.- Παροχετεύει προς το ρινοφάρυγγα τις εκκρίσεις που παράγονται στο μέσον ούς, καθαρίζοντας αυτό.

3.- Αερίζει το μέσον ούς, ώστε να εξισορροπείται η πίεση του αέρα μέσα στην κοιλότητα του μέσου ωτός με την ατμοσφαιρική πίεση. Όταν λειτουργεί φυσιολογικά η σάλπιγγα ανοίγει και κλείνει με διαλλείψεις που διατηρούν την ισορροπία των πιέσεων στο μέσον ούς.

Αν αυτή η λειτουργία είναι ανεπαρκής προκαλείται επίμονη απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας.

Παθολογική Φυσιολογία

Οι κυριότεροι μηχανισμοί πρόκλησης μέσης ωτίτιδας είναι:

1.- Απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας.

Μπορεί να είναι:

α). Ενδογενής απόφραξη: Οι συνηθέστεροι από αυτούς τους παθολογικοί παράγοντες είναι η λοίμωξη και η αλλεργία.

β). Εξωγενής απόφραξη: Παρουσιάζεται από την ύπαρξη κάποιου όγκου ή υπερτροφικών αδενοειδών εκβλαστήσεων.

2.- Ανώμαλη διάνοιξη του στομίου της ευσταχιανής σάλπιγγας.

Συνέπειες από την λειτουργική απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας:

α. Μέση ωτίτιδα με παλλινδρομήση υγρού.

β. Βακτηριδιακή μέση ωτίτιδα με διήθηση υγρού.

γ. Ατελεκτασία του τυμπάνου.

δ. Στεία μέση ωτίτιδα με διήθηση υγρού.

3.- Ρινική απόφραξη και λειτουργία της ευσταχιανής σάλπιγγας.

4.- Ανεπαρκής λειτουργία του κροσσώτου επιθηλίου του μέσου ωτός.

Ο ρόλος της αλλεργίας:

1.- Η αλλεργία προκαλεί διόγκωση του βλεννογόνου της ευστα-

χιανής σάλπιγγας.

2.- Η αλλεργία συμβάλλει συχνότατα στην πρόσκληση εκκριτικής ωτίτιδας, μετά από τη ρινική απόφραξη που συνοδεύει την αλλεργική ρινίτιδα.

Επαικόλουθο της απόφραξης είναι η εμφύσηση ρινοφαρυγγικών εκκρίσεων στο μέσον ούς, ή η ενδογενής απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας.

Βάσει των όσων περιγράφηκαν φαίνεται ότι παιδιά με συμπτώματα αλλεργίας του ανώτερου αναπνευστικού μπορεί να εκδηλώσουν μέση ωτίτιδα, σαν επακόλουθο της αλλεργίας τους.

15.2. ΟΞΕΙΑ ΜΕΣΗ ΟΤΙΤΙΔΑ ΜΕ ΣΥΣΣΩΡΕΥΣΗ ΥΓΡΟΥ

Η οξεία μέση ωτίτιδα με την κλασσική κλινική της εικόνα εμφανίζεται ξαφνικά με ωταλγία, πυρετό και βαρυνκοΐα από το αυτί που πάσχει. Συνήθως προηγείται για μερικές μέρες μία λοίμωξη των ανωτέρων αεροφόρων οδών.

Κατά την ωτοσκοπήση το τύμπανο φαίνεται υπεραίμικό και έχει μικρή κινητικότητα. Σε περιπτώσεις αμφιβολίας για την εντόπιση των συμπτωμάτων μπορεί να γίνει παρακέντηση του μέσου ωτός.

Αιτιολογία:

Από τις καλλιέργειες υγρού του μέσου ωτός σε ασθενείς με οξεία μέση ωτίτιδα βρέθηκαν τα ίδια βακτηρίδια που υπάρχουν στο ρινοφάρυγγα.

- 1.- Στρεπτόκοκκος της πνευμονίας
- 2.- Αιμόφιλος της ινφλουέντζας
- 3.- Β- αιμολυτικός στρεπτόκοκκος
- 4.- Ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος

- 5.- Στο 25% των εκκριμάτων του μέσου ωτός δεν αναπτύχθηκαν βακτηρίδια στις καλλιέργειες.
- 6.- Σε νεογνά βρέθηκε στο 20% των εκκριμάτων του μέσου ωτός GRAM αρνητικοί εντεροβάκιλλοι.

Θεραπεία:

Εφαρμόζεται αντιμικροβιακή θεραπεία εφόσον υπάρχει η κλασσική συμπτωματολογία. Επειδή σπάνια είναι κανείς απόλυτα σίγουρος για τον αιτιολογικό μικροοργανισμό, προτού νά αρχίσει θεραπεία χορηγείται:

αμοξυκιλλίνη, ή αμπικιλλίνη, ή κεφαλόρη, ή κεφαδροξύλη, σε δόσεις ανάλογα με το σωματικό βάρος του ασθενούς, συνήθως από το στόμα.

Στα αλλεργικά άτομα στην πενικιλλίνη μπορεί να χορηγηθεί ερυθρομυκίνη και κορτιμοξαζόλη.

Εκτός από τα αντιμικροβιακά χορηγούνται αναλγητικά, αντιπυρετικά και εφαρμόζεται τοπικώς θερμότητα.

Δεν έχει αποδειχθεί ότι τα αντιϊσταμινικά και αποσυμφορητικά φάρμακα δρούν αποτελεσματικώστην οξεία μέση ωτίτιδα.

Εφόσον επιμένει η ωτοδυσία ή ο πυρετός μετά από 24-28 ώρες πρέπει να γίνει παρακέντηση ή μυριγγοτομή για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς λόγους.

Το έκκριμα που λαμβάνεται από το μέσο ούς αποστέλλεται για καλλιέργεια και δοκιμασίες ευαισθησίας πρὸς τα αντιβιοτικά. Συνήθως το τύμπανο γίνεται τελείως φυσιολογικό μέσα σε 2 - 3 μήνες.

15.3 Β.-ΚΑΘΥΠΟΤΡΟΠΗΝ ΟΞΕΙΑ ΜΕΣΗ ΠΥΩΔΗΣ ΩΤΙΤΙΔΑ:

Μερικά άτομα και ιδίως τα παιδιά πάσχουν από καθ' υποτροπήν οξεία μέση πυώδη ωτίτιδα που εκδηλώνεται κάθε δύο ή τρεις εβδομάδες για μια περίοδο αρκετών μηνών μέχρι έτους.

Άλλα παιδιά εμφανίζουν την ωτίτιδα με κάθε λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος.

Η κατάσταση αυτή υποχωρεί με την κλασική θεραπεία.

Ερευνώντας το ιστορικό των παραπάνω παιδιών βρίσκει κανείς ότι στο 30 - 70% των περιπτώσεων κάποιος γονέας ή κοντινός συγγενής πάσχει από κάποια αλλεργική νόσο.

Αν το παιδί είναι αλλεργικό μπορεί να ανιχνεύσει κανείς την παρουσία αλλεργικής ρινίτιδας, εκζέματος, ασθματικής βρογχίτιδας, κνίδωσης, κ.λ.π.

Στο πρόσφατο ιστορικό αναζητούνται η ρινική απόφραξη, η ρινόρροια και ο χρόνιος βήχας.

Επίσης στην κλασική εικόνα υπάρχει περίπτωση να μην βρεθεί ο ωχροκύανος οιδηματώδης ρινικός βλεννογόνος.

Σε περίπτωση που από το ιστορικό της κλινικής εξέτασης ανακαλύψουν την παρουσία αλλεργίας απαιτείται λεπτομερής έρευνα με δοκιμασίες IN VIVO και IN VITRO.

Τα πιο συνηθισμένα αλλεργιογόνα είναι τα ακάρεα της σκόνης του σπιτιού και οι μύκητες. Η αλλεργία στις γύρεις προκαλεί συμπτώματα την άνοιξη και το φθινόπωρο.

Αν υπάρχει αλλεργία σε ποικίλα αλλεργιογόνα τα συμπτώματα διατηρούνται όλο το χρόνο, το ίδιο ισχύει και για την αλλεργία στις τροφές. Έτσι εκτός από την θεραπεία αποευσαισθητοποίησης, η κατάσταση αντιμετωπίζεται με μυριγγοτομή και τοποθέτηση τυμπανωσληνίσκου μαζί με την καθημερινή χορήγηση αμπικιλίνης και σουλφοναμιδών.

15.4. Γ.- ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΣΗ ΟΤΙΤΙΔΑ

Η χρόνια εκκριτική ωτίτιδα είναι συνήθως επακόλουθο της οξείας μέσης εκκριτικής ή οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας, στην οποία το έκκριμα διατηρείται στο μέσον ούς παρά την απομάκρυνση του πύου με κατάλληλα αντιμικροβιακά φάρμακα.

Η νόσος μπορεί να υποχωρεί και να υποτροπιάζει στα παιδιά και στους ενήλικες, ιδίως όταν αναπτύσσεται σε αλλεργικό υπέδαφος.

Κατά την ιστοσκοπήση παρατηρείται η κυρτότητα του τυμπάνου, το οποίο είναι συνήθως θολό.

Μπορεί όμως να διακρίνονται υδραερικά επίπεδα ή φυσαλλίδες αέρα πίσω από το τύμπανο κι ένα χρυσοκίτρινο ή κυανωπό υγρό. Η κινητικότητα του τυμπάνου διαταράσσεται.

Η εισολκή του τυμπάνου χωρίς τη συσώρευση υγρού στο μέσον ούς είναι ένδειξη παρουσίας αρνητικής πίεσης στο μέσον ούς, που όταν είναι έντονη χαρακτηρίζεται σαν ατελεκτασία του τυμπάνου.

Η κατάσταση συνοδεύεται από βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας.

Ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα πληρότητας του ωτός, εμβοές και καμιά φορά για ίλιγγο.

Κατά την ακοομέτρηση ανευρίσκεται η διαταραχή της ακουστικής ικανότητας. Κατά την εξέταση ασθενών με χρόνια εκκριτική ωτίτιδα πρέπει να αναζητείται η ύπαρξη κάποιας αλλεργίας. Συνήθως οι ασθενείς και ιδίως τα παιδιά έχουν υποστεί αδενοειδεκτομή και αμυγδαλεκτομή για το πρόβλημά τους, ή έχουν υποστεί μία ή περισσότερες μυριγγοτομές κατά το παρελθόν και τοποθετήσεις τυμπανοσωληνίσκων χωρίς επιτυχία.

Οι ασθενείς με χρόνια εκκριτική μέση ωτίτιδα, αρχικά πρέπει να παίρνουν αντιμικροβιακά φάρμακα, γιατί είναι συχνή η παρουσία βακτηριδίων μέσα στο έκκριμα του μέσου ωτός.

Δεν έχει αποδειχθεί προς το παρόν η κλινική σημασία της παρουσίας αυτών των βακτηριδίων για την καθυποτροπή ή χρόνια μέση εκκριτική ωτίτιδα καθώς επίσης και η αποτελεσματικότητα των αντιμικροβιακών, των αντιϊσταμινικών και των αποσυμφορητικών στην χρόνια μέση εκκριτική ωτίτιδα.

Σε μερικές περιπτώσεις η δοκιμασία VALSALVA και η εμφύσηση αέρα με ασκό του POLITZEV έδωσαν θετικά αποτελέσματα.

Στις περιπτώσεις που αποτυγχάνει η φαρμακευτική αγωγή ενδείκνυται η μυριγγοτομή, η αναρρόφηση του εκκρίματος και η τοποθέτηση του τυμπανωσληνίσκου.

Οι ενέργειες αυτές είναι ευεργετικές όταν υπάρχει ατελεκτασία και όταν ο ασθενής έχει έντονα συμπτώματα όπως ο πόνος, βαρηκοΐα, ίλιγγος, ή εμβοές.

Οι τυμπανωσληνίσκοι προλαβαίνουν τις μόνιμες αλλοιώσεις και την δημιουργία χολοστιατώματος.

Μετά την τοποθέτηση τυμπανωσληνίσκου μπορεί να προκληθεί μόλυνση με ωτόρροια που μπορεί να θεραπευτεί με την τοπική εφαρμογή ωτικών σταγόνων.

Η πρόγνωση της χρονίας μέσης εκκριτικής ωτίτιδας είναι καλή, γιατί με την πάροδο της ηλικίας των παιδιών η νόσος αυτοπεριορίζεται.

Εφαρμόζεται επίσης η θεραπεία αποευαισθητοποίησης για εισπνεόμενα αλλεργιογόνα και τροφές προς τα οποία ήταν ευαίσθητα ή τέθησαν κάτω από ορισμένη αντιαλλεργική δίαιτα.

Πολλά παιδιά είχαν υποστεί αδενοειδεκτομή και αμυγδαλε-

κτομή εφόσον όμως δεν υπάρχει ιστορικό αποδεδειγμένων καθυποτροπήν αμυγδαλίτιδων, η αμυγδαλεκτομή δεν φαίνεται να τροποποιεί την πορεία της εκκριτικής μέσης ωτίτιδας.

15.5. Δ.- ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΣΗ ΠΥΩΔΗΣ ΟΤΙΤΙΔΑ

Η χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα είναι επακόλουθο της καθυποτροπήν οξείας μέσης πυώδους ή εκκριτικής ωτίτιδας, συνήθως κατά την παιδική ηλικία.

Σε μακροχρόνιες περιπτώσεις χρονίας μέσης ωτίτιδας με διάτρηση και ωτόρροια μπορεί η αλλεργία να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα χρονιότητας.

Στο παρελθόν του ασθενούς μπορεί να αποκαλυφθούν κρίσεις αλλεργικής ρινίτιδας, που συχνότατα ο ασθενής τις αναφέρει σαν ιγμορίτιδας. Μπορεί οι περίοδοι της ωτόρροιας να συμπίπτουν με τις εποχιακές κρίσεις της εποχιακής αλλεργικής ρινίτιδας. Κατά την κλινική εξέταση μπορεί να βρεθεί σημειολογία αλλεργίας από τη μύτη ή το φάρυγγα.

Η επιμονή βλεννώδους ωτόρροιας και η παρουσία ενός βλενογόνου του μέσου ωτός με ύγρανση και πάχυνση που αποκαλύπτει μετά από προσεκτικό καθαρισμό με βαμβάκι & αναρρόφηση βάζει την υποψία αλλεργικής μέσης ωτίτιδας.

Αναζητείται το αίτιο της αλλεργίας με δοκιμασίες IN VIVO και IN VITRO και εφαρμόζεται ανοσοθεραπεία πριν από οποιαδήποτε επέμβαση στο αυτί.

Οποιαδήποτε επιβεβλημένη χειρουργική επέμβαση στο αυτί πρέπει να γίνεται σε εποχή ελάχιστης αλλεργικής δραστηριότητας.

Με την ανοσοθεραπεία και την αντιαλλεργική αγωγή υποχω-

ρεί συνήθως η βλεννώδης ωτόρροια. Ο βλεννογόνος πιθανόν να βελτιωθεί.

Σε περίπτωση όμως που η φλεγμονή είναι μακροχρόνια, η σοβαρή υπερτροφία του βλεννογόνου δύσκολα μπορεί να υποχωρήσει.

Η αναγνώριση των αλλεργικών παραγόντων και η αντιμετώπισή τους δε σημαίνει ότι δεν πρέπει να εφαρμοστεί η τυμπανοπλαστική.

Η σωστή αντιμετώπιση της αλλεργίας αυξάνει την πιθανότητα επιτυχίας της τυμπανοπλαστικής και διατήρηση των αποτελεσμάτων της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΥΓΓΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΑΣ ΑΓΓΕΙΟΝΕΥΡΩΤΙΚΟΝ ΟΙΔΗΜΑ.

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ.

Η αλλεργική λαρυγγίτιδα συνήθως είναι δευτεροπαθής της αλλεργικής ρινίτιδας ή εκδηλώνεται ταυτόχρονα με αυτήν.

Δυνατόν να συνυπάρχει και με αλλεργική ρινοφαρυγγίτιδα.

Η προσβολή του λάρυγγα συνήθως επεκτείνεται και στην τραχεία και προκαλείται η αλλεργική λαρυγγοτραχειίτιδα.

Σε περίπτωση προσβολής της θωρακικής μοίρας της τραχείας προκαλείται η τραχειοβρογχίτιδα.

Συχνότητα

Ο λάρυγγας αποτελεί εστία αλλεργικών εκδηλώσεων.

Μορφές

Περιγράφονται δύο μορφές αλλεργίας του λάρυγγα, η οξεία ή αναφυλακτική και η χρονία.

16.1. ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

Η ΟΞΥ ΑΓΓΕΙΟΝΕΥΡΩΤΙΚΟΝ ΟΙΔΗΜΑ

Η κατάσταση αυτή πρέπει να αναγνωρίζεται αμέσως γιατί αν δεν εφαρμοστεί ταχύτατα η κατάλληλη θεραπεία, μπορεί να καταλήξει σύντομα στο μοιραίο.

Αυτό οφείλεται στο ότι ο λάρυγγας και οι γύρω από αυτόν ιστοί περιέχουν χαλαρό συνδετικό ιστό που διευκολύνει την ανάπτυξη και εξάπλωση του οιδήματος.

Το οίδημα εξαπλώνεται στην επιγλωττίδα, στις αρυταινοειδείς πτυχές, τις πτυχές της λαρυγγικής κοιλίας, τις φωνητικές χορδές και το υπογλωττιδικό χώρο.

Αν δεν διατηρηθεί ανοικτή η αεροφόρος οδός με ιατρική παρέμβαση το μοιραίο είναι συνήθως αναπόφευκτο.

Υπάρχουν περιπτώσεις, στις οποίες συνυπάρχουν συμπτώματα αλλεργικής προσβολής της μύτης ή του φάρυγγα.

Αιτιολογία

Οι συνηθέστερες αιτίες οξέος οιδήματος του λάρυγγα είναι η εισπνοή αλλεργιογόνων ουσιών, η λήψη αλλεργιογόνων τροφών ή φαρμάκων ή μετά από τσίμπημα εντόμου.

Τα συνηθέστερα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν οξύ οίδημα του λάρυγγα είναι η ασπιρίνη, τα αντιβιοτικά, (πενικιλίνες, κεφαλοσπορίνες).

Η ασπιρίνη προκαλεί αλλεργική αντίδραση, όταν χορηγείται παραντερικώς και λιγότερο με λήψη από το στόμα.

Σε πολλές περιπτώσεις το οίδημα μπορεί να εμφανιστεί μετά από 2 - 4 ημέρες και αφού προηγηθεί κνίδωση και γενικευμένο οίδημα του κορμού. Άλλοτε πάλι η αντίδραση είναι οξεία αναφυλακτική.

Άλλα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν οξύ οίδημα του λάρυγγα είναι τα ιωδιούχα και το εμβόλιο διφθεριτικής και τιτανικής αντιτοξίνης.

Σε ορισμένα άτομα, ορισμένες τροφές μπορεί να προκαλέσουν οξύ οίδημα του λάρυγγα. Το τσίμπημα μέλισσας ή σφήκας μπορεί να προκαλέσει οίδημα του λάρυγγα που συνοδεύεται συνήθως από την εικόνα της οξείας αναφυλακτικής αντίδρασης.

Κλινική εικόνα

Ανάλογα με την έκταση που καταλαμβάνει το οίδημα στο βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα του λάρυγγα τα συμπτώματα ποικίλλουν.

Ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί κνησμό και αίσθημα πληρότητας στο λάρυγγα, δυσκολία να καταπιή το σάλιο του και αίσθημα πνιγμονής. Το τελευταίο αποτελεί σήμα έγκαιρης θεραπευτικής επέμβασης. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει οίδημα των χειλέων, της γλώσσας, του φάρυγγα, και του λάρυγγα.

Διαφορική διάγνωση

Το οξύ αγγειονευρωτικό οίδημα του λάρυγγα πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από το κληρονομικό αγγειονευρωτικό οίδημα, το οποίο δεν συνοδεύεται από αίσθημα κνησμού και στο ιστορικό του ασθενούς αναφέρονται οίδημα σε διάφορα σημεία του σώματος.

Θεραπεία

- 1.- Επινεφρίνη
- 2.- SOLU -CORTEF των 100 ή 250mg ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως.

Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί στην ιατρική θεραπεία και επιδεινώνεται η συμπτωματολογία του εξασφαλίζεται το ανοικτό της αεροφόρου οδού με διασωλήνωση της τραχείας ή κρικοθυροειδοτομία.

Αν το οίδημα είναι τόσο απότομο και εκτεταμένο ο ασθενής μπορεί να διασωθεί μόνο με έγκαιρη τραχειοστομία.

16.2. ΧΡΟΝΙΑ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ.

Η κατάσταση αυτή παραμένει αδιάγνωστη ή διαγιγνώσκεται εσφαλμένα.

Κλινική εικόνα

Ο ασθενής παραπονείται για βράγχος ή σπάσιμο της φωνής του. Κατά την έμμεσο λαρυγγοσκοπήση παρατηρείται ένα λεπτό οίδημα των χειλέων των φωνητικών χορδών.

Η αλλεργική λαρυγγίτιδα διαδράμει χωρίς να δώσει σημασία, ό ωτορριλαρυγγολόγος, γιατί εστιάζει την προσοχή του στα ρινικά και τα φαρυγγικά συμπτώματα. Τα λαρυγγικά συμπτώματα είναι τόσο μικρά και ασήμαντα ώστε πολλοί ασθενείς που πάσχουν από ετήσια ή εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα δεν τα αναφέρουν και δεν παραπονούνται για την αλλαγή της ποιότητας της φωνής τους εκτός αν είναι επαγγελματίες του λόγου (τραγουδιστές, ομιλητές).

Η οξύτητα του ήχου που παράγει μια φωνητική χορδή που κάλλεται εξαρτάται από τη μάζα και την ευκαμψία της φωνής.

Όποτε αν προκληθεί μία ελαφριά αύξηση του όγκου της φωνητικής χορδής, διαταράσσεται η επαγγελματική ικανότητα της φωνής.

Διαφορική διάγνωση

Το οίδημα των φωνητικών χορδών μπορεί να είναι αλλεργικό ή φλεγμονώδες.

Το αλλεργικής αιτιολογίας οίδημα έχει μια ωχή απαστράπτουσα εμφάνιση.

Οι επιφάνειες επαφής των φωνητικών χορδών είναι περισσότερο λευκωπές.

Το φλεγμονώδες αιτιολογίας οίδημα προκαλεί έντονη υπεραιμία και ερυθρότητα των φωνητικών χορδών. Εξάλλου ο έλεγχος της μύτης και του ρινοφάρυγγα αποκαλύπτει την αλλεργική ή φλεγμονώδη εικόνα του βλεννογόνου.

Το μικρού βαθμού οίδημα του λάρυγγα που μπορεί να παρατηρηθεί στον υποθυρεοειδισμό μοιάζει με το της αλλεργίας.

Συνήθως όμως αν στο βλεννογόνο των ρινικών κόγχων γίνει επάλληψη με κάποιο αγγειοσυσπαστικό ο βλεννογόνος ρικνούται ενώ στον υποθυρεοειδισμό δεν συμβαίνει αυτό.

Αιτιολογία

Το χρόνιο μικρού βαθμού οίδημα του λάρυγγα συνήθως προκαλείται από ατμοσφαιρικά αλλεργιογόνα ή τροφικά ή και τα δύο ή μετά από τη λήψη ορισμένων φαρμάκων.

Από τα ατμοσφαιρικά αλλεργιογόνα ενοχοποιούνται η σκόνη, οι σπόροι των μυκήτων, οι γύρεις, τα επιθήλια ζώων, κ.λ.π.

Τα συνηθέστερα φάρμακα που έχουν ενοχοποιηθεί είναι η πενικιλίνη, τα ιωδιούχα και η νεομυκίνη.

Από τις τροφές ενοχοποιούνται κυρίως τα δημητριακά, αραβσίτος, αυγό, γάλα, ζύμες, πατάτες σοκολάτες, τομάτες, σόγια, χυμοί φρούτων, κ.λ.π.

Θεραπεία

Η θεραπεία της χρόνιας αλλεργικής λαρυγγίτιδας είναι αιτιολογική. Αν οφείλεται σε λήψη φαρμάκων διακόπτεται η λήψη τους.

Αν οφείλεται σε τρόφιμα, αφαιρείται από το διαιτολόγιό του.

Όσο για τα ατμοσφαιρικά αλλεργιογόνα γίνονται δοκιμασίες IN VIVO και IN VITRO και ο πάσχων μπαίνει σε θεραπεία αποευσαισθητοποίησης.

Για την επείγουσα αντιμετώπιση του βράγχους της φωνής χορηγείται η πρεδνιζόνη, ή πρεδνιζολόνη, άλλοι χορηγούν τριαμσινολόνη.

Τα αντιϊσταμινικά χορηγούνται πολύ προσεκτικά στη χρόνια αλλεργική λαρυγγίτιδα γιατί προκαλούν ξηρότητα των βλεννογόνων.

16.3. ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΑΣ

Η αλλεργία της τραχείας είναι συνώνυμη με τον αλλεργικό βήχα, αλλεργικό GROUP ή σύνδρομο αλλεργικού βήχα.

Κλινική εικόνα

Οι περισσότεροι ασθενείς με αλλεργία της τραχείας έχουν ηλικία 3 - 8 ετών, μπορεί όμως να είναι μεγαλύτερα παιδιά ή ενήλικες.

Η αλλεργία της τραχείας συνοδεύεται από σοβαρό παροξυσμικό βήχα που μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες, ή χρόνια.

Ο βήχας είναι ταχύτατος και καμιά φορά υλακώδης.

Συχνότατα είναι ξερόβηχας που εκδηλώνεται σε διάφορους ασθενείς, σε διάφορες ώρες, συνήθως τη νύχτα κι άλλοτε κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Μπορεί να συνοδεύεται σε μερικά άτομα από βλεννοπυώδη απόχρεμψη. Άλλες φορές ο βήχας είναι τόσο έντονος που προκαλείται έμετος.

Κατά την οπίσθια ρινοσκοπία παρατηρείται συνήθως επίμονος οπισθορινικός κατάρρους, ή άλλα σημεία αλλεργίας.

Οι ασθενείς αναφέρουν επιδείνωση του βήχα αν προσβληθούν από λοίμωξη των ανωτέρων αεροφόρων οδών ή σε εποχές που αυξάνουν τα εποχιακά αλλεργιογόνα προς τα οποία είναι ευαίσθητοι. Ο επίμονος βήχας ερεθίζει τις φωνητικές χορδές με επακόλουθο την πρόκληση βράγχους της φωνής.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς αναφέρουν απώλεια βάρους.

Διαφορική διάγνωση

Αποκλείονται ο κοκκίτης, οι ιογενείς ή οι βακτηριδιακές λοιμώξεις, τα ξένα σώματα στην τραχεία ή τον οισοφάγο, τα ενδοτραχειακά ή εξωτραχειακά νεοπλάσματα και η κυστική ίνωση.

Ο κοκκίτης είναι ασυνήθης, γιατί γίνονται πια συστηματικά, εμβολιασμοί.

Οι ιογενείς λοιμώξεις προκαλούν λευκοπενία και σχετική λεμφοκυττάρωση. Ο ασθενής αναφέρει πυρετό και πυώδη απόχρεμψη.

Οι βακτηριδιακές λοιμώξεις συνοδεύονται από την σημειολογία της λοίμωξης των ανώτερων αεροφόρων οδών, πυρετό, λευκοκυττάρωση και πυώδη απόχρεμψη.

Τα ξένα σώματα ανακαλύπτονται ακτινογραφικώς ή με ενδοσκοπική της τραχείας ή του οισοφάγου.

Οι όγκοι της τραχείας είναι σπάνιοι στα παιδιά όχι τόσο στους ενήλικες αλλά πρέπει να αποκλείονται γι' αυτό χρησιμοποιούνται οι κατάλληλες ακτινογραφικές προβολές οι οποίες βοηθούν στην προβολή της τραχείας.

Σε άλλες περιπτώσεις γίνεται η βρογχοσκοπική.

Αφού αποκλειστούν τα παραπάνω η διάγνωση της αλλεργίας της τραχείας γίνεται από το ιστορικό, τον τυπικό χαρακτηριστικό βήχα, το θετικό ιστορικό οικογενειακής αλλεργίας, την παρουσία άλλων αλλεργικών εκδηλώσεων σε άλλες περιοχές του σώματος και τις θετικές δοκιμασίες αναζήτησης αλλεργίας IN VIVO ή IN VITRO.

Θεραπεία

Χαρακτηριστικό της αλλεργικής τραχειίτιδας είναι η μη ανταποκρισή της μετά από τη χορήγηση αντιβιοτικών, ισχυρών

αντιβηχικών ή αντιϊσταμινικών.

Η συμπτωματική θεραπεία της είναι δύσκολη. Σε μερικές περιπτώσεις δρούν ευεργετικά οι εισπνοές υδρατμών. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες, του παροξυσμού του βήχα προηγείται κνησμός στο φάρυγγα, η χορήγηση σιροπίου πυριβενζαμίνης μπορεί να ανακόψει την κρίση του βήχα.

Χορηγούνται κορτικοστεροειδή για σύντομο χρονικό διάστημα. Επίσης χορηγείται ORAKANYL με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17

17.1. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

ΑΠΟΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Είναι μία θεραπευτική μέθοδος κατά την οποία χορηγούνται βαθμιαία αυξανόμενες δόσεις αλλεργιογόνου, πρὸς το οποίο ο ασθενής παρουσιάζει ευαισθησία.

Ενδύοντας σταδιακά αυξανόμενες δόσεις του αλλεργιογόνου, αυξάνει η κλινική ανοχή πρὸς αυτό.

Τελικά βελτιώνεται κλινικά ο ασθενής ή προστατεύεται από την εκδήλωση των συμπτωμάτων όταν εκτίθεται σε ένα ορισμένο αλλεργιογόνο.

Επειδή οι ανοσολογικές αλλαγές που προκαλούνται μετά την χορήγηση των ενέσεων του αλλεργιογόνου, μπορούν να μετρηθούν, γι' αυτό η αποευαισθητοποίηση ονομάστηκε **Ανοσοθεραπεία**.

Η ανοσοθεραπεία πρωτοεμφανίστηκε από τον ΝΟΟΝ το 1911.

Σκοπός του ΝΟΟΝ ήταν να περιορίσει το τοξικό αποτέλεσμα των γύρεων, χορηγώντας εμβόλιο αποστάγματος γύρεων.

Ανοσολογικές μεταβολές που προκαλούνται με την ανοσοθεραπεία

- 1.- Παραγωγή προστατευτικών αντισωμάτων
- 2.- Ελάττωση των ειδικών IgE αντισωμάτων.
- 3.- Αύξηση των IgA αντισωμάτων
- 4.- Ελάττωση της ευαισθησίας των βασεοκυττάρων πρὸς το αλλεργιογόνο, μετρώντας την απελευθέρωση ισταμίνης.
- 5.- Περιορισμός της έντασης των δοκιμασιών προκλήσεων συμπτωμάτων.
- 6.- Αύξηση της παραγωγής των ανασταλτικών T - λεμφοκυττάρων που οδηγεί σε ελάττωση της σύνθεσης των IgE αντισωμάτων.

Αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας σε σχέση με τις ενδείξεις της.

Κατ' αρχήν πρέπει να πούμε ότι η συμβατική οδός χορήγησης των εκχυλισμάτων είναι η υποδόρια.

Συνοπτικά μπορούμε να πούμε ότι οι ενδείξεις για αποευσαισθητοποίηση ποικίλουν. Η αύξηση όμως των γνώσεών μας για τα αλλεργιογόνα, τα εκχυλίσματα των αλλεργιογόνων και τα αποτελέσματα της αποευσαισθητοποίησης, έκαναν την τελευταία, επικουρική της θεραπείας αποφυγής και της φαρμακοθεραπείας.

Η ανοσοθεραπεία σήμερα μπορεί να συστηθεί στα αλλεργικά άτομα πρός το δηλητήριο της μέλισσας και της σφήκας.

Συνίσταται επίσης η ανοσοθεραπεία στην εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα, στην ετήσια, εφόσον τα συμβατικά φάρμακα δεν ανακουφίζουν τον ασθενή.

Η ετήσια αλλεργική ρινίτιδα και οι επιπλοκές της, όπως η εκκριτική ωτίτιδα και η παραρρινοκολπίτιδα μπορούν να βελτιωθούν σημαντικότερα ή και να θεραπευτούν με την ανοσοθεραπεία, εφόσον τα συμβατικά φάρμακα έχουν αποτύχει.

Το αλλεργικό στοιχείο του βρογχικού άσθματος πρέπει να ερευνάται και να αντιμετωπίζεται με αποευσαισθητοποίηση.

Τέλος η ανοσοθεραπεία είναι αποτελεσματική μόνο στις αντιδράσεις υπερευαισθησίας τύπου I.

Η ατοπική δερματίτιδα και η κνίδωση δεν αντιμετωπίζονται με ανοσοθεραπεία. Δεν εφαρμόζεται ανοσοθεραπεία στην αγγειοκινητική ρινίτιδα, χρόνια ιγμορίτιδα, ηωσινοφιλική μη αλλεργική ρινίτιδα, το άσθμα μη αλλεργικής αιτιολογίας, την τροφική αλλεργία και την εξωγενή αλλεργική κυψελίτιδα κ.λ.π.

Η ανοσοθεραπεία συνήθως τροποποιεί τις αλλεργικές νόσους και πολλές φορές τις εξαφανίζει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΩΡΑ., ΣΥΝΗΘΗ - ΕΚΤΑΚΤΑ-
ΤΥΧΑΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ.

18.1. ΣΥΝΗΘΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Κύρια νοσηλευτική φροντίδα στα συνήθη περιστατικά των αλλεργικών παθήσεων στην ΩΡΑ. δεν υπάρχει και τον πρωταρχικό ρόλο στην άμεση αντιμετώπισή τους παίζει ο/4 νοσηλευτής (τρία) διότι αυτός είναι ο πρώτος που έρχεται σε άμεση επαφή μαζί του δηλ. του ασθενή.

Κατ' αρχήν πρέπει να προσδιορίσει την αιτία που προκάλεσε την αλλεργία ώστε να την αντιμετωπίσει ανάλογα. Βέβαια σε αυτό παίζει ρόλο, οι γνώσεις, ή η εμπειρία που έχει αποκτήσει κατά την διάρκεια των σπουδών.

Για παράδειγμα, αν σε περίπτωση δήγματος εντόμου, εισπνοή αλλεργιογόνων ουσιών, λήψη αλλεργιογόνων τροφών, ή φαρμάκων, ο ασθενής παρουσιάσει έντονη δύσπνοια (λόγω οιδήματος του λάρυγγα) προσπαθούμε να διατηρήσουμε ανοιχτές τις αερόφορους οδούς με διασωλήνωση της τραχείας και στην συνέχεια χορήγηση O_2 . Ταυτόχρονα με αυτές τις ενέργειες ετοιμάζουμε την έγχυση κορτικοστεροειδούς ουσίας ενδομυϊκώς (IM) ή ενδοφλεβίως (IV) SOLU CORTEF . Επίσης παρακολουθούμε τα ζωτικά σημεία για τυχόν παρεκκλίσεις από τα φυσιολογικά επίπεδα.

Καθήκον του νοσηλευτή (τρία) είναι να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με τις νοσηλευτικές διαδικασίες που έγιναν, με σκοπό την μείωση της ανησυχίας και τόνωση του ηθικού του,

δινοντάς του ικανοποιητικές απαντήσεις για το τι συμβαίνει.

Επίσης ο νοσηλευτής (τρία) είναι υπεύθυνος για την διαφύλαξη του ασθενούς κατά την εξοδό του από το νοσοκομείο.

Συγκεκριμένα θα πρέπει να του αναφερθεί στίς αιτίες που προκαλούν αλλεργία, δηλ. να προσέχει την διατροφή του αποφεύγοντας τις τροφές στις οποίες είναι ευαίσθητος. Να μην χρησιμοποιεί κολώνιες ή αποσμητικά τα οποία προσελκύουν εντομα, να αποφεύγει την οσμή ορισμένων λουλουδιών. Ακόμη τονίζεται η αποφυγή έκθεσης του ατόμου σε μολυσμένη ατμόσφαιρα, σε χώρους καπνιστών καθώς και ορισμένων χημικών ουσιών ή απορρυπαντικών.

Αν έχει εντοπιστεί η ευαισθησία του σε διάφορα φάρμακα, δεν πρέπει μόνο να τα αποφεύγει αλλά και να ενημερώνει απαραίτητως το γιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό σε τυχόν εισαγωγή του στο νοσοκομείο.

Όταν η απομάκρυνση της υπεύθυνης ουσίας δεν είναι δυνατόν να γίνει, θα προχωρήσουμε σε μια θεραπεία ειδικής αποευαισθητοποίησης (εμβόλια) ειδικά για το υπεύθυνο αντιγόνο.

18.2. ΕΚΤΑΚΤΑ - ΤΥΧΑΙΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ.

Στα έκτακτα περιστατικά π.χ. σε οίδημα που είναι απότομο ή εκτεταμένο ο ασθενής μπορεί να διασωθεί μόνο με έγκαιρη τραχειοτομή. Στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του Νοσηλευτή (τρία) είναι σημαντικός γιατί θα πρέπει να τον διακρίνει η παρατηρητικότητα, ετοιμότητα, επιδεξιότητα στις κινήσεις του και πλήρη υπευθυνότητα των πράξεών του, ώστε να έχει τη δυνατότητα να ετοιμάσει τον ασθενή για την εισαγωγή του στο χειρουργείο.

Έτσι θα πρέπει να έχει ετοιμαστεί δίσκος, τραχειοτομή,

τα ανάλογα SET χειρουργείου και να κάνει σωστή αναφορά στο γιατρό, των παρατηρήσεών του για το συγκεκριμένο περιστατικό.

Σε περίπτωση τυχαίου περιστατικού για παράδειγμα σε δρόμο, ειδρομή ή οπουδήποτε αλλού και εδώ η παρέμβαση του νοσηλευτή (τρία) είναι σπουδαία γιατί από αυτόν εξαρτάται η ζωή του. Και πάλι οι γνώσεις και η εμπειρία θα τον οδηγήσουν στη σωστή και άμεση αντιμετώπιση του περιστατικού.

Συνηθίζεται τα τελευταία χρόνια, άτομα που είναι αλλεργικά σε κάποιο είδος αλλεργίας να φορούν μεταλλική πλάκα (μενταγιόν). Έτσι δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευτή (τρία) ν' αντιμετωπίσει άμεσα και αποτελεσματικά το περιστατικό.

Για παράδειγμα κερδίζει χρόνο να τον τοποθετήσει σε κατάλληλη θέση και να βρει κάποιο αιχμηρό αντικείμενο για να κάνει τραχειοτομή προκειμένου να τον σώσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μετά απο μία πολύμηνη προσπάθεια, η εργασία μας έφθασε στο τέλος της.

Η κατά γενικήν ομολογία, δυσκολία του θέματος καθώς και κάποιες απρόβλεπτες δυσχέρειες σε προσωπικό επίπεδο που προέκυψαν στην πορεία, καθυστέρησαν μέν, αλλά, δεν απέτρεψαν ένα τέλος, αίσιο ελπίζουμε.

Το πλάνο που είχε τεθεί αρχικά, ακολουθήθηκε, όσο το δυνατόν καλύτερα. Ελπίζουμε ότι το θέμα των αλλεργιών καλύφθηκε τόσο, ώστε η εργασία μας να υποβάλλεται για εξέταση σαν κάποια αξιοπρόσεκτη και αξιοπρεπή προσπάθεια.

Κάποια συμπεράσματα που γεννήθηκαν, πέρα από όσον αφορά το θέμα της εργασίας, πιστεύουμε ότι πρέπει να αναφερθούν.

Ένα από αυτά είναι η, αν όχι άρνηση, η μή προθυμία για βοήθεια που αντιμετωπίσαμε από πλευράς του Ιατρικού αλλά και του Νοσηλευτικού χώρου. Αυτό το σημείο θα πρέπει να θεωρηθεί σημαντικό, γιατί έχει να κάνει με την άνοδο ή μή του επιστημονικού επιπέδου στη χώρα μας.

Βέβαια η προσπάθειά μας δεν είχε το χαρακτήρα εργασίας με σκοπό επίσημα συμπεράσματα και στατιστικές. Ήταν απλά μια προσπάθεια, φιλότιμη πράγματι, για να παρουσιασθεί μια καλή εργασία που να δικαιολογεί την επιθυμία μας να ονομαστούμε πτυχιούχοι Νοσηλευτές. Δεν αξιώσαμε να γίνει η εργασία μας εγχειρίδιο σε κάποια πανεπιστημιακή αίθουσα ούτε να δούμε τα ονόματά μας τυπωμένα σε κάποια ιατρικά χρονικά.

Αυτό όμως δεν δικαιολογεί την αδιαφορία που συναντήσαμε σε κάποιους χώρους που θελήσαμε να κινηθούμε. Αυτό δικαιολογεί ίσως, κάποιες ατέλειες που θα διακρίνει κάποιος, στην εργασία μας.

Ένα άλλο συμπέρασμα είναι το μέτριο, έως πολλές φορές χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του απλού ανθρώπου που συναντήσαμε στην πορεία.

Πράγματι, σε κάποιες περιπτώσεις, συναντήσαμε έλλειψη βασικών γνώσεων αλλά και πρέπει να το αναφέρουμε, θέληση για μάθηση και δίψα για ενημέρωση. Τίς πταίει;

Ο τρόπος ζωής του Έλληνα και η καθημερινότητα που τον κρατούν μακριά από τη μάθηση και την επιμόρφωση; Η μη καλή προσπάθεια των φορέων για ενημέρωση του κοινού; Ποιός είναι άραγε ο παράγοντας που δρά τόσο αρνητικά στη μάθηση;

Άλλο ένα συμπέρασμα, αφορά το νοσηλευτικό χώρο: Αυτό που λέμε αναβάθμιση της νοσηλευτικής στη χώρα μας, χρειάζεται ακόμα μεγάλη προσπάθεια για να επιτευχθεί. Χρειάζεται, πιστεύουμε, συλλογική προσπάθεια, για να μπορέσει ο καθένας του χώρου μας, να φέρει επάξια τον τίτλο του πτυχιούχου νοσηλευτή. Μεγαλύτερη, λοιπόν, προσπάθεια για απόκτηση γνώσεων και κίνητρα για να αναπτύξει ο κάθε νοσηλευτής την τάση για μάθηση και συνεχή διεύρυνση των γνώσεών του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΩΡΛ. ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΜΩΝ
ΑΡΚΑΔΙΑΣ ΚΑΙ ΑΧΑΪΑΣ. (ΕΤΟΣ 1989).

Άραγε η πρόοδος που έχει σημειώσει τα τελευταία χρόνια η Ιατρική επιστήμη, κατάφερε να αντιμετωπίσει άμεσα την εμφάνιση των αλλεργικών παθήσεων στην ΩΡΛ;

Στο ερώτημα αυτό θα μας δώσουν μια πρώτη απάντηση τα αποτελέσματα της ερευνάς μας, που έλαβε χώρα σε δύο σημεία της χώρας μας.

Επισκεφθήκαμε λοιπόν τα νοσοκομεία δύο Νομών. Συγκεκριμένα των Νομών Αρκαδίας και Αχαΐας.

Καταγράψαμε το σύνολο των εισερχομένων και ξεχωρίσαμε τις αλλεργικές παθήσεις.

Υπολογίσαμε επίσης τα ποσοστά εμφάνισης για την κάθε μια από τις αλλεργικές παθήσεις, και κάναμε συγκρίσεις με τα αντίστοιχα, νοσοκομείων των δύο νομών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας τα καταγράφουμε σε μερικούς πίνακες, από τους οποίους προέκυψαν ορισμένες στατιστικές καμπύλες που μας οδήγησαν σε ορισμένα συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα αυτά αναλύονται πιά εμπεριστατωμένα στα παρακάτω εδάφια.

Παραθέτοντας τους πίνακες του παραρτήματος Γ (Γ_1, Γ_2), συμπεραίνουμε ότι, στο Νοσοκομείο της Τρίπολης τα περιστατικά με αλλεργικές παθήσεις ΩΡΛ είναι πολύ χαμηλά σε σύγκριση με το σύνολο των εισερχομένων κατά την διάρκεια του έτους 1989, δηλ. σε ένα σύνολο εισερχομένων 3.703 μόνο οι 190,

πάσχουν από αλλεργικές παθήσεις στην ΩΡΛ.

Στους πίνακες Γ₃ και Γ₄ που αντιστοιχούν στο νοσοκομείο της Πάτρας βλέπουμε ότι τα ποσοστά των αλλεργικών παθήσεων ΩΡΛ καταλαμβάνουν υψηλή θέση (1135) στο σύνολο (7.357) εισερχομένων.

Από την καταγραφή που έγινε στα εξωτερικά Ιατρεία των δύο Νοσοκομείων, διαπιστώθηκε ότι παρόλο που το ποσοστό στην Πάτρα είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με την Τρίπολη, δεν σημαίνει ότι αποτελούν σημαντική αιτία για εισαγωγή στο Νοσοκομείο.

Το μόνο που μπορούμε να πούμε είναι ότι η πρόοδος της Ιατρικής ή η πρόοδος στον τομέα των φαρμάκων ή των παρεχομένων φροντίδων στο σπίτι, έχει ελαττώσει την βαρύτητα των αλλεργικών παθήσεων ΩΡΛ, ώστε η ανάρρωση να γίνεται στο σπίτι.

Βέβαια αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν περιπτώσεις σοβαρών περιστατικών ώστε να γίνει εισαγωγή στο Νοσοκομείο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΞΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΡΑΦΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Γράφος 1 (Παράρτημα Δ σελ.143)

Στο γράφο αυτό φαίνεται το σύνολο των εισερχομένων στο Νοσοκομείο Πατρών για το έτος 1989 σε σχέση με το χρόνο.

Στόν άξονα Χ παριστάνονται με τη σειρά οι μήνες του έτους (αυτό θα ισχύει για όλους τους επόμενους γράφους).

Με πρώτο τον Ιανουάριο, δεύτερο Φεβρουάριο, κ.ο.κ. και στον άξονα Ψ ο απόλυτος αριθμός των εισερχομένων ανεξάρτητα από το αίτιο. Παράλληλα φαίνεται και ο απόλυτος αριθμός των εισερχομένων που εμφάνισαν αλλεργίες ΩΡΛ.

Παρατηρούμε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά, όπως ήταν αναμενόμενο, στις τιμές των δύο καμπύλων.

Κάτι άλλο προφανές είναι οι δύο εξάρσεις που εμφανίζονται, η μόν πρώτη στο χρονικό διάστημα Μάρτιο - Απρίλιο, η δε δεύτερη στο διάστημα Αυγούστου - Σεπτεμβρίου.

Η πρώτη έξαρση δικαιολογείται από την ευαισθησία ορισμένων ατόμων στη γύρη των λουλουδιών που ανθίζουν κυρίως την άνοιξη, από το τσίμπημα διαφόρων εντόμων.

Για την δεύτερη έξαρση δικαιολογείται από τα φύλλα διαφόρων δένδρων, φυτών που πέφτουν κατά την περίοδο του φθινοπώρου.

Ορισμένα φυτά από την άνοιξη μπορεί να αιωρούνται μέχρι και το φθινόπωρο. Ακόμη η υγρασία που επικρατεί αυτή την εποχή.

Γράφος 2 (Παράρτημα Δ σελ. 144).

Είναι ο ίδιος με τον γράφο 1, μόνο που τα δεδομένα έχουν ληφθεί από το Νοσοκομείο της Τρίπολης.

Ο λόγος που χρησιμοποιούμε την λογαριθμική κλίμακα είναι γιατί στο Νοσοκομείο της Τρίπολης έχουμε πολύ μικρό αριθμό εισερχομένων με αλλεργικές παθήσεις ΩΡΑ σε σχέση με το σύνολο. Μια απλή κλίμακα θα έδειχνε την καμπύλη 2 παράλληλη με τον άξονα Χ, ή σχεδόν ίση με το 0, χωρίς να μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα.

Αξιοσημείωτη είναι εδώ η ομοιότητα της καμπύλης 2 του γράφους 2 με την καμπύλη 2 του γράφους 1.

Βέβαια ισχύουν και εδώ οι ίδιες παρατηρήσεις.

Γράφος 3 (Παράρτημα Δ σελ. 145).

Στό γράφο αυτό φαίνεται το επί τοις εκατό ποσοστό (σε σχέση με το σύνολο των εισερχομένων στο Νοσοκομείο Πατρών με αλλεργίες ΩΡΑ για το έτος 1989).

Παρατηρούμε και πάλι τις δύο κλασσικές πιά εξάρσεις ή υφέσεις κατά τα χρονικά διαστήματα Μάρτιος - Απρίλιος ή

Αύγουστος - Σεπτέμβριος.

Γράφος 4. (Παράρτημα Δ σελ.146).

Στο γράφο αυτό φαίνεται το επί τοις εκατό (σε σχέση με το σύνολο) των εισερχομένων στο Νοσοκομείο της Τρίπολης με αλλεργίες στην ΩΡΛ.

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα συμπεράσματα που προαναφέρθηκαν εξακολουθούν να ισχύουν.

Γράφος 5. (Παράρτημα Δ σελ.147).

Στο γράφο αυτό γίνεται σύγκριση των επί τοις εκατό ποσοστώ εισερχομένων λόγω αλλεργιών ΩΡΛ στα νοσοκομεία της Πάτρας ή Τρίπολης, για το έτος 1989.

Φαίνεται καθαρά η μεγάλη διαφορά των ποσοστών ανάμεσα στις δύο πόλεις, με πρώτη την Πάτρα που δικαιολογείται λόγω του μεγάλου πληθυσμού της.

Άρα υπάρχουν περισσότερα περιστατικά (ένας λόγος που συμβάλλει στο μεγάλο ποσοστό είναι ότι εξυπηρετεί και τις γύρω πόλεις).

Ένας ακόμη λόγος που μπορεί να συμβαίνει αυτό είναι, ότι είναι βιομηχανική πόλη με αποτέλεσμα τα χημικά απόβλητα των βιομηχανιών να μολύνουν την ατμόσφαιρα, οπότε τα άτομα που έχουν ευαισθησία σε αλλεργίες, να επηρεάζονται άμεσα (σκόνες, ερεθιστικές οσμές, καπνός).

Επίσης ισχύουν οι λόγοι που προαναφέρθηκαν για τα χρόνια διαστήματα που εμφανίζονται οι εξάρσεις.

Όσον αφορά την Τρίπολη, είναι λογικό τα ποσοστά να είναι χαμηλά, λόγω του μικρού πληθυσμού και δεν συμβαίνει αυτό που

συμβαίνει στην Πάτρα δηλ. να εξυπηρετεί τις γύρω πόλεις με το Νοσοκομείο.

Υπάρχουν βέβαια περιστατικά με αλλεργικές παθήσεις ΩΡΛ, λόγω ότι είναι ορεινή περιοχή, καλλιεργούνται πολλά δένδρα, (έχει υγρασία), με αποτέλεσμα η ανθοφορία να επηρεάζει τα ευαίσθητα άτομα.

Γράφος 6 (Παράρτημα Δ σελ.148).

Σύγκριση των απολύτων αριθμών εισερχομένων λόγω αλλεργικών παθήσεων στην ΩΡΛ στα δύο νοσοκομεία.

Όπως βλέπουμε, η σύγκριση γίνεται σε λογαριθμική κλίμακα για το λόγο που προαναφέρθηκε στο Γράφο 2.

Η μεγάλη διαφορά που παρατηρήσαμε στο γράφο 5 δεν παρατηρείται από τους απόλυτους αριθμούς του γράφου 6. Γιατί εισέρχεται και ο πληθυσμός των πόλεων.

Γράφος 7 - 8. (Παράρτημα Δ σελ.149,150).

Ραβδογράμματα κατανομών (απολύτων αριθμών) των εισερχομένων λόγω αλλεργικών παθήσεων ΩΡΛ στα νοσοκομεία Πάτρας - Τρίπολης για τα διάφορα είδη αλλεργιών.

Από αριστερά προς τα δεξιά για τον κάθε μήνα έχουμε τις εξής αλλεργικές παθήσεις:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| - Αλλεργική ρινίτιδα | -Χρόνια ιγμορίτιδα |
| - Ρινικοί πολύποδες | -Αλλεργία ή παραρρινοκολπίτιδες |
| - Αλλεργία λάρυγγα ή τραχείας | -Παραρρινοκολπίτιδες ή κολπίτιδες. |
| - Οξεία ιγμορίτιδα | |

Από το γράφο αυτό φαίνεται ότι οι παρατηρήσεις των εξάρσεων - υφέσεων ισχύουν για όλες σχεδόν τις αλλεργικές παθήσεις ΩΡΛ.

Γράφος 9 - 10 (Παράρτημα Δ σελ. 151-152)

Ενδεικτικές καρπούλες που δείχνουν την διακύμανση ορισμένων αλλεργικών παθήσεων ΩΡΛ. (Αυτών με τα περισσότερα κρούσματα) για τα δύο νοσοκομεία Πάτρας - Τρίπολης.

Αξίζει να προσέξουμε ότι και εδώ παρατηρείται άνοδος της προαναφερθείσης χρονικής περιόδου.

Το ότι έχουμε μείωση σε κάποιο μήνα δεν σημαίνει τίποτα, γιατί είπαμε ότι μιλάμε συνολικά για χρονικά διαστήματα όπου διαφαίνονται αυξητικές τάσεις και πτωτικές για διαστήματα υφέσεων.

Γράφος 11 - 12 (Παράρτημα Δ σελ. 153-154)

Στις πίτες αυτές φαίνονται τα επί τοις εκατό ποσοστά (κατά μέσο όρο για το 1989) που έλαβαν οι διάφορες αλλεργικές παθήσεις ΩΡΛ στα νοσοκομεία Πατρών και Τρίπολης.

Εδώ προσέχουμε την ομοιότητα στην κατανομή των ποσοστών ανάμεσα στις δύο πόλεις, αν και στην Πάτρα φαίνεται μεγαλύτερη η ισοκατανομή των ποσοστών ανάμεσα στις παθήσεις (καμιά πάθηση δεν ξεπερνά το 25%).

Όσον αφορά την Τρίπολη παρατηρείται αύξηση στις αλλεργικές ρινίτιδες (34,3%) που δικαιολογείται από τους προαναφερθέντες λόγους στο γράφο 5.

П А Р А Р Т Н М А Г

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ'

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Μήνες	Σύνολο Εισαχθέντων	Σύνολο Αλλεργιών	Ποσοστό
Ιανουάριος	295	11	3,72%
Φεβρουάριος	394	12	3,4%
Μάρτιος	348	22	6,32%
Απρίλιος	310	24	7,74%
Μάιος	321	19	5,91%
Ιούνιος	347	14	4,3%
Ιούλιος	303	21	6,93%
Αύγουστος	209	14	6,69%
Σεπτέμβριος	396	23	5,8%
Οκτώβριος	285	12	4,21%
Νοέμβριος	221	11	4,97%
Δεκέμβριος	247	7	2,55%
Σύνολα	3.703	190	

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Γ2

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΩΡΛ. ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Αλλεργίες ΩΡΛ.	Ιαν.	Φεβ.	Μαρ.	Απρ.	Μαι.	Ιουν.	Ιουλ.	Αυγ.	Σεπ.	Οκτ.	Νοέ.	Δεκ.
Αλλεργική Ρινίτιδα	1	3	9	11	9	6	6	7	2	5	3	3
Ρινικοί Πολύποδες	3	6	--	1	1	3	2	2	6	2	1	--
Αλλεργίες Λάρυγγα & Τραχείας	--	1	8	10	6	1	7	4	9	3	7	3
Οξεία Ιγμορίτις	--	1	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--
Χρόνια Ιγμορίτις	4	--	5	2	3	4	5	1	6	2	--	1
Αλλεργ. & Παραρινοκολπ/δες	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Παραρινοκ/δες η Κολπ/δες	3	1	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--
ΣΥΝΟΛΟ	11	12	22	24	19	14	21	14	23	12	11	7

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Γ 3

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

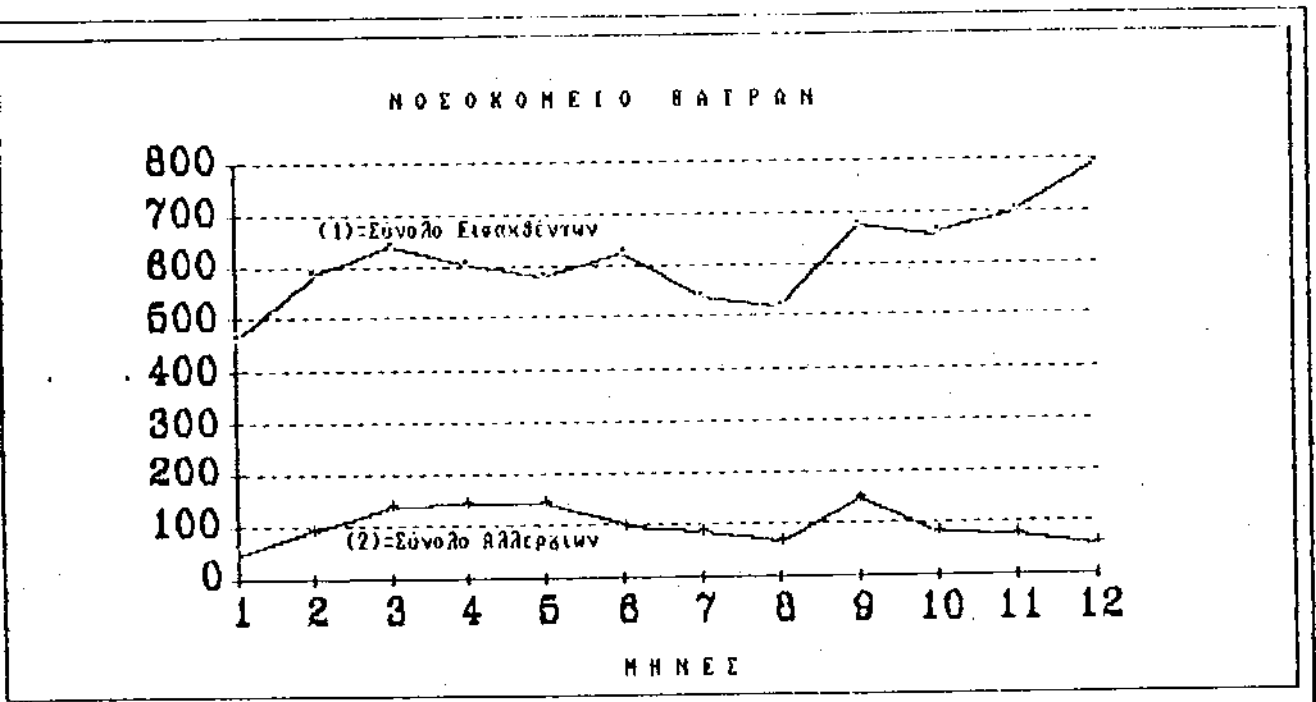
Μήνες	Σύνολο Εισαχθέντων	Σύνολο Αλλεργιών	Ποσοστό
Ιανουάριος	463	43	9,28%
Φεβρουάριος	581	91	15,66%
Μάρτιος	637	136	21,35%
Απρίλιος	603	139	23,5%
Μαίος	577	137	23,74%
Ιούνιος	622	96	15,43%
Ιούλιος	537	85	15,82%
Αύγουστος	518	63	12,16%
Σεπτέμβριος	674	142	21,6%
Οκτώβριος	656	77	11,73%
Νοέμβριος	698	72	10,31%
Δεκέμβριος	791	54	6,82%
Σύνολα	7.357	1.135	

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Γ 4

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΩΡΛ. ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

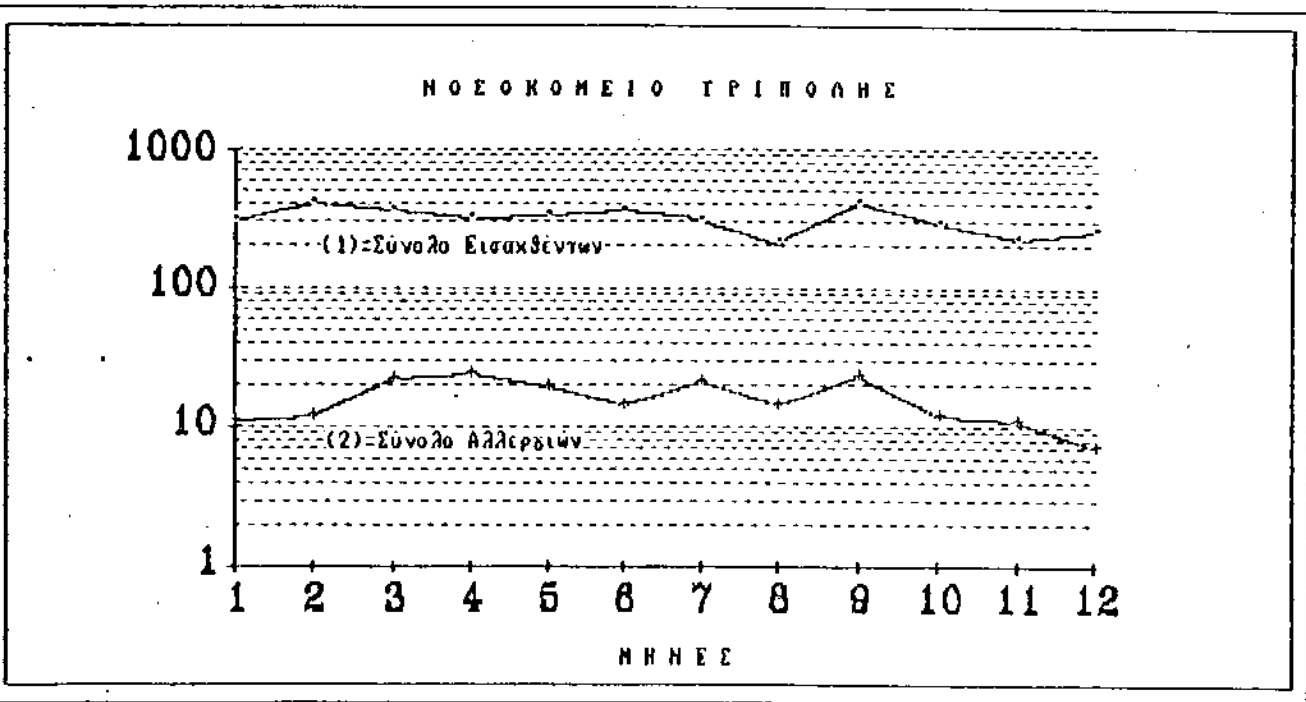
Αλλεργίες ΩΡΛ.	Ιαν.	Φεβ.	Μαρ.	Απρ.	Μάι.	Ιουν.	Ιουλ.	Αυγ.	Σεπ.	Οκτ.	Νοέ.	Δεκ.
Αλλεργική Ρινίτιδα	4	13	42	39	40	27	23	13	38	17	14	11
Ρινικοί Πολυποδες	5	19	21	25	19	17	14	12	19	9	10	8
Αλλεργίες Λαρυγγα & Τραχειας	12	18	23	27	23	19	15	14	29	16	12	10
Οξεία Ιγμορίτις	1	9	7	7	10	4	7	3	6	3	3	2
Χρόνια Ιγμορίτις	11	19	22	24	27	17	13	11	30	18	21	14
Αλλεργ. & Παραρινο-κολπ/δες	--	--	--	1	2	---	---	--	2	--	--	--
Παραρινο-κ/δες η Κολπ/δες	10	13	21	16	16	12	13	10	18	14	12	9
ΣΥΝΟΛΟ	43	91	136	139	137	96	85	63	142	77	72	54

П А Р А Р Т Н М А . Δ



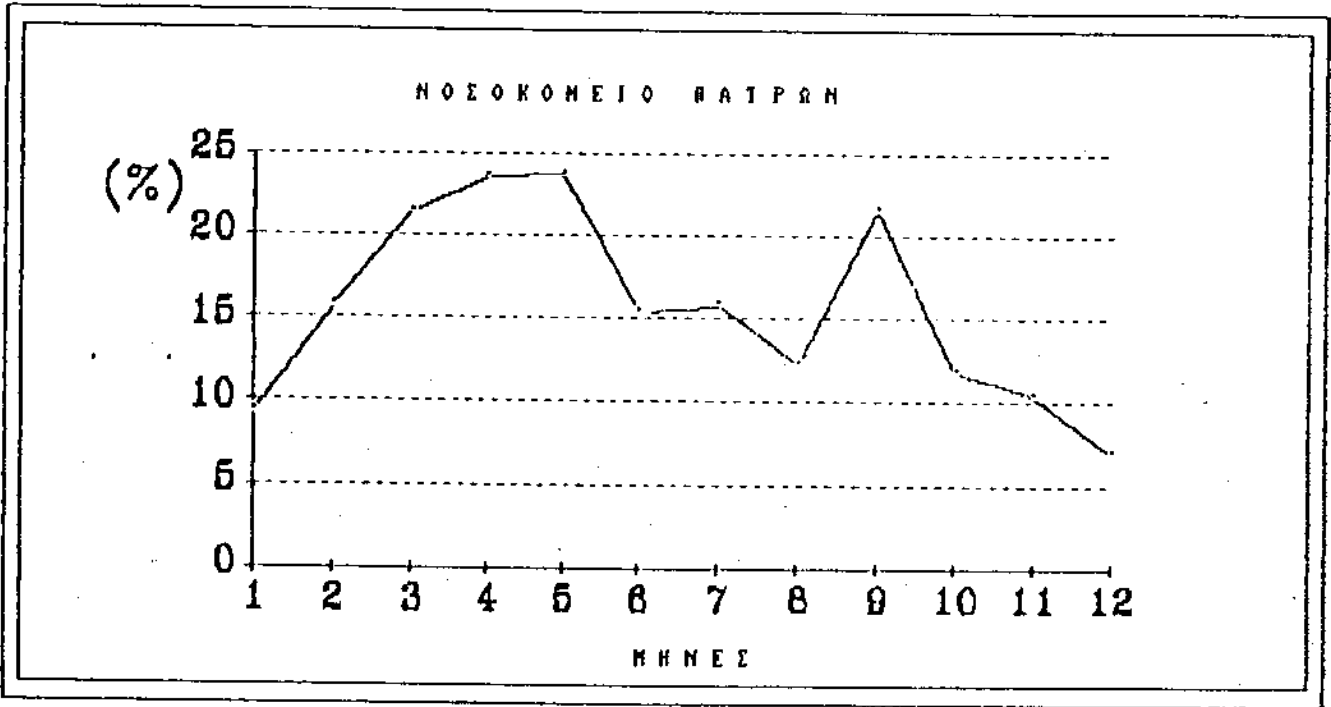
Γράφος 1.

Στο γράφο αυτό φαίνεται το σύνολο των εισαχθέντων στο Νοσοκομείο Πατρών για το έτος 1989, σε σχέση με το χρόνο. Στον άξονα των χ παριστάνονται με τη σειρά οι μήνες του έτους. Παράλληλα στον ίδιο γράφο φαίνεται ο απόλυτος αριθμός εισαχθέντων στο ίδιο Νοσοκομείο και για το ίδιο χρονικό διάστημα, των ατόμων που εμφάνισαν αλλεργίες ΩΡΑ.



Γράφος 2.

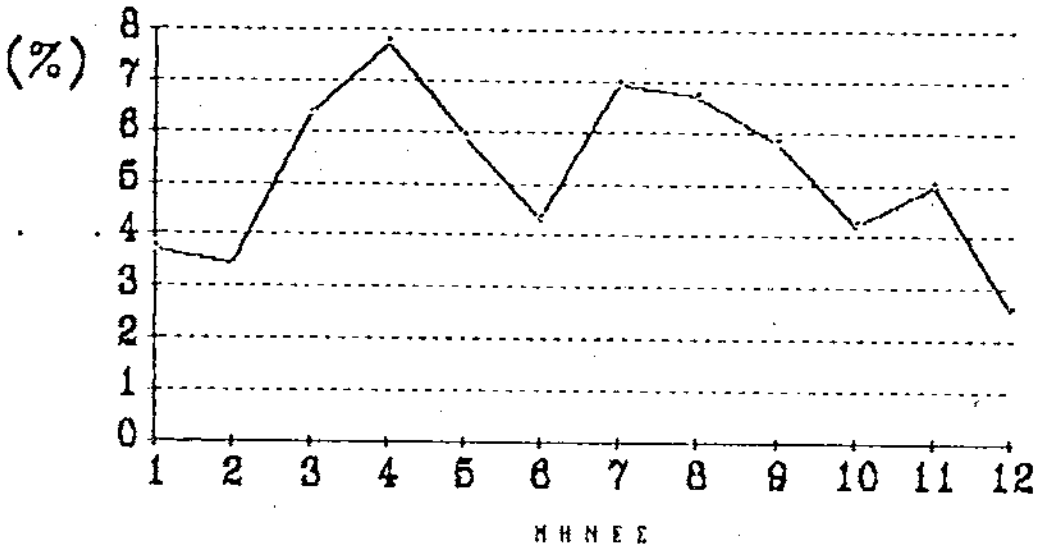
Στο γράφο αυτό φαίνεται το σύνολο των εισαχθέντων στο Νοσοκομείο Τριπόλης για το έτος 1989 σε σχέση με το χρόνο. Στον άξονα των χ παριστάνονται με τη σειρά οι μήνες του έτους. Παράλληλα στον ίδιο γράφο φαίνεται ο απόλυτος αριθμός εισαγωγών στο ίδιο Νοσοκομείο και για το ίδιο χρονικό διάστημα, των ατόμων που εμφάνισαν αλλεργίες ΩΡΑ.



Γράφος 3.

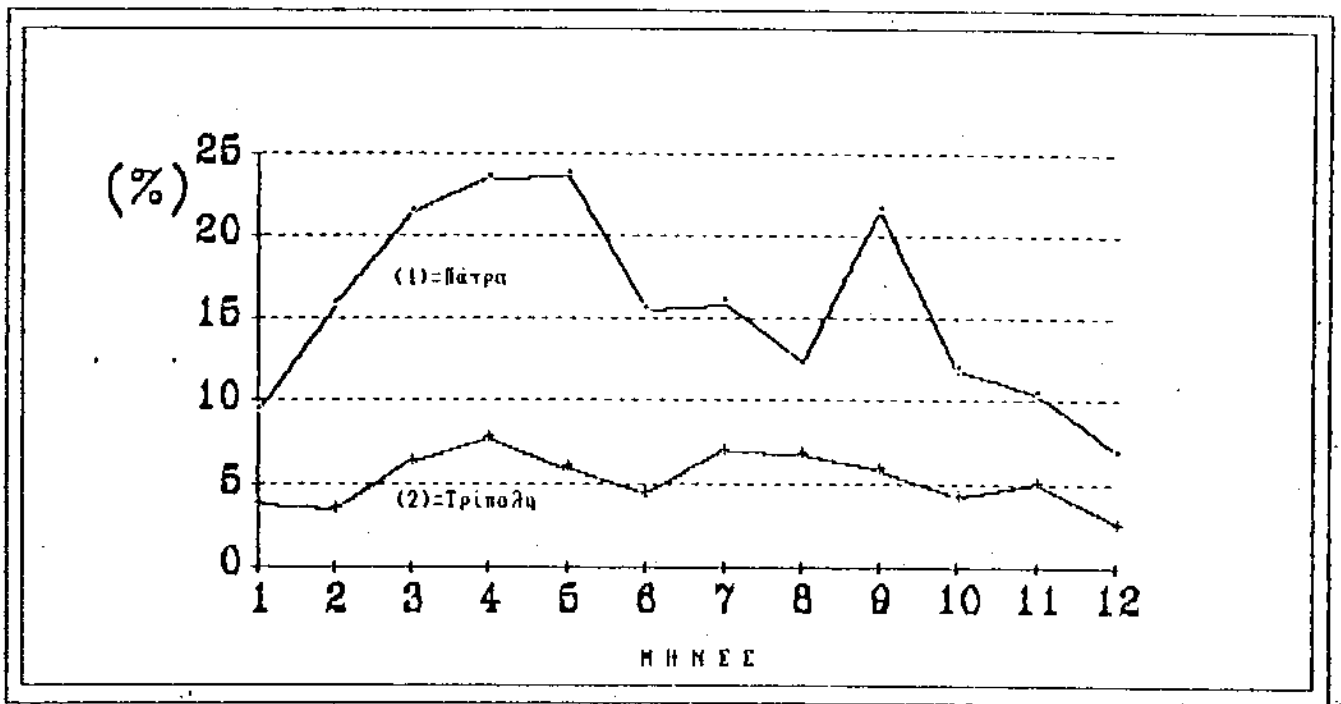
Στο γράφο αυτό φαίνεται το επί τοις εκατό ποσοστό (σε σχέση με το σύνολο) των εισαχθέντων στο Νοσοκομείο Πατρών με αλλεργίες ΩΡΑ, και για το έτος 1989.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ



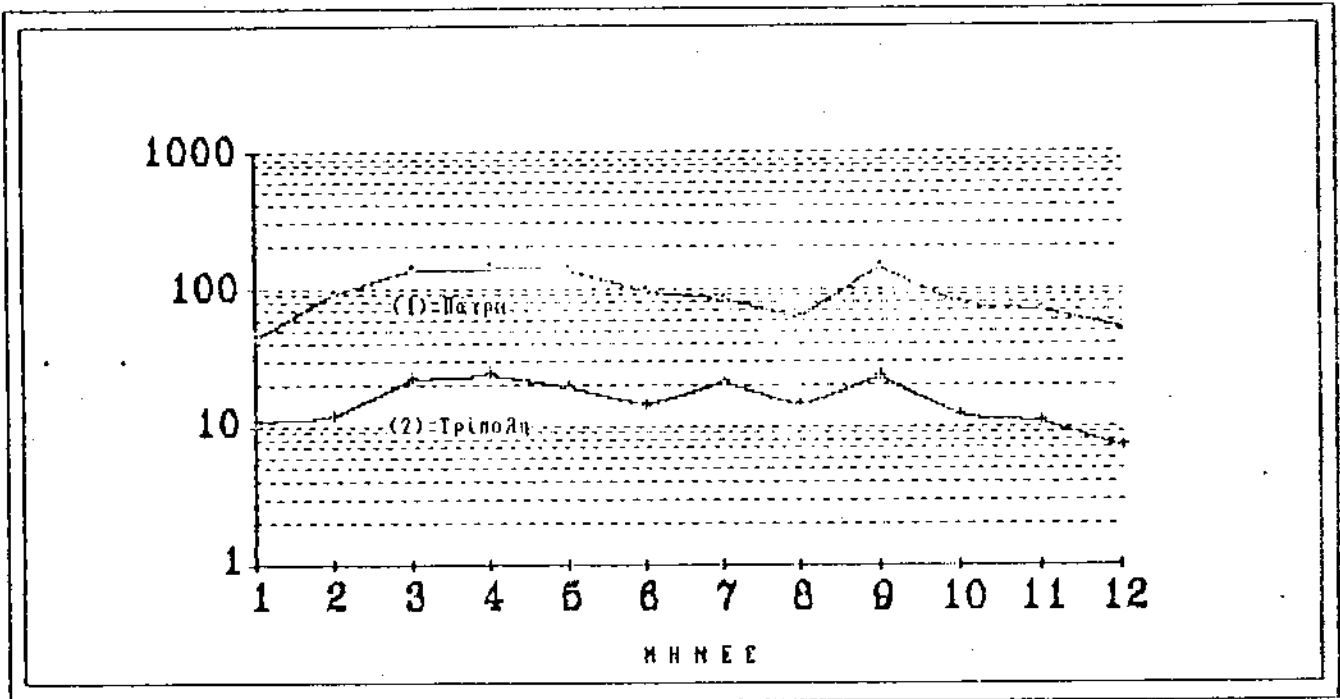
Γράφος 4.

Στο γράφο αυτό φαίνεται το επί τοις εκατό ποσοστό (σε σχέση με το σύνολο) των εισαχθέντων στο Νοσοκομείο Τριπόλης με αλλεργίες ΩΡΛ, και για το έτος 1989.



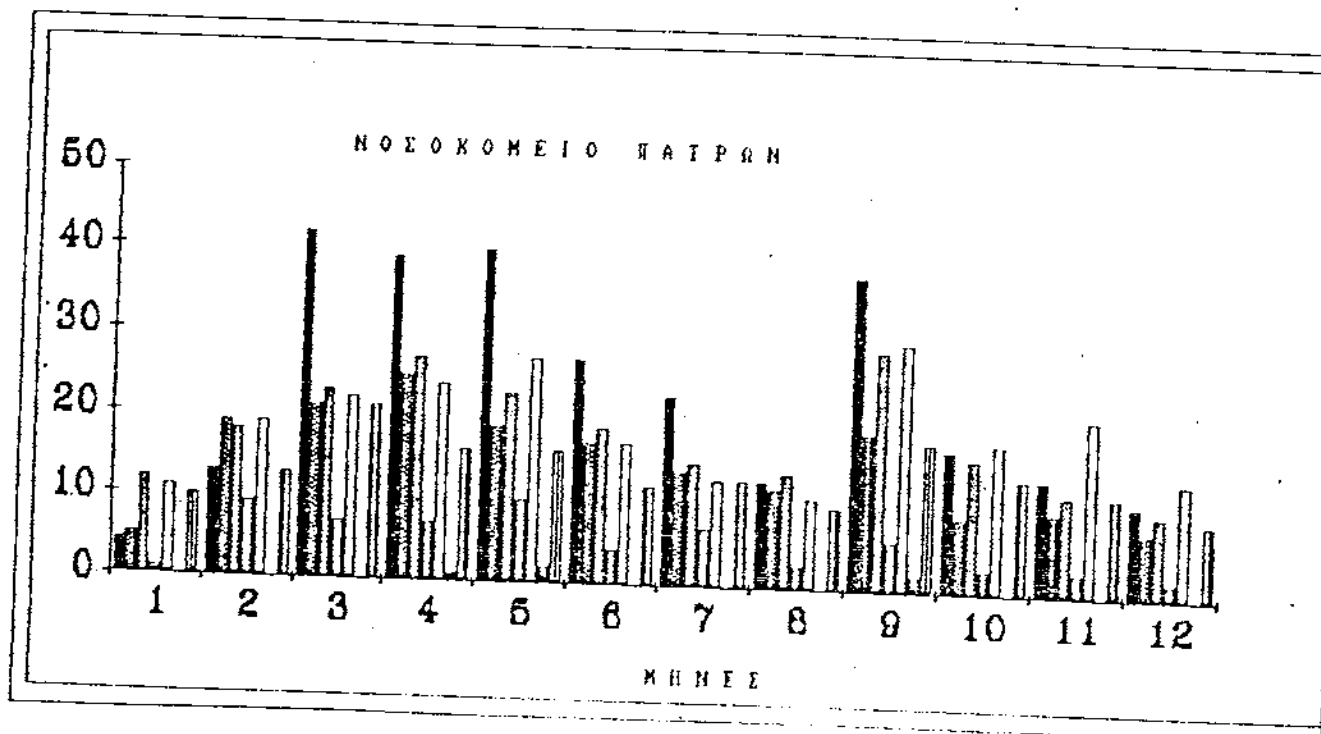
Γράφος 5.

Σύγκριση των επί τοις εκατό ποσοστών εισαγωγής λόγω αλλεργιών ΩΡΑ, στα δύο Νοσοκομεία, της Πάτρας και της Τρίπολης, για το έτος 1989.



Γράφος 6.

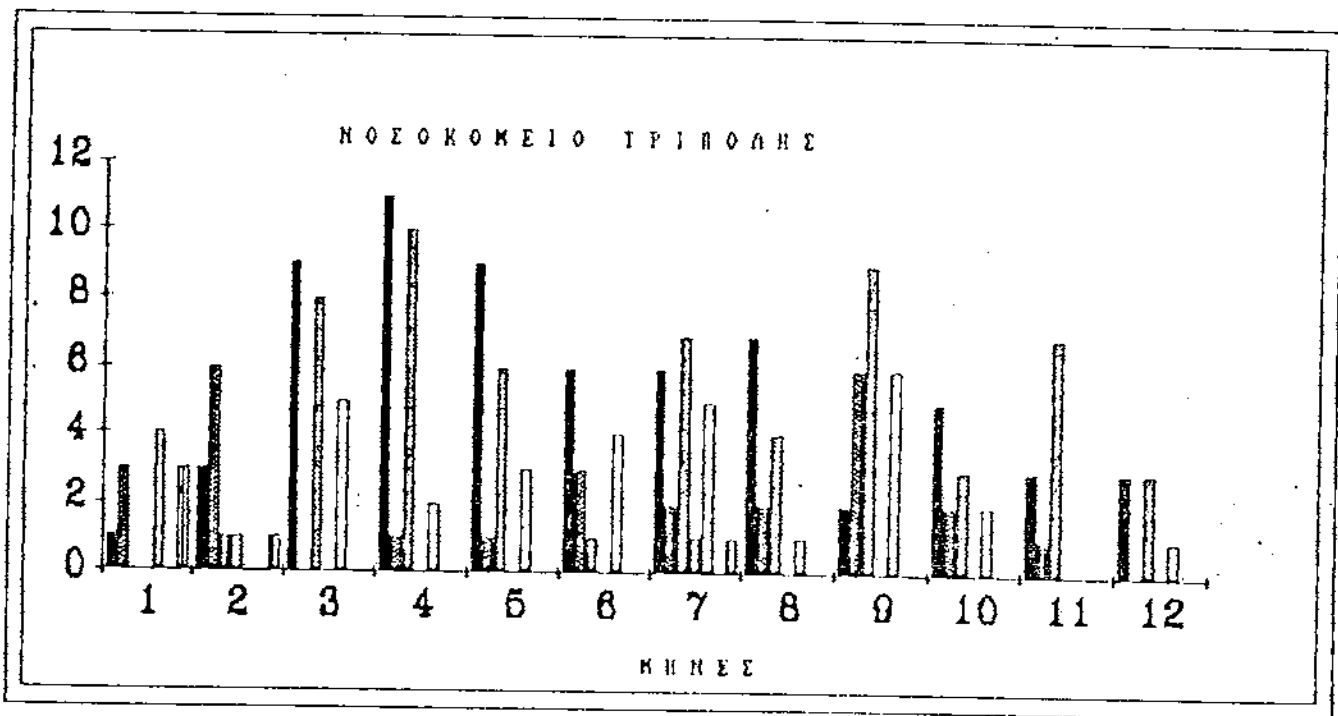
Σύγκριση των απολύτων αριθμών εισαγωγής λόγω αλλεργιών ΩΡΑ. στα δύο Νοσοκομεία, της Πάτρας και της Τρίπολης, για το έτος 1989. Η σύγκριση γίνεται σε λογαριθμική κλίμακα.



Γράφος 7.

Ραβδόγραμμα κατανομών, (απολύτων αριθμών) των εισαγωγών λόγω αλλεργιών ΩΡΛ. στο Νοσοκομείο της Πάτρας, για το έτος 1989 και για τις διάφορα είδη αλλεργιών. Από αριστερά προς τα δεξιά, για τον κάθε μήνα έχω τις εξής αλλεργικές παθήσεις.

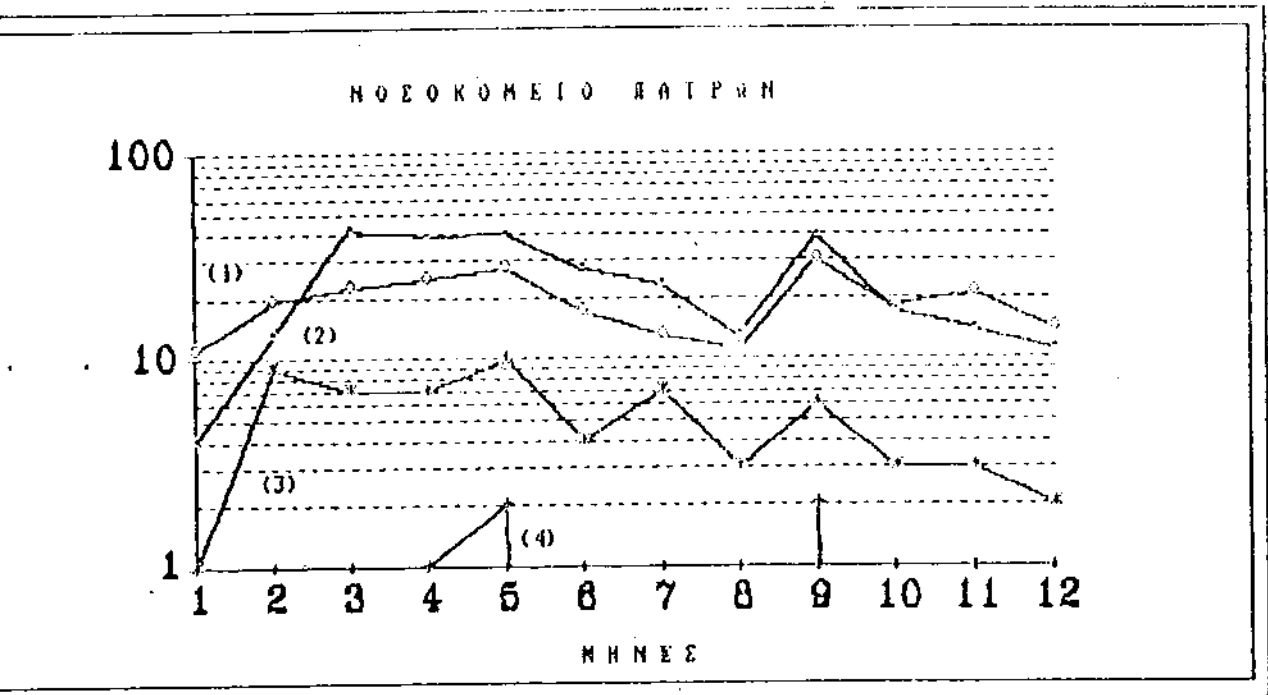
- Αλλεργική Ρινίτιδα,
- Ρινικοί Πολύποδες,
- Αλλεργία Λάρυγγα και Τραχείας,
- Οξεία Ιγμορίτιδα,
- Χρόνια Ιγμορίτιδα,
- Αλλεργία και Παραρινοκολπίτιδες,
- Παραρινοκολπίτιδες και Κολπίτιδες.



Γράφος 8.

Ραβδογράμμα κατανομών, (απολύτων αριθμών) των εισαγωγών λόγω αλλεργιών ΩΡΛ. στο Νοσοκομείο της Τρίπολης, για το έτος 1989 και για τις διάφορα είδη αλλεργιών. Από αριστερά προς τα δεξιά, για τον κάθε μήνα έχω τις εξής αλλεργικές παθήσεις.

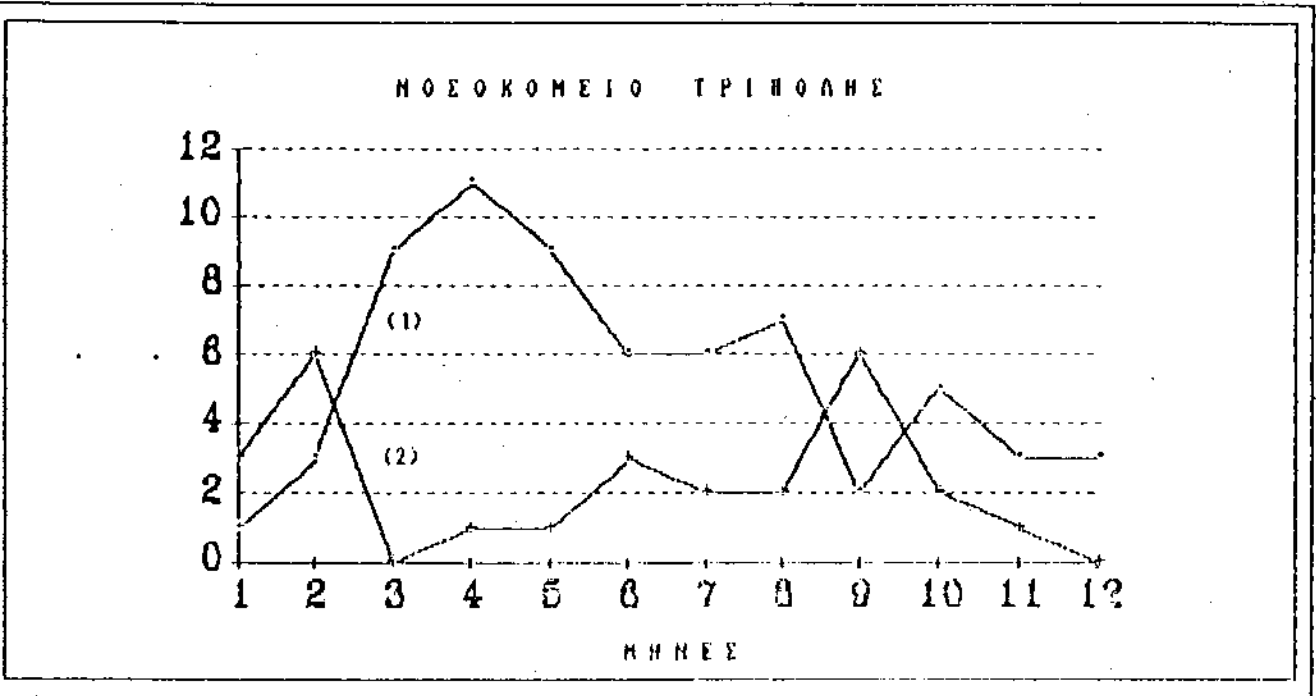
- Αλλεργική Ρινίτιδα,
- Εντομικοί Πολύποδες,
- Αλλεργία Λάρυγγα και Τραχείας,
- Οξεία Ιγμορίτιδα,
- Χρόνια Ιγμορίτιδα,
- Αλλεργία και Παραρινοκολπίτιδες,
- Παραρινοκολπίτιδες και Κολπίτιδες.



Γράφος 9.

Ενδεικτικές καμπύλλες που δείχνουν τη διακύμανση των εισαγωγών (σε απόλυτους αριθμούς) στο Νοσοκομείο Πατρών, για το έτος 1989 και για τα παρακάτω αλλεργικά νοσήματα.

- 1). Χρόνια Ιγμορίτιδα,
- 2). Αλλεργική Ρινίτιδα,
- 3). Οξεία Ιγμορίτιδα,
- 4). Αλλεργία και Παραρινοκολπίτιδες,

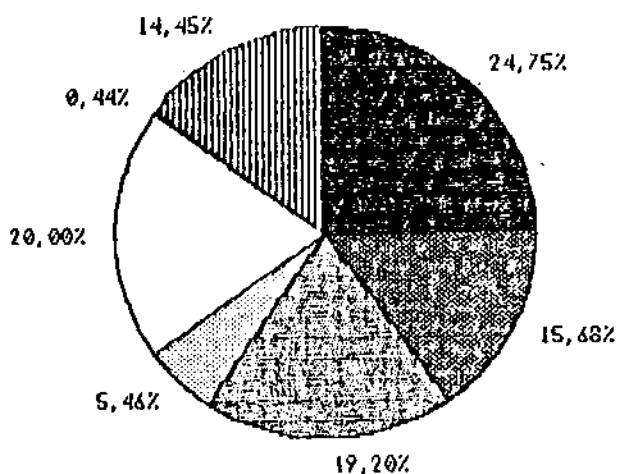


Γράφος 10.

Ενδεικτικές καμπύλλες που δείχνουν τη διακύμανση των εισαγωγών (σε απόλυτους αριθμούς) στο Νοσοκομείο Τρίπολης, για το έτος 1989 και για τα παρακάτω αλλεργικά νοσήματα.

- 1). Αλλεργική Ρινίτιδα,
- 2). Ρινικοί Πολύποδες

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

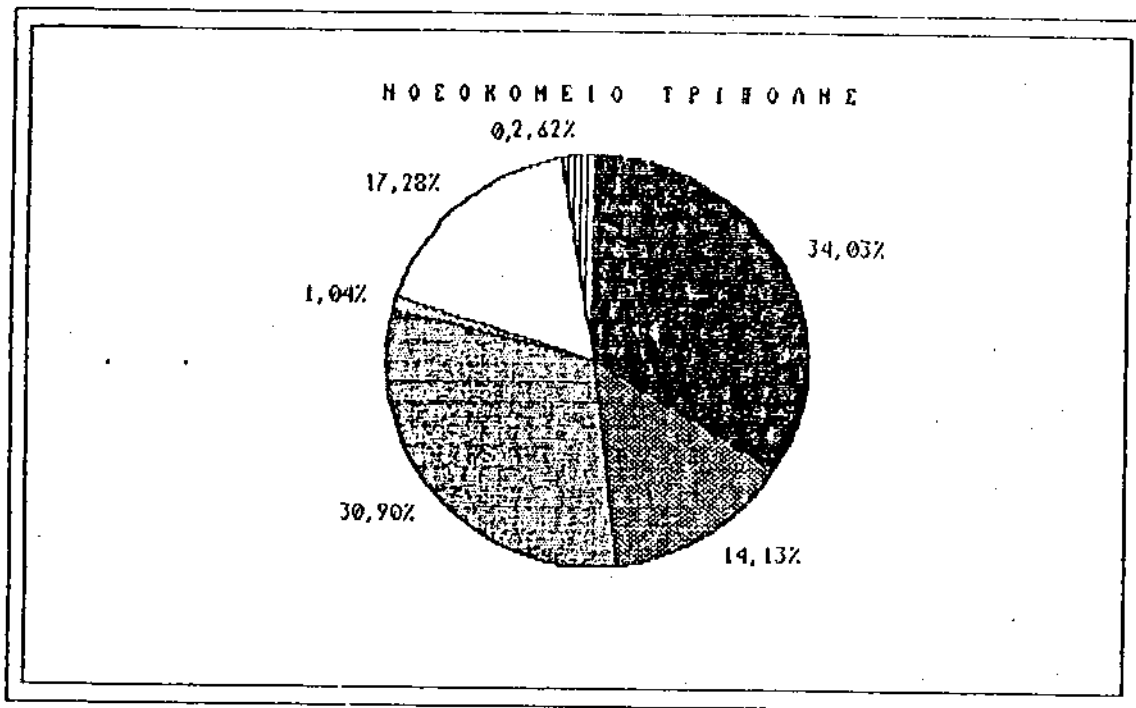


Γράφος 11.

Στην πίτα αυτή φαίνονται οι εισαγωγές ανά είδος αλλεργικής παθήσεως, στο Νοσοκομείο Πατρών, για το έτος 1989, σε επί τοις εκατό ποσοστά (κατά μέσο όρο για το έτος αυτό).

Εχω ποσοστό 24,75% για την αλλεργική ρινίτιδα και (στη φορά του ρολογιού) ακολουθούν:

- Ρινικοί Πολύποδες (15,68%),
- Αλλεργία Λάρρυγα και Τραχείας (19,2%),
- Οξεία Ιγμορίτιδα (5,46%),
- Χρόνια Ιγμορίτιδα (20%),
- Αλλεργία και Παραρινοκολπίτιδες (0,44%),
- Παραρινοκολπίτιδες και Κολπίτιδες (14,45%).



Γράφος 12.

Στην πίτα αυτή φαίνονται οι εισαγωγές ανά είδος αλλεργικής παθήσεως, στο Νοσοκομείο Τρίπολης, για το έτος 1989, σε επί τοις εκατό ποσοστά (κατά μέσο όρο για το έτος αυτό).

Έχω ποσοστό 34,03% για την αλλεργική ρινίτιδα και (στη φορά του ρολογιού) ακολουθούν:

- Ρινικοί Πολύποδες (14,13%),
- Αλλεργία Λάρρυγα και Τραχείας (30,9%),
- Οξεία Ιχμορίτιδα (1,04%),
- Χρόνια Ιχμορίτιδα (17,28%),
- Αλλεργία και Παραρινοκολπιτίδες (0%),
- Παραρινοκολπιτίδες και Κολπιτίδες (2,62%).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αποστόλου Ε.Κ. και Γιαννίτσaros Α.Γ. "Η αλλεργιογόνος
χλωρίδα της Ελλάδας.. Αρχαία Ιατρική εταιρεία
7 : 15 - 17, Αθήνα 1981.

Γκέλης Δ.Ν. "Η αλλεργία στην ωτορινολαρυγγολογία..
Τόμος Ι , Εκδόσεις Αθήνα 88.

Ιωσηφίδης Ι.Α. "Νόσος του HODGKIN..

Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1984.

Νικολάς Α. και SAINTE-LAUDY και Γκέλης Δ.Ν. "Η δοκιμασία
ταυτόχρονης ανίχνευσης πολλαπλού αντιγόνου
"MAST.. στη διάγνωση της αλλεργικής ρινίτιδας..
Ανακοίνωση στο 13^ο ετήσιο πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο,
Αθήνα Μάϊος 1987, 10 - 12

Σπαντιδέας Α.Ν. και Γκέλης Ν.Δ. "Φαρμακευτικός και θεραπευ-
τικός οδηγός.. Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος,
Αθήνα 1986.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BOCH, S.A. "The natural history of food sensitivity..

J. Allergy Clin. Immunol, 69 : 173,
London 1982.

Mackay I.s "The management and prevention
of Polyposis..in Rhinology..

Theracom Ltd, March 1986.

Prenner D.M. and Stevens J. "Anaphylaxis after
Injection of sodium bisulfite...

Ann. Allergy 37 : 180, London 1986.

