

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

**ΑΛΛΕΡΓΙΑ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Dr ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΝΤΟΥΜΑΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1283

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
Σκοπός εργασίας	1
Πρόλογος	3
Εισαγωγή	5

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Αύξηση αλλεργικών παθήσεων (επιδημιολογία)	9
Έννοιες και όροι	10
Αιτίες της αλλεργίας	12
Ιστορική αναδρομή	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Τέσσερις τύποι υπερευαισθησίας	19
Δερματικές δοκιμασίες και δοκιμασίες νυγμού	23
Φάρμακα	29
Ανοσοθεραπεία	37
Διαιτητικά μέτρα - αποφυγή αλλεργιογόνου	49

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μ Ε Ρ Ο Σ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αναπνευστικό σύστημα	61
Εποχιακή αλλεργική ρινίτις	64
Χρόνια αλλεργική και μη-αλλεργική ρινίτις	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Βρογχικό άσθμα	80
Επιδημιολογία	81
Επιδημιολογική σχέση λοίμωξης άσθματος	87
Νοσηρότητα	88
Θνητότητα	89
Γεννητικοί παράγοντες και άσθμα	90
Κλινική εικόνα	97
Διαγνωστική προσέλαση στο άσθμα	98
Θεραπεία	99
Μη φαρμακευτική θεραπεία άσθματος	108
Ειδικά προβλήματα στη θεραπεία άσθματος	111
Επιπλοκές απότοκες θεραπείας άσθματος	122
Εξωγενές άσθμα	123
Επαγγελματικό άσθμα	131
Πρόληψη επαγγελματικής αλλεργίας στους εργαζόμενους στην ύπαιθρο	136
Άλλα είδη άσθματος:	
Άσθμα μετά από άσκηση	141
Άσθμα μετά από λήψη ασπιρίνης	142
Νυχτερινό βρογχικό άσθμα	143
Ψυχογενές άσθμα	145
Ανοσοαλλεργικές παθήσεις αναπνευστικού:	
Πνευμονίτιδες υπερευαισθησίας	148
Αλλεργική βρογχοπνευμονική ασπεργίλωση	150
Ηωσινοφιλικός πνεύμονας	151

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αλλεργικό βρογχικό άσθμα σε παιδιά και έφηβους	154
Έλεγχος των παιδιών με υποψία άσθματος	163

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Το δέρμα	177
Κνιδώσεις	180
Ατοπική δερματίτις	185
Βρεφική ατοπική δερματίτις	187
Αλλεργική δερματίτις εξ επαφής	162
Έκζεμα	207
Αλλεργία στο δηλητήριο των υμενοπτέρων	213
Νυγμοί εντόμων στους μελισσοκόμους	221
Αλλεργία στην κατσαρίδα	222

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Το αισθητήριο της όρασης	225
Επιπεφυκτίτιδες	228

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Αναφυλαξία	238
Τροφική αλλεργία και δυσανεξία	243
Τροφική αλλεργία στα παιδιά	253
Φαρμακευτική αλλεργία	263

Μ Ε Ρ Ο Σ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

·Νοσηλευτική Διεργασία

Ασθενής με αλλεργική ρινίτιδα	275
Ασθενής με αλλεργική δερματίτιδα	285

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Ενημέρωση του παιδιού για το άσθμα	293
Αλλεργία: Ερωτήσεις - Απαντήσεις	294
Μελλοντικές προοπτικές	296
Το μέλλον των ειδικών θεραπειών στην αλλεργία	298

Συμπεράσματα - Επίλογος	302
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	304
SUMMARY	305
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	306

Στους γονείς μου...

**που με την καθοδήγησή τους διαμορφώθηκε ο
χαρακτήρας και η προσωπικότητά μου.**

Αφιερωμένο σ' όσους

είτε εκούσια, είτε ακούσια

συμμετέχουν στον

ανθρώπινο πόνο

... Σ' όλους τους αλλεργικούς του
κόσμου...

Γιατί πέρα απ' την άγνοια, χειρότερος
εχθρός τους είναι η ημιμάθεια...

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία για τη συμπαράσταση, καθοδήγηση και αμέριστη βοήθειά της στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ τον ιατρό - πνευμονολόγο Παπαλεξάτο Διονύσιο, για την προσφορά υλικού και την επιστημονική τεκμηρίωση της εργασίας.

Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

Αναγνωρίζω την προσφορά στο έργο μου στις

- Βιβλιοθήκη Πανεπιστημίου Πατρών
- Βιβλιοθήκη Π.Π.Ν.Π. (Ρίου)
- Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών
- George Edwards University of Gilford Library
- Guildford Library of Royal Surrey Country Hospital
- National Library of London
- Oxford Public Library

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι περισσότεροι από μας αντιμετωπίζουμε τις λειτουργίες του σώματός μας σαν κάτι δεδομένο. Τα πράγματα γίνονται αυτόματα και δεν χρειάζεται να τα σκεφτόμαστε. Χωνεύουμε την τροφή που τρώμε, η καρδιά μας χτυπάει ασταμάτητα. Εισπνέουμε και εκπνέουμε τον αέρα χωρίς καν να το σκεφτόμαστε.

Μέχρι τη στιγμή που η σειρά κάπου χαλάει... Η αναπνοή γίνεται δύσκολη, τα φαγητά που μας αρέσουν μας προκαλούν αντιδράσεις, τα μάτια μας δακρίζουν, το δέρμα γίνεται ερυθρό, έχουμε κνησμό...

Αρχίζουμε να σκεφτόμαστε ότι κάτι συμβαίνει. Είναι σοβαρό; Θα χειροτερέψει; Μπορεί να μας αφήσει αναπηρία;

Η απάντηση είναι σχεδόν σίγουρα ΟΧΙ... Φυσικά αυτό εξαρτάται από το τι δεν πάει καλά και το πόσο σοβαρό είναι και πώς το αντιμετωπίζουμε.

Χρόνο με το χρόνο, όλο και περισσότεροι άνθρωποι προστίθενται στο μακρύ κατάλογο αυτών που ταλαιπωρούνται από πάσης φύσεως αλλεργία. Παλιότερα, όταν η επιστήμη της ιατρικής και της έρευνας ήταν στα σπάργανα, ήταν αναγκασμένοι να υπομένουν στωϊκά την αλλεργία τους, μην έχοντας καμιά εναλλακτική λύση. Σήμερα - όπως θα φανεί απ' την ανάγνωση της εργασίας - όχι μόνο μπορούμε να προβλέψουμε, αλλά και να θεραπεύσουμε την αλλεργία, στο βαθμό που είναι δυνατόν.

Η διαρκής έρευνα απέδωσε, έτσι σήμερα έχουμε αρκετά φάρμακα για την ανακούφιση και θεραπεία της αλλεργίας, που

χορηγούνται είτε μεμονωμένα είτε σε σχήματα. Επίσης, οι ιατροί, αν το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενή, μπορούν να προβούν σε Ανοσοθεραπεία - απευαισθητοποίηση.

Στο εκπόνημα αυτό περιγράφονται γνωστές αλλεργικές εκδηλώσεις από το δέρμα, οφθαλμούς, αναπνευστικό κ.λπ. Επίσης αναφέρονται συχνότητες, συμπτώματα, διάγνωση, θεραπεία και ο ρόλος του νοσηλευτή.

Έχει γίνει συνείδηση σ' όλους τους αλλεργικούς ότι η αλλεργία δεν πρέπει να τους κρατά στο περιθώριο της ζωής, αλλά να είναι ενεργά μέλη της κοινωνίας.

Μ' αυτή την εργασία εκπληρώνω ένα χρέος τιμής σ' όλους τους αλλεργικούς του κόσμου, όντας και ο ίδιος αλλεργικός. Θέλω μ' αυτή την εργασία να ενημερώσω αλλεργικούς και μη και να τονώσω το ηθικό αυτών που υποφέρουν.

Ηθική επιβράβευση θα είναι να καταφέρω έστω να προβληματίσω όσους διαβάσουν την εργασία αυτή και, γιατί όχι, να είναι η αρχή για εκπόνηση νέων...

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο κάθε αιώνας γεννά και τα προβλήματά του. Μέρος αυτών των προβλημάτων αφορά ιατρούς και νοσηλευτές. Ανήκουν πια οριστικά στο παρελθόν οι διάφορες επιδημίες που στοίχιζαν εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές. Στη θέση τους ήρθαν άλλα προβλήματα: η καταπολέμηση των καρδιαγγειακών παθήσεων, των νεοπλασμάτων, των ιώσεων...

Αλλεργία... Εδώ και 20-25 χρόνια, οι αλλεργικές παθήσεις θεωρούνταν σαν κάτι ασήμαντο και ακίνδυνο. Σήμερα όμως η αλλεργοπάθεια σ' όλο τον πλανήτη (και ειδικά στις αναπτυγμένες χώρες) πήρε τόσο ανησυχητικές διαστάσεις, που γίνεται ένα από τα κύρια προβλήματα της σύγχρονης ιατρικής. Σ' όλο τον κόσμο κρούσματα αλλεργίας γίνονται όχι μόνο συχνότερα, αλλά και πιο περίπλοκα.

Την αλλεργία, όπως και κάθε άλλη αρρώστια, είναι πολύ πιο εύκολο να την προλάβεις παρά να τη θεραπεύσεις. Γι' αυτό όμως, πρέπει να ξέρουμε όχι μόνο τις αιτίες και τα μέτρα πρόληψης των αλλεργικών παθήσεων, αλλά και τα μέσα που ενισχύουν τις προστατευτικές δυνάμεις του οργανισμού. Τις δυνάμεις δηλαδή, που εμποδίζουν την ανάπτυξη αλλεργικών αντιδράσεων.

Η μεγάλη εξάπλωση της αλλεργίας οδηγεί μερικούς στο συμπέρασμα, ότι σ' αυτήν ακριβώς βρίσκεται η αιτία σχεδόν όλων των ασθενειών. Άλλοι, αντίθετα, υποτιμούν τη σοβαρότητα που έχει η μελέτη των αλλεργικών αντιδράσεων και των αλλεργιογόνων.

Επίσης θα ήθελα να προειδοποιήσω τον αναγνώστη αυτής της εργασίας: μην προσπαθείτε να βρείτε στον εαυτό σας συμπτώματα αλλεργίας που δεν υπάρχουν. Μην αποφεύγετε τρόφιμα, φάρμακα, φυτά, μόνο και μόνο επειδή μπορεί να είναι αλλεργιογόνα. Είναι τόσο τυχαία τα περιστατικά που μπορούν να προκαλέσουν αλλεργία, ώστε θα ήταν τουλάχιστον άσκοπο ν' αποφεύγει κανείς τ' αυγά γιατί μπορεί να είναι αλλεργιογόνα.

Ωστόσο, είναι απαραίτητο να τηρούνται τα συνήθη μέτρα υγιεινής για την πρόληψη αλλεργίας και να τονώνει κανείς την υγεία του, ώστε ο οργανισμός να μπορεί ν' αντισταθεί στην αλλεργία.

Αν η εργασία αυτή βοηθήσει στην ενημέρωση όχι μόνο των άμεσα ενδιαφερόμενων (π.χ. αλλεργικών), αλλά όλων των πολιτών κάθε ηλικίας, που προβληματίζονται πάνω σε θέματα αλλεργιών, θα έχει επιτύχει το στόχο της. Και αν αυτή η εργασία είναι το εναρκτήριο σφύριγμα για την εκπόνηση και άλλων εργασιών περισσότερο τεκμηριωμένων, θα είναι η ηθική επιβράβευση του δημιουργού της.

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΝΤΟΥΜΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αυξημένη επίπτωση των αλλεργικών νοσημάτων, ιδιαίτερα στις δυτικού τύπου κοινωνίες, αλλά και η συνειδητοποίηση του προβλήματος από ιατρούς και ευρύ κοινό, καθιστά επιτακτική την ανάγκη ενημέρωσης όλων των κλινικών ιατρών στο διαρκώς εξελισσόμενο τομέα της Αλλεργιολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας, καθώς επίσης και την πληροφόρηση του κοινού για τις αλλεργίες γενικά, τα στάδια και τους παράγοντες που τις προκαλούν.

Έτσι λοιπόν, η ενημέρωση των "μη ειδικών" απαιτεί την παράθεση απλών και συνοπτικών δεδομένων που να μην αφήνεται επιστημονικής τεκμηρίωσης και αλήθειας. Εξυπακούεται ότι ο σκοπός αυτός δεν μπορεί να επιτευχθεί με κλασικά στο είδος συγγράμματα, που και ογκώδη είναι αλλά και απευθύνονται σε ειδικούς επιστήμονες.

Πολλοί αναρωτιούνται: "η αλλεργία είναι μια ανυπέρβλητη πρόκληση για την ιατρική του 2000;"

Παράξενο φαινόμενο αποτελεί η αύξηση της επίπτωσης των αλλεργικών νόσων στις ανεπτυγμένες χώρες, η οποία όμως συνοδεύεται από εκρηκτική αύξηση των ανακαλύψεων στο χώρο της ανοσο-αλλεργιολογικής έρευνας που έχουν επεκτείνει τα όρια των γνώσεών μας.

Είναι αληθές ότι η τεράστια πρόοδος που έχει γίνει στον τομέα αυτό, μας επιτρέπει ν' αντιληφθούμε τον τεράστιο ρόλο μιας ποικιλίας κυττάρων, όπως τα σιτευτικά κύτταρα,

μακροφάγα, βασεόφιλα, ουδετερόφιλα, ηωσινόφιλα, αιμοπετάλια, κύτταρα του Langerhans, επιθηλιακά και ενδοθηλιακά κύτταρα, ινοβλάστες, νευρώνες, όπως επίσης και των μεσολαβητών που παράγονται από τα κύτταρα αυτά: ισταμίνη, προσταγλανδίνες, λευκοτριένες, PAF, νευρομεταβιβαστές, λεμφοκίνες, κυτοκίνες, αυξητικοί παράγοντες κ.λπ.

Έτσι η Αλλεργιολογία ταχύτατα και δικαίως έγινε ξεχωριστός κλάδος της Ιατρικής.

Στο εκπόνημα αυτό περιγράφονται τα ουσιώδη και σημαντικά γύρω από τις Αλλεργίες γενικά, και πιο ειδικά τις εκδηλώσεις τους, από το Αναπνευστικό.

Στις επόμενες σελίδες υπάρχουν στοιχεία για την παθοφυσιολογία, τις ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, διάγνωση και θεραπεία.

Εύχομαι η ανάγνωση αυτής της εργασίας να είναι διδακτική και αποδοτική.

21.
Υννος τεχνητός

6.
Τεχνητή αφύπνιση

20.
Πλασματική χαλάρωση

6.30'
Ιτενόχωρη κατοικία

18.30'
Βασανιστικό χάσιμο χρόνου

7.
Αγχώδης ρυθμός ζωής

16.
Καταφυγή στα διεγερτικά

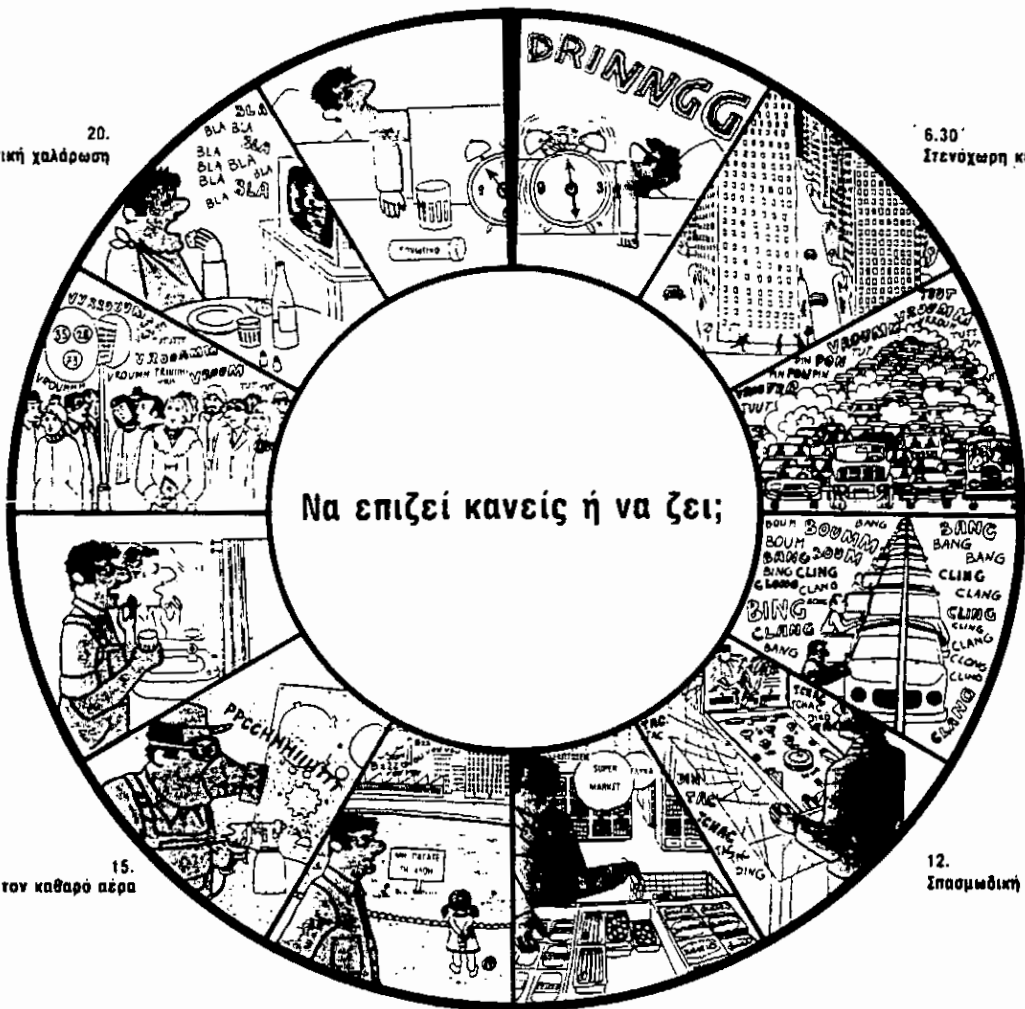
11.
Θαρυβώδης εργασία

15.
Εργασία μακριά από τον καθαρό αέρα

12.
Σπασμοδική ψυχαγωγία

13.
Απουσία της φύσεως

12.30'
Τεχνητή τροφή



Να επιζεί κανείς ή να ζει;

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΛΛΕΡΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Επιδημιολογία

Στις αναπτυγμένες χώρες έχει υπολογισθεί ότι το 10/15% του πληθυσμού υποφέρει από κάποια αλλεργική νόσο. Εκτός από το ποσοστό αυτό - που μόνο του είναι εξαιρετικά σημαντικό -, τα άτομα που νομίζουν ότι υποφέρουν από αλλεργία και ζητούν ιατρική συμβουλή φτάνουν το 22%.

Το ποσοστό των ατόμων στις αναπτυγμένες χώρες που υποφέρουν από αλλεργία συνεχίζει να αυξάνεται. Οι λόγοι της αύξησης είναι οι ακόλουθοι:

1. Η εμφάνιση νέων και δυνητικά αλλεργιογόνων ουσιών στο περιβάλλον (βιομηχανικές ουσίες και φάρμακα).
2. Η αύξηση των μεγαλοαστικών κέντρων και το αυξανόμενο επίπεδο εισοδήματος, τα οποία προκαλούν αυτόματα αύξηση της νοσηρότητας από αλλεργία στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες.
3. Η καλύτερη κατανόηση των αλλεργικών μηχανισμών και η βελτίωση στη θεραπευτική ανταπόκριση.

Οι αλλεργικές νόσοι έχουν εξαιρετική πολυπλοκότητα όσον αφορά την κλινική εκδήλωση, τους εξωγενείς και ενδογενείς εκλυτικούς παράγοντες, τη γενετική προδιάθεση και τους παθογενετικούς μηχανισμούς. Σε μερικές περιπτώσεις δεν υπάρχουν παγκοσμίως αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για μια αλλεργική νόσο κι αυτό δυσχεραίνει την οργάνωση χρήσιμων επιδημιολογικών μελετών. Δε φαίνεται πολύ πιθανό ότι οι κλινικοί και

οι επιδημιολόγοι θα βελτιώσουν τα διαγνωστικά κριτήρια στο άμεσο μέλλον. Η μοριακή βιολογία πρέπει να συνεισφέρει με πιο ειδικούς βιολογικούς δείκτες για την τεκμηρίωση ή όχι της παρουσίας της αλλεργικής νόσου, με μεγαλύτερη βεβαιότητα.

Έννοιες και όροι

1. **Αλλεργία.** Ο όρος αλλεργία είναι διεθνής. Προέρχεται από την ελληνική γλώσσα και είναι σύνθετος των λέξεων άλλο + έργο. Η αλλεργία είναι η κλινική φάση με εκδηλώσεις οργανικές, μιας ιδιαίτερης εσωτερικής κατάστασης του οργανισμού, δηλαδή μιας υπερευαισθησίας των ιστών και των χυμών αυτού που αποκτιέται, μετά από επανειλημμένες εισαγωγές (τεχνητές εισχωρήσεις π.χ. φάρμακα) ή από εισόδους (τυχαίες ή αναγκαστικές εισχωρήσεις π.χ. γύρη άνθεων) μιας και της αυτής ουσίας. Έτσι, κάποια στιγμή από την είσοδο, η εισαγωγή της ίδιας ουσίας εκδηλώνεται με αλλεργία. Η αλλεργία μπορεί να είναι επίκτητη ή κληρονομική.

2. **Αλλεργιογόνο** ονομάζεται κάθε ουσία, ανόργανη ή οργανική, που όταν εισέρχεται στον οργανισμό του ανθρώπου (απ' το στόμα, την αναπνοή ή παρεντερικά) τον ευαισθητοποιεί έτσι ώστε μετά τη νέα είσοδο της ίδιας ουσίας πάντα, να προξενεί αλλεργία.

3. **Υπερευαισθησία:** Χαρακτηρίζεται από μια υπερβολικά έντονη ανοσιακή απάντηση, η οποία μέσω κυτταρικών αλληλεπιδράσεων, που ευθύνονται για την έκκριση των μεσολαβητών, έχει ως αποτέλεσμα την ιστική βλάβη. Οι κλινικές

εκδηλώσεις εμφανίζονται μόνο μετά τη δεύτερη έκθεση στο ίδιο αντιγόνο.

4. **Ατοπία.** Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να καθοριστεί ο τύπος της αλλεργικής υπερευαισθησίας που υπόκειται σε κληρονομικές επιδράσεις. Σήμερα σημαίνει αλλεργικές καταστάσεις που για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα μεσολαβούν οι IgE ανοσοσφαιρίνες.

5. **Αντιγόνα:** ονομάζονται οι ουσίες που μπορούν ν' αντιδρούν μέσα στο μεγαλοοργανισμό με τα μικρόβια ή τα προϊόντα τους (τοξοειδή, τοξίνες) ή με οργανικές συνδέσεις.

6. **Αντισώματα.** Ονομάζονται οι ουσίες του οργανισμού που αντιδρούν με τα αντιγόνα.

7. **Μεσολαβητές.** Είναι κύτταρα που φέρουν Ig-E υποδοχείς και μπορούν, μέσω κάποιου αλλεργιογόνου, να ενεργοποιηθούν και ν' απελευθερώσουν ισταμίνη, αραχιδονικό οξύ κ.ά.

8. **Ανοσία** ονομάζεται η κατάσταση κατά την οποία τα άτομα, αν και έρχονται σε επαφή με αλλεργιογόνα ή με λοιμώδη νοσήματα, δεν εκδηλώνουν σημεία προσβολής από νόσο ή αλλεργία. Η ανοσία μπορεί να είναι φυσική ή τεχνητή (ορός ή εμβόλιο).

9. **Δυσανεξία** ονομάζεται η κατάσταση του οργανισμού, κατά την οποία αυτός εμφανίζει αλλεργία μετά την είσοδο για πρώτη φορά ενός αλλεργιογόνου στον οργανισμό. Υπάρχει δυσανεξία σε φάρμακα, τρόφιμα κ.λπ.

10. **Αναφυλαξία.** Με τον όρο αυτό εννοούμε την αυξημένη ευαισθησία του οργανισμού σε κάποια τοξίνη ή αντιγόνο, ύστερα από ευαισθητοποίησή του απ' αυτά και προκαλείται με τη δεύτερη επαφή του οργανισμού στην τοξίνη ή στο αντιγόνο. (Από πολλούς η αναφυλαξία αναφέρεται και ως αφυλαξία).

11. Ορονοσία. Ονομάζεται η αναφυλαξία που εμφανίζεται μετά από οροπροστασία ή οροπροφύλαξη.

12. Ανοσοθεραπεία. Ονομάζεται η χορήγηση υποδόριων ενέσεων με αυξανόμενη δόση αλλεργιογόνου (εκχυλίσματος αντιγόνου).

13. Ασθμα. Είναι μια χρόνια πάθηση του αναπνευστικού συστήματος, που κύριο χαρακτηριστικό της είναι η δύσπνοια. Η δύσπνοια οφείλεται σε παροδική στένωση των αγωγών (βρόγχων) μέσω των οποίων γίνεται η είσοδος και η έξοδος του αέρα στους πνεύμονες.

14. Κνίδωση. Προέρχεται από τη λέξη κνίδα = τσουκνίδα και περιλαμβάνει ένα φάσμα παθήσεων του δέρματος, αλλεργικής ή αγνώστου αιτιολογίας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από τοπική ή γενικευμένη πομφώδη αντίδραση.

15. Ροόμετρο. Είναι η συσκευή που χρησιμεύει για τη μέτρηση της μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEF).

16. Βρογχική υπεραντιδραστικότητα. Με τον όρο αυτό εννοούμε την αντίδραση των βρόγχων στα διάφορα ερεθίσματα.

17. PEF (= Peak expiratory flow rate): Μέγιστη εκπνευστική ροή του αέρα.

ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣ

Ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν αυξημένη αντίδραση του οργανισμού λέγονται αλλεργιογόνα. Τα αλλεργιογόνα διαιρούνται συμβατικά σε δυο μεγάλες κατηγορίες:

A. Τα ενδογενή αλλεργιογόνα, που μπορεί να σχηματιστούν π.χ. σε περιπτώσεις βαριών εγκαυμάτων, όταν το δέρμα και οι υποδόριοι ιστοί του ασθενή αλλοιώνονται σε τέτοιο βαθμό που γίνονται ξένοι ιστοί για τον οργανισμό. Τότε ο οργανισμός προκαλεί αλλεργική αντίδραση στους ξένους γι' αυτόν ιστούς.

B. Τα εξωγενή αλλεργιογόνα, που διαιρούνται στις εξής υποομάδες:

1. Αλλεργιογόνα σπιτιού: δηλαδή η σκόνη του σπιτιού.
2. Αλλεργιογόνα γύρης: γύρη λουλουδιών, χόρτων, δέντρων, θάμνων κ.λπ.
3. Αλλεργιογόνα από τροφές: αυγά, γάλα, τυρί, σοκολάτα, αγριοφράουλα, καραβίδα, χαβιάρι.
4. Αλλεργιογόνα από φάρμακα: ασπιρίνη, ενώσεις υδράργυρου, ιώδιο, παρασκευάσματα βρωμίου κ.ά.
5. Αλλεργιογόνα από καλλυντικά - απορρυπαντικά: λοσιόν, πούδρες, κραγιόν, βαφές, βερνίκια, απορρυπαντικά, χλωρίνες, καθαριστικά δαπέδων, τζαμιών κ.ά.
6. Βιολογικά αλλεργιογόνα: ιοί, μικρόβια, μύκητες.
7. Αλλεργιογόνα του ίδιου του οργανισμού: τα ενδογενή αλλεργιογόνα βρίσκονται στον οργανισμό από τη γέννησή του. Μερικοί ιστοί, όπως του κρυσταλλοειδή φακού, θυρεοειδούς αδένος, όρχεων, φαιά ουσία κ.ά., στην πορεία της εξέλιξης απομονώθηκαν από την ανάπτυξη του όλου μηχανισμού που είναι επιφορτισμένος με τις ανοσολογικές αντιδράσεις. Έτσι οι παραπάνω ιστοί μετατράπηκαν ως ένα βαθμό σε διεγέρτες, ενάντια στους οποίους παράγονται αντισώματα από τον οργανισμό. Όταν προσβάλλονται οι ιστοί του οργανισμού από χημικές ουσίες, ραδιενέργεια κ.ά., τότε από μόνοι

τους οι ιστοί μετατρέπονται σε αλλιεργιογόνα. Στην περίπτωση αυτή σε αυτοαλλεργιογόνα. Τότε ο οργανισμός παύει να τους αναγνωρίζει σαν δικούς του ιστούς και παράγει εναντίον τους αντισώματα. Όταν ο ιός εισχωρεί στα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού και τ'αλλοιώνει, τότε αναπτύσσεται αλλεργική αντίδραση. Οι αλλεργικές αντιδράσεις είναι οι βασικές διεργασίες που προκαλούν τους ρευματισμούς, τον ερυθρηματώδη λύκο, νεφρίτιδες κ.ά.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

" Νέο, είναι κάτι παλιό
που ξεχάστηκε τελείως "

Ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.), που προσπάθησε ν' απαλλάξει την ιατρική απ' τη δεισιδαιμονία, χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο "άσθμα". Στα έργα του Ιπποκράτη φαίνεται ότι το άσθμα έχει σπαστικό χαρακτήρα και πως μια από τις αιτίες που προκαλούν δύσπνοια είναι η υγρασία και το ψύχος.

Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης (3ος-2ος αι. π.Χ.) δοκίμασε να χωρίσει το άσθμα σε δυο τύπους. Ο ένας τύπος προκαλείται στον ασθενή από μια φυσική προσπάθεια και ο άλλος προκαλείται από ψυχρό και υγρό αέρα.

Ο Γαληνός (περίπου 231-200 μ.Χ.) προσπάθησε να τεκμηριώσει πειραματικά τις αιτίες της δύσπνοιας και παρ' όλο που τα πειράματά του δεν στέφθηκαν με επιτυχία, μόνο το γεγονός της μελέτης του μηχανισμού της διαταραχής της αναπνοής στο άσθμα, ήταν φαινόμενο πολύ προοδευτικό.

Στην Αναγέννηση...

Ο Ιταλός γιατρός Τζερολάμο Καρντάνο (1501-1756) έκανε διάγνωση άσθματος σ' έναν Άγγλο επίσκοπο και τον θεράπευσε με δίαιτα, γυμναστική και αντικατάσταση του πουπουλένιου στρώματος που κοιμόταν ο επίσκοπος με άλλο από ειδικό ύφασμα.

Ο Βέλγος επιστήμονας Βαν Χέλμοντ (1577-1644) ήταν ο πρώτος που περιέγραψε την κρίση δύσπνοιας που προκαλεί η εισπνοή σκόνης και η χρησιμοποίηση στην τροφή διαφόρων ψαριών.

Έναν αιώνα αργότερα, ο Τζων Χάντερ (1750) διατύπωσε την υπόθεση ότι το άσθμα είναι το αποτέλεσμα συστολής των μυών των βρόγχων.

Οι Ρώσοι επιστήμονες Μ.Γ. Μούντρωφ (1826) και Γκ.Ι. Σοκόλσκι (1838) προσπάθησαν να εξηγήσουν το άσθμα και τις αιτίες που το προκαλούν από διάφορες θέσεις και στάσεις του ασθενή.

Στις αρχές του 20ου αι. οι Ρώσοι ιατροί Ε. Μανοΐλοφ και Ν. Γκόλουμποφ, παρατήρησαν ότι ο μηχανισμός εξέλιξης του βρογχικού άσθματος θυμίζει το μηχανισμό της αναφυλαξίας.

Το 1922 ο Αμερικανός αλλεργιολόγος Σόσα πρότεινε να ονομαστεί Ατορικό μια από τις μορφές του άσθματος. Ο Σόσα διατύπωσε τις ιδιομορφίες του παραπάνω βρογχικού άσθματος εντοπίζοντας το ρόλο που παίζει η κληρονομικότητα. Σήμερα, στο εξωτερικό, την αλλεργία αυτή την ονομάζουν γενική αλλεργία, άλλοι κληρονομική και άλλοι απλώς αλλεργία.

Το 1902 οι Πισέ και Πορτιέ, εισάγοντας στον οργανισμό σκύλου εκχυλίσματα από πλοκάμια θαλάσσιας ανεμώνης, παρατήρησαν στο ζώο ασυνήθιστα έντονα φαινόμενα, όταν

επαναλαμβάνονταν η εισαγωγή στον οργανισμό του των ίδιων εκχυλισμάτων. Τα φαινόμενα αυτά ονομάστηκαν Αναφυλαξία.

Το 1905 ο Ρώσος παθολογολόγος Γκ.Π. Σάχαροφ και ο Άγγλος παιδίατρος Σμιθ περιέγραψαν το φαινόμενο της αναφυλαξίας στα ινδικά χοιρίδια. Διατυπώθηκε η υπόθεση ότι ο πυρετός από χόρτο (εαρινός κατάρρους) και η αναφυλαξία έχουν την ίδια προέλευση. Αυτό υποστήριξε και ο Βολφ Έϊζνερ στη Γερμανία το 1873 και λίγο αργότερα ο Τσαρλς Χάρισσον στην Αγγλία.

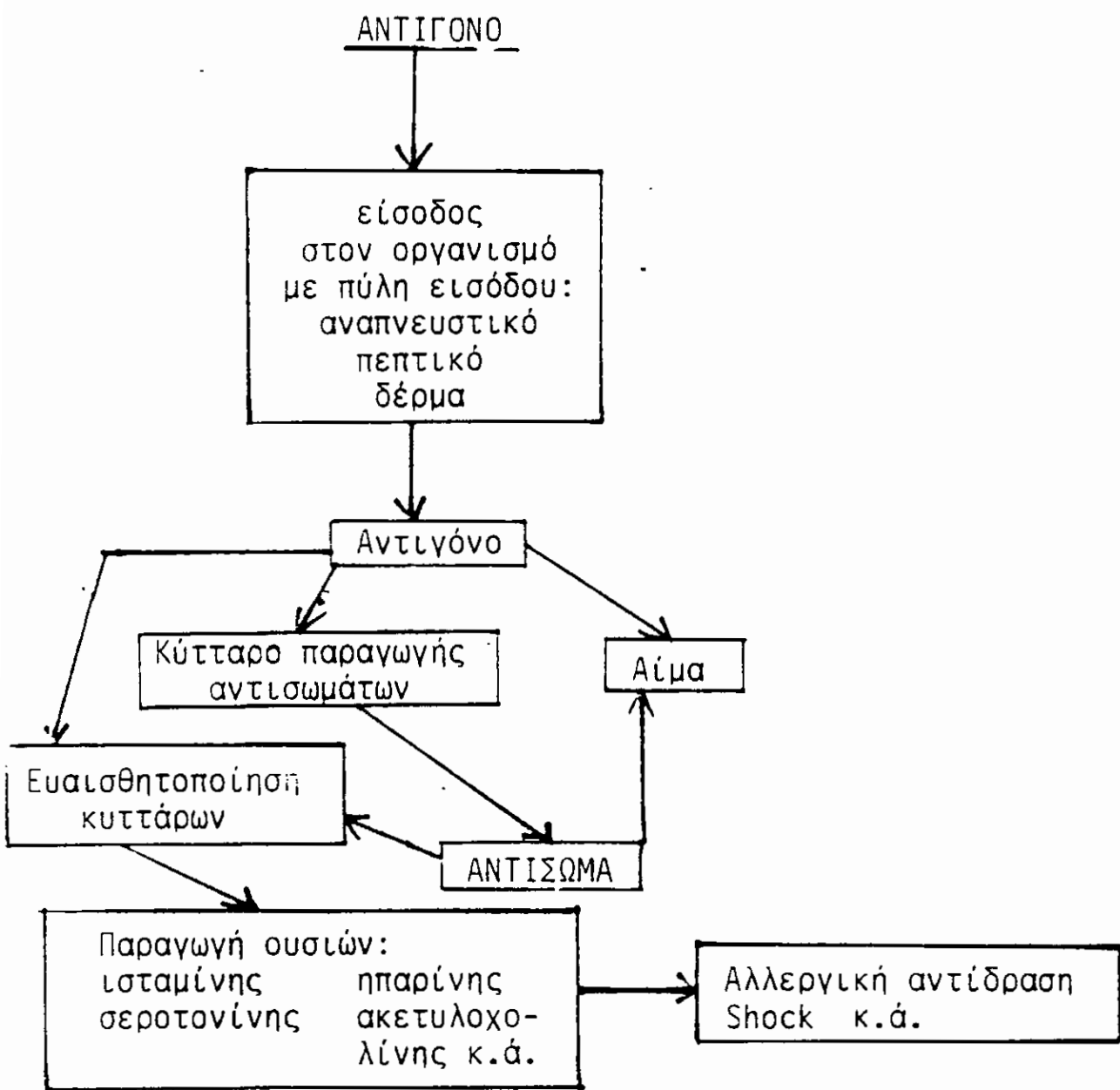
... Αλλεργία ...

η αλήθεια για ένα μύθο...

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Η ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

Οι τέσσερεις τύποι υπερευαισθησίας



Εικ 2: Μηχανισμός αλλεργικής αντίδρασης (κατά Logan)

ΤΕΣΣΕΡΕΙΣ ΤΥΠΟΙ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

Η αλλεργία δεν είναι νόσος, είναι η απάντηση σε παράγοντες από το φυσικό μας περιβάλλον, τις τροφές και το χώρο εργασίας (Εικ. 1). Ένα αλλεργικό άτομο υποφέρει από μια υπερβολική ανοσιακή αντίδραση έναντι ουσιών από το περιβάλλον του και κληρονόμησε αυτό το γενετικό υλικό, το οποίο ουσιωδώς χαρακτηρίζει και υπερευαισθησία τύπου I.

Η υπερευαισθησία χαρακτηρίζεται από μια υπερβολικά έντονη ανοσιακή απάντηση, η οποία, μέσω των κυτταρικών αλληλεπιδράσεων που ευθύνονται για την έκκριση μεσολαβητών, έχει ως αποτέλεσμα την ιστική βλάβη.

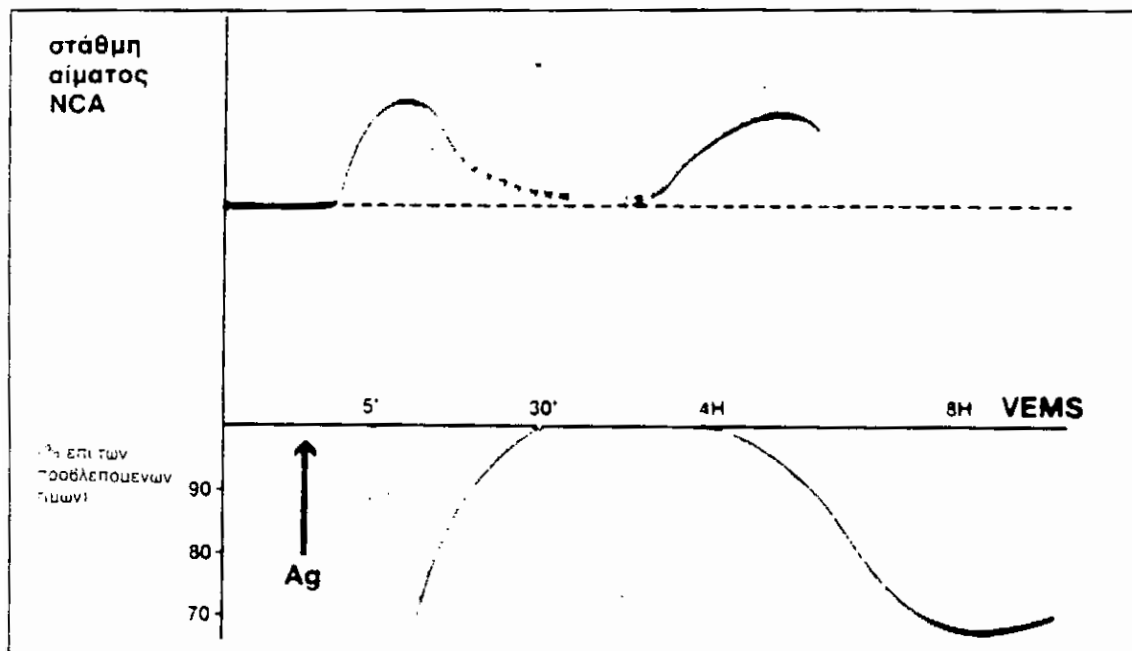
Οι κλινικές εκδηλώσεις εμφανίζονται μόνο μετά τη δεύτερη έκθεση στο ίδιο αντιγόνο.

Το 1965 οι Gell και Coombs ταξινόμησαν τις αντιδράσεις υπερευαισθησίας σε τέσσερις τύπους:

Τύπος I ή άμεσου τύπου υπερευαισθησία

Προκαλείται από υπερβολική παραγωγή IgE αντισωμάτων. Η IgE είναι το μόνο αντίσωμα που έχει βαρειές αλυσίδες σε 5 πεδία. Η ημιπερίοδος ζωής στον ορό είναι 2,5 ημέρες και η βασική της ανοσιακή λειτουργία είναι η σύνδεσή της με κύτταρα. Όταν επιτευχθεί αυτό, η κυτταρική ευαισθητοποίηση μπορεί να επιμείνει για περισσότερο από 12 εβδομάδες (Εικ. 2).

ΟΙ ΔΥΟ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΕΣΟΥ ΤΥΠΟΥ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ



NCA = Neutrophil chemotactic activity χημειστακτική δραστηριότης ουδετεροφίλων

Εικ. 2

* Immuno-Allergological Laboratory, CHRU, 49033 Angers Cx. France

Υποδοχείς

Τα ευαισθητοποιημένα κύτταρα ταξινομούνται σε δυο κατηγορίες:

- Σ' αυτά που φέρουν υποδοχείς υψηλής συγγένειας, που είναι τα σιτευτικά και βασεόφιλα κύτταρα.
- Σ' αυτά που φέρουν υποδοχείς χαμηλής συγγένειας, όπως είναι τα μακροφάγα, τα ηωσινόφιλα και τα αιμοπετάλια.

Ρυθμιστικοί παράγοντες

Η ρύθμιση της IgE εξαρτάται από ένα σημαντικό αριθμό παραγόντων. Αναφέρουμε μερικούς:

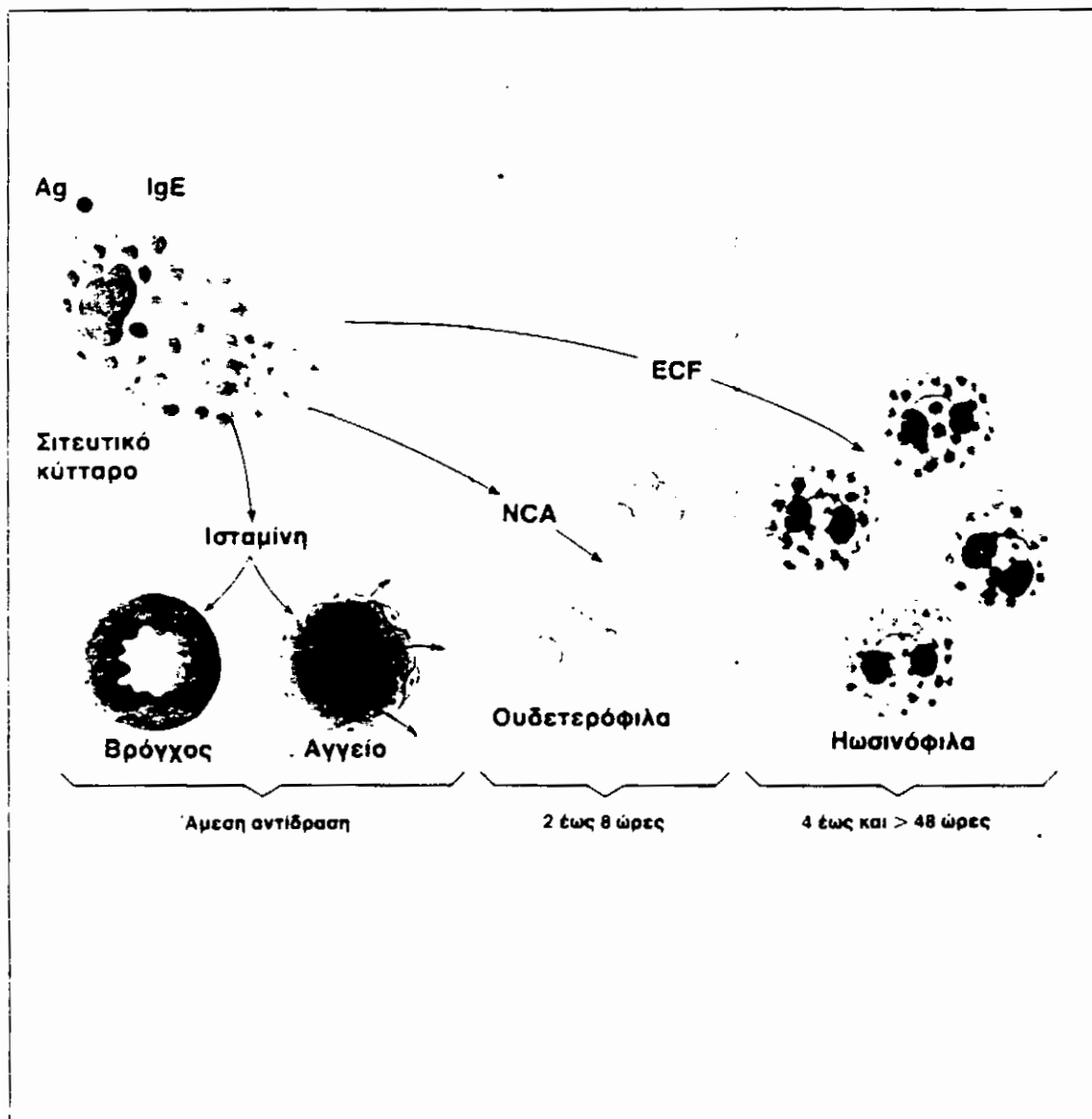
- Η IgE-απάντηση εξαρτάται από τη γενετική σύσταση του ατόμου. Όπως και στα ποντίκια υπάρχουν δυο κατηγορίες απαντητών: οι καλοί και οι πτωχοί IgE απαντητές.
- Η ρύθμιση της IgE ελέγχεται από τις κυτοκίνες.
- Ανάλογα με τη γενετική σύσταση του ατόμου, η συγκέντρωση του ενιέμενου αντιγόνου, σε μια ή περισσότερες περιπτώσεις, προκαλεί διαφορετική κάθε φορά IgE-απάντηση.

Μεσολαβητές

Το αλλεργιογόνο μπορεί να ενεργοποιήσει κύτταρα που φέρουν υποδοχείς για την IgE, ώστε ν' απελευθερώσουν:

- προ-σχηματισμένους μεσολαβητές, όπως ισταμίνη, E.C.F.
- νεοσχηματιζόμενους μεσολαβητές, όπως ο παράγοντας ενεργοποίησης αιμοπεταλίων και το αραχιδονικό οξύ απελευθερώνονται από τα φωσφολιπίδια της μεμβράνης, που ενεργοποιούνται από τη φωσφολιπάση A_2 .

ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΑΜΕΣΟΥ ΤΥΠΟΥ



Εικ 3

Μηχανισμοί ενεργοποίησης

Η ενεργοποίηση του κυττάρου μπορεί να είναι ανοσιακής προέλευσης, προκαλούμενη από το αλλεργιογόνο και IgE. Όμως, η ενεργοποίηση μπορεί να γίνει μη-ειδικά, όπως προκαλούμενη π.χ. από λεκτίνες, αναφυλατομίνες, ορισμένα φάρμακα (κωδεΐνη, μορφίνη), άσκηση, ψύχος κ.λπ.

Η έκλυση των μεσολαβητών προξενεί φλεγμονή των ιστών. Επιπλέον, η ενεργοποίηση του κυττάρου δυνατό να είναι "χρονολογική" και μπορεί να εξαρτάται από το στάδιο της άμεσης υπερευαισθησίας (Εικ. 3).

Άμεση υπερευαισθησία

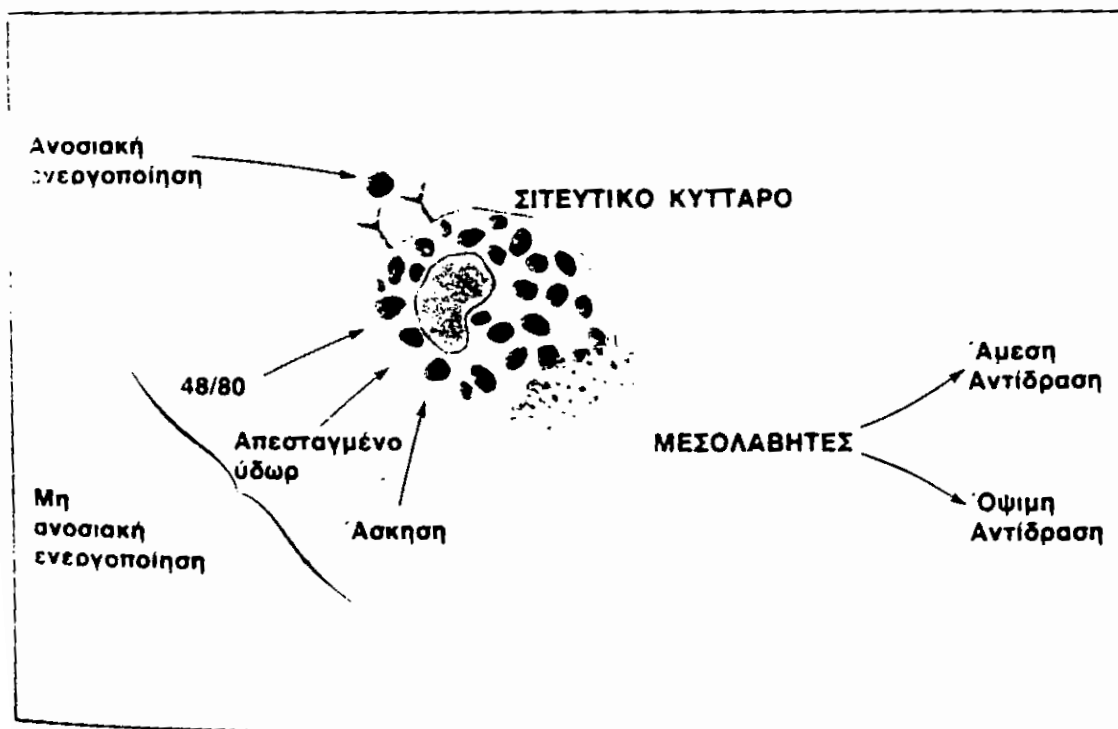
Η άμεση υπερευαισθησία έχει δυο φάσεις κατά την πορεία μιας αλλεργικής αντίδρασης (Εικ. 4, 5):

- Μια άμεση φάση, εξαρτώμενη από τα σιτευτικά κύτταρα, η οποία συμβαίνει λίγα λεπτά μετά την έκθεση στο αλλεργιογόνο. Η φάση αυτή συσχετίζεται ουσιαστικά με την ισταμίνη.
- Μια όψιμη φάση, η οποία συμβαίνει 4-6 ώρες μετά από την έκθεση στο αλλεργιογόνο, εξαρτώμενη κυρίως από τα ηωσινόφιλα και τα μακροφάγα.

Η όψιμη φάση της αλλεργίας είναι ιδιαίτερης σημασίας στην περίπτωση συνεχούς έκθεσης στο αλλεργιογόνο, όπως π.χ. στα ακάρεα της οικιακής σκόνης.

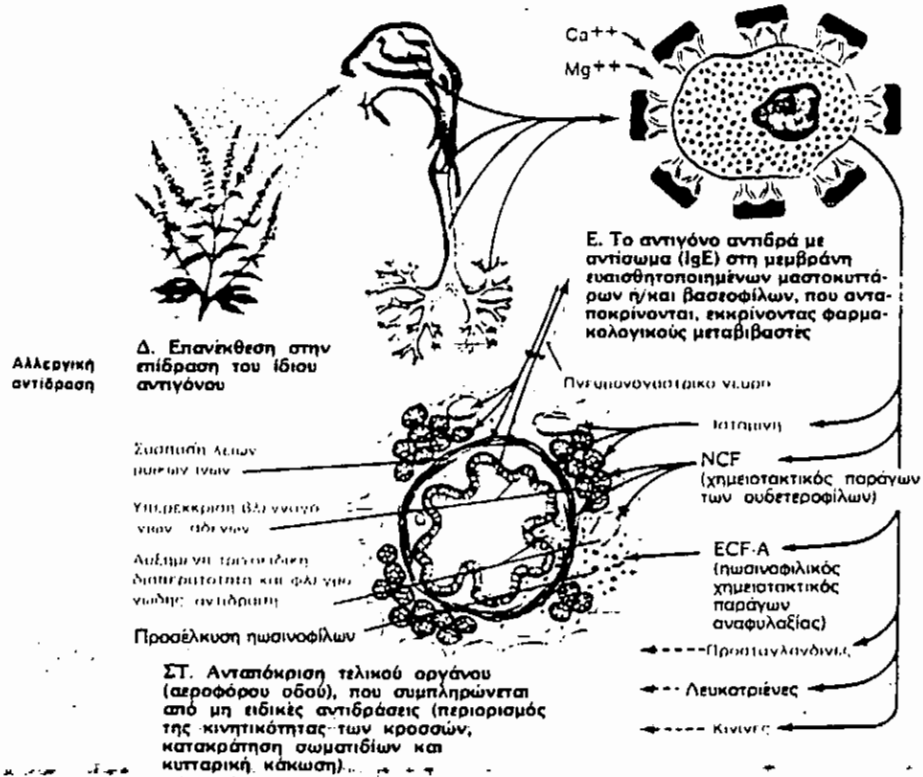
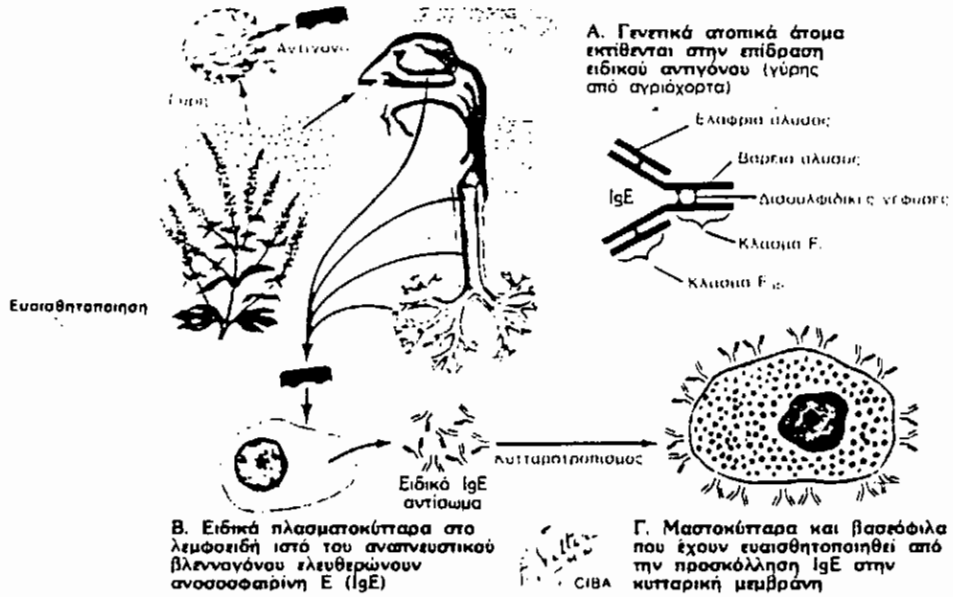
Η γνώση των δυο φάσεων είναι σημαντική και από θεραπευτικής πλευράς. Η άμεση φάση αναστέλλεται καλσικά με H₁ αναστολείς και η όψιμη με κορτικοειδή. Το χρωμογλυκικό νάτριο τις αναστέλλει και τις δυο.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΑΜΕΣΟΥ ΤΥΠΟΥ
ΟΙ ΔΥΟ ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ



Εικ 5

Μηχανισμός υπερευαισθησίας (άμεσης) Τύπου I



Εικόνα 4 Μηχανισμός υπερευαισθησίας (άμεσης) τύπου I.

Τύπου II ή κυτταρικού τύπου υπερευαισθησία

Η υπερευαισθησία αυτή οφείλεται σε IgE αντισώματα, που κατευθύνονται έναντι αντιγόνων καθηλωμένων στη μεμβράνη κυττάρων του ασθενούς.

Οι κλινικές εκδηλώσεις συνίστανται από διαταραχές των κυτταρικών σειρών του περιφερικού αίματος, όπως αιμολυτική αναιμία, λευκοπενία κυμαινόμενη από ήπια έως σοβαρή ακοκκιοκυτταραιμία (νόσος του Schultz) και τέλος θρομβοπενική αναιμία.

Αυτές οι ανοσο-αλλεργικές κυτταροπενίες είναι ιατρογενούς προέλευσης και δεν έχουν καμία σχέση με τις τοξικές πανκυτταραιμίες που προσβάλλεται ο μυελός των οστών. Η ισοανοποίηση Rhesus κατά την εγκυμοσύνη μπορεί επίσης να ερμηνευθεί από την τύπου II υπερευαισθησία.

Τύπου III ή υπερευαισθησία εξ' ανόσων συμπλεγμάτων

Αυτή εκλύεται από τα IgG και IgM αντισώματα. Τα δυο αυτά στοιχεία είναι υπεύθυνα για τις φλεγμονώδεις αντιδράσεις που οδηγούν σε ιστική νέκρωση.

Η ορονοσία, η οποία συμβαίνει μέσα σε 8 ημέρες από την πρόσληψη ετερόλογου ορού (παλιά ίππειου αντιτετανικού ορού) ή ινσουλίνης ζωικής προέλευσης, είναι το μοντέλο του τύπου αυτού της υπερευαισθησίας.

Τα κλινικά σημεία περιλαμβάνουν πυρετό, αρθραλγία, κνίδωση, πρωτεϊνουρία. Η εξωγενής κυψελίτις και ο "πνεύμων των αγροτών" (farmer's lung) μπορούν να ερμηνευτούν με το μηχανισμό τύπου III υπερευαισθησίας. Ορισμένες μορφές τροφικής αλλεργίας, υπεύθυνες για εκδήλωση κνίδωσης εκ πίεσεως, συνδέονται μερικές φορές με ενεργοποίηση του συμπληρώματος.

Τύπου IV ή επιβραδυνόμενη κυτταρική υπερευαισθησία

Στους μηχανισμούς εμπλέκονται τα T-κύτταρα και τα μακροφάγα. Τα ευαισθητοποιημένα T-κύτταρα, μετά την επαφή τους με το αντιγόνο, απελευθερώνουν λεμφοκίνες, φλεγμονώδεις μεσολαβητές, που με τη σειρά τους ενεργοποιούν τα μακροφάγα, τα οποία επίσης απελευθερώνουν μεσολαβητές.

Η δερματίτις επαφής σε μέταλλα (nickel, χρώμιο, κοβάλτιο), καλλυντικά κ.λπ., χαρακτηρίζει κλινικά τον τύπο IV της ανοσοπαθολογικής αντίδρασης.

ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΝΥΓΜΟΥ

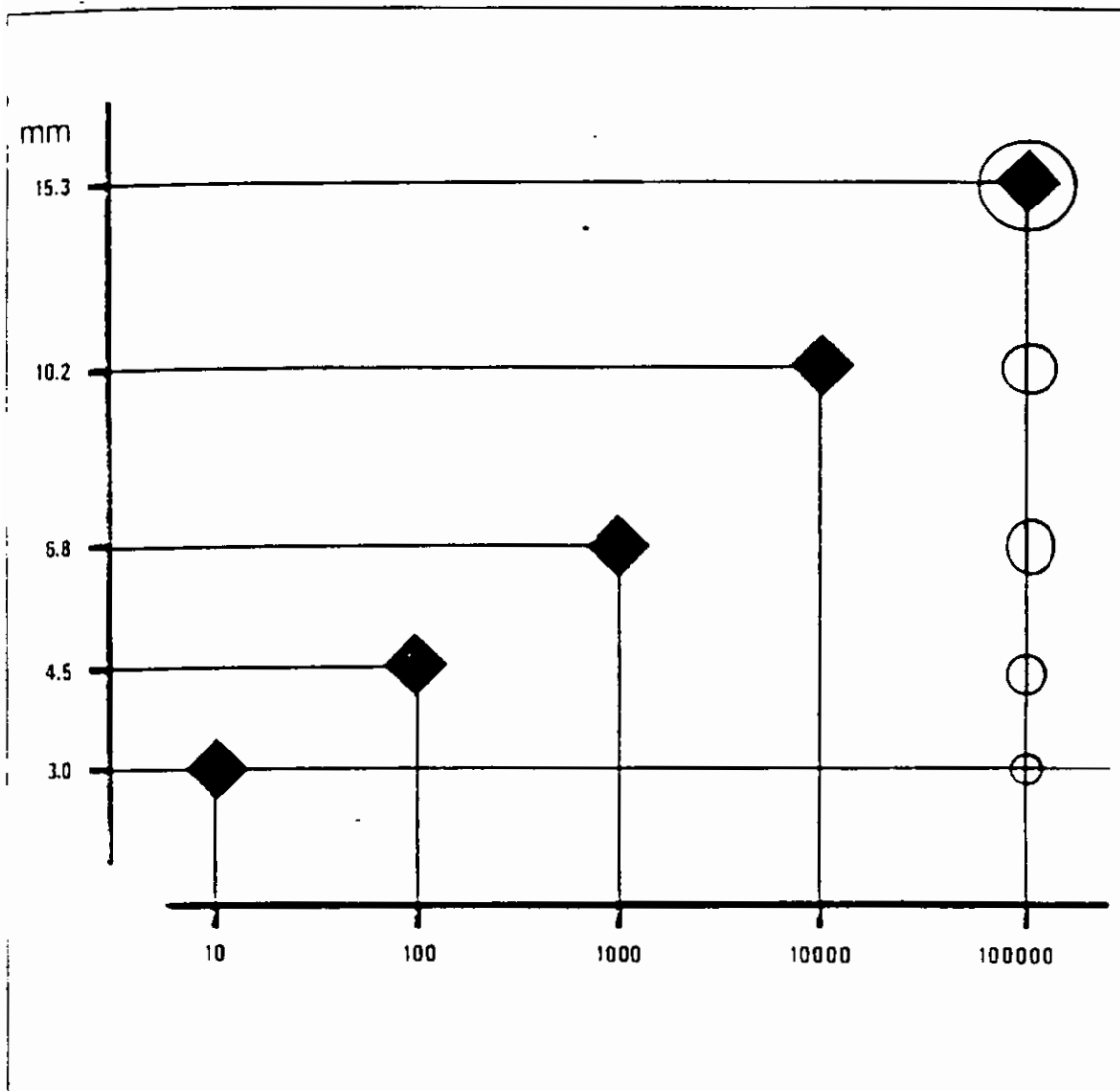
Ο Charles Blackley το 1873 περιέγραψε για πρώτη φορά τις δερματικές δοκιμασίες (G) και από τότε διάφορες μέθοδοι έχουν περιγραφεί. Ο Blackley χρησιμοποίησε γύρεις τις οποίες

τοποθέτησε απ' ευθείας σε δέρμα που προηγουμένως είχε τρίψει. Η χρήση νωπών αλλεργιογόνων ουσιών (15) αντί της χρήσης εκχυλισμάτων, ακόμη συνιστάται στις περιπτώσεις όχι καλά καθορισμένων ή ασταθών αλλεργιογόνων (2) αλλά στις ημέρες μας χρησιμοποιούνται προτυπωμένα αλλεργιογονικά εκχυλίσματα. (Εικ. 1)

Αλλεργιογόνα

Τα εκχυλίσματα των αλλεργιογόνων που χρησιμοποιούνται για δερματικές δοκιμασίες πρέπει να είναι προτυπωμένα, δηλαδή πρέπει ν' αναγράφεται η ισχύς τους. Σχετικές πληροφορίες όσον αφορά την ισχύ τους σε σχέση με διεθνή πρότυπα πρέπει να είναι διαθέσιμες, καθώς και το περιεχόμενο των μείζονων αλλεργιογόνων, δηλαδή τα πιο σημαντικά αλλεργιογόνα στο εκχύλισμα θα πρέπει ν' αναγράφονται στο εκχύλισμα.

Τα σκευάσματα για ενδοδερμικές δοκιμασίες πρέπει να είναι υδατοδιαλυτά εκχυλίσματα και σταθεροποιημένα με ανθρώπινη λευκωματίνη, ενώ για δοκιμασίες νυγμού πρέπει να έχουν σταθεροποιηθεί με 50% γλυκερόλη. Τα ανωτέρω σκευάσματα παραμένουν σταθερά επί μήνες, ενώ τα υδατικά εκχυλίσματα αποσυντίθεται σε εβδομάδες ή μήνες. Μόνο λίγα εκχυλίσματα αλλεργιογόνων είναι προτυπωμένα, γενικώς τα προερχόμενα από γύρεις ή άλλα κοινά αλλεργιογόνα. Η ισχύς, η σύνθεση και η σταθερότητα άλλων εκχυλισμάτων είναι άγνωστες και αυτό οδηγεί σε αλληλοαναιρούμενα αποτελέσματα στις δερματικές δοκιμασίες.



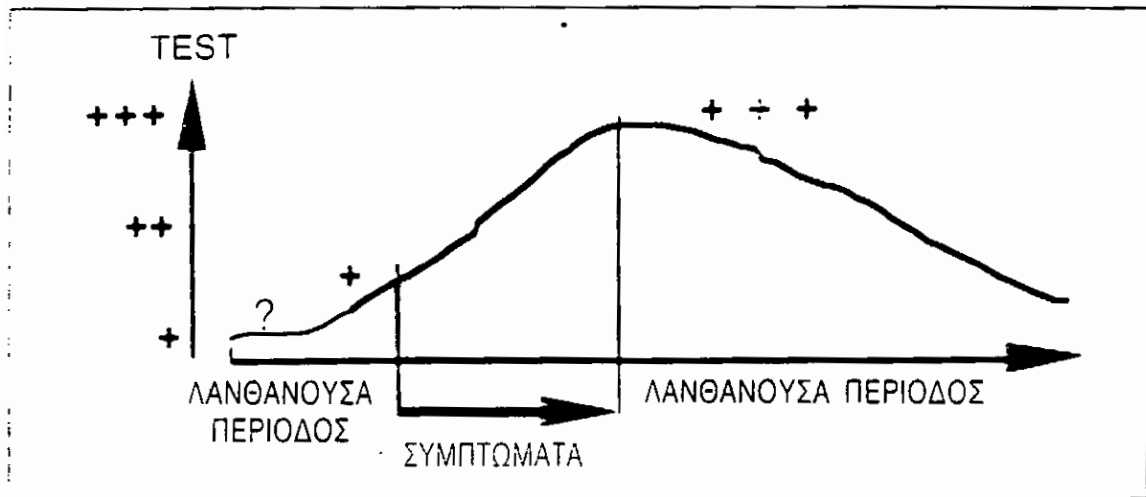
Εικ. 1. Οι ρομβοί δεικνύουν το μέγεθος των πομφών χρησιμοποιώντας αραιώσεις διαλύματος ανα 10 του ίδιου αλλεργιογονικού εκχυλίσματος, στον ίδιο ασθενή. Οι κύκλοι δεικνύουν το μέγεθος των πομφών που ελήφθησαν σε ασθενείς με δεκαπλάσια διαφορά στη δερματική ευαισθησία. Το μέγεθος του πομφού αυξάνει 1,5 φορές για κάθε δεκαπλάσια αύξηση στην ευαισθησία των ασθενών ή στην συγκέντρωση του εκχυλίσματος.

Για τα συνήθη αλλεργιογόνα, απαραίτητη προϋπόθεση για τη λήψη αξιόπιστων αποτελεσμάτων είναι η χρησιμοποίηση προτυπωμένων εκχυλισμάτων με γνωστή βιολογική δραστηριότητα. Όσον αφορά τα εκχυλίσματα τροφικών αλλεργιογόνων, αυτά δεν είναι προτυπωμένα και μάλιστα μερικά αλλεργιογόνα φρούτων αδρανοποιούνται κατά την εκχύλισή τους με φαινόλη. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να χρησιμοποιούνται νωπές τροφές.

Τεχνική των δερματικών δοκιμασιών

Υπάρχουν δυο διαφορετικές δερματικές δοκιμασίες. Οι ενδοδερμικές δοκιμασίες (ΕΔ) έχουν το μειονέκτημα ότι είναι επώδυνες και δεν ενδείκνυνται κυρίως στα παιδιά. Είναι πιο επικίνδυνες από τις δοκιμασίες νυγμού (ΔΝ), που είναι πιο ασφαλείς και πιο ανεκτές. Εντούτοις, οι ΕΔ είναι ακριβείς και περίπου 30.000 φορές πιο ευαίσθητες απ' ό,τι οι ΔΝ. Με την εισαγωγή των προτυπωμένων αλλεργιογονικών εκχυλισμάτων υψηλής ισχύος, το κυριότερο μειονέκτημα των ΔΝ έχει εξαλειφθεί. Επομένως, η μεθοδολογία αυτή αποτελεί τη βασική μέθοδο στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδικό πληθυσμό. Ορισμένοι αλλεργιολόγοι προτιμούν τις ΕΔ.

Μια παραλλαγή των ΔΝ έχει περιγραφεί από τους Dreborg και Foucard. Με τη βελόνα ο εξετάζων τρυπά πρώτα το φρούτο ή άλλη τροφή και μετά το δέρμα του εξεταζόμενου.



Εικ. 2. Οι ασθενείς ευαισθητοποιούνται σε ένα αλλεργιογόνο, αφού πρώτα εκτεθούν σε αυτό. Αρχικά, εμφανίζουν θετικά αποτελέσματα στις *in vivo* και *in vitro* δοκιμασίες. Αργότερα, εμφανίζουν κλινική ευαισθησία, η οποία όμως μειώνεται με την ηλικία. Εντούτοις, η θετικότητα των δοκιμασιών παραμένει επί μακρόν, παρά το γεγονός ότι δεν εμφανίζεται κλινική αλλεργία. «Ο κύκλος ζωής της αλλεργίας» (10). Στον παιδιατρικό πληθυσμό ένα τυπικό παράδειγμα είναι τα παιδιά με αλλεργία στο γάλα αγελάδος, στα οποία παραμένουν θετικές οι Δερματικές δοκιμασίες και τα RAST, παρά του ότι η λήψη γαλακτος αγελάδος είναι καλώς ανεκτή. Τροποποιημένο από τους Dreborg και συν. (13) μετά (21).

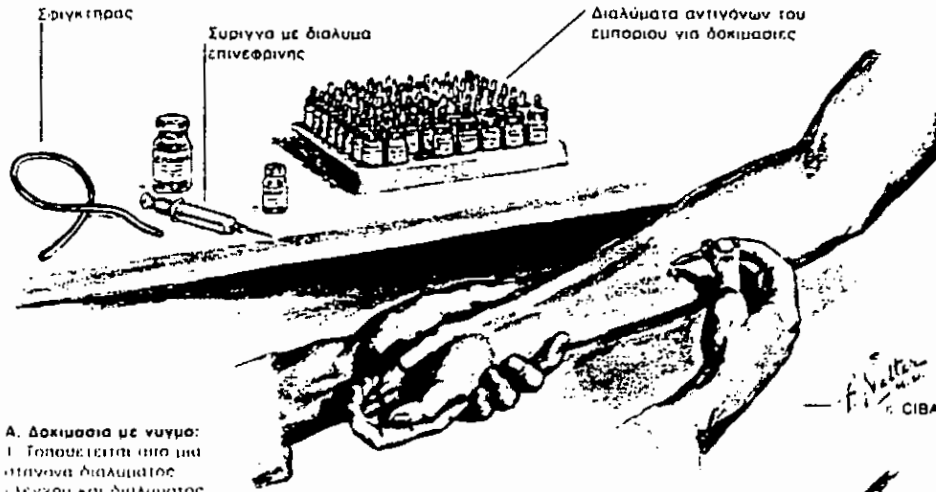
Λανθάνουσα αλλεργία

Η λανθάνουσα αλλεργία (εικ. 2) σημαίνει μια θετική δοκιμασία σε απουσία κλινικών συμπτωμάτων. Ο όρος αυτός προτάθηκε πρώτα από τον Carl Juhlín-Dannfeldt, ο οποίος ανέφερε θετικές ενδοδερμικές δοκιμασίες σε αλλεργιογόνα χωρίς να έχουν κλινική συσχέτιση με τον ασθενή. Ο ερευνητής βρήκε τέτοιες αντιδράσεις σε ασθενείς με προγενέστερη κλινική αλλεργία στο υπό εξέταση αλλεργιογόνο, αλλά επίσης και σε άτομα που ανέπτυξαν συμπτώματα αργότερα μετά την επαφή τους με το ίδιο αλλεργιογόνο. Τα ατοπικά παιδιά είναι ιδιαίτερα προδιατεθειμένα να εκδηλώνουν νέες αλλεργίες. Ο Hoak παρακολούθησε μια ομάδα παιδιών με θετικές δοκιμασίες έναντι εισπνεόμενων αλλεργιογόνων και βρήκε ότι σε λίγα χρόνια περισσότερο από το 30% των ασυμπτωματικών παιδιών εκδήλωσαν ρινίτιδα, από την έκθεσή τους στα αλλεργιογόνα, στα οποία είχαν θετικές δοκιμασίες.

Επίδραση του επιπολασμού της αλλεργίας στα αποτελέσματα των δοκιμασιών

Η κλινική σημασία των δερματικών δοκιμασιών έχει μελετηθεί σε ασθενείς κυρίως ενήλικες, οι οποίοι προσήλθαν σε πανεπιστημιακές αλλεργιολογικές κλινικές. Περίπου 50% των ασθενών αυτών είναι αλλεργικοί. Απ' την άλλη πλευρά, στην καθημερινή πρακτική, πολλοί ασθενείς ελέγχονται, όπου

Δερματική δοκιμασία για αλλεργία

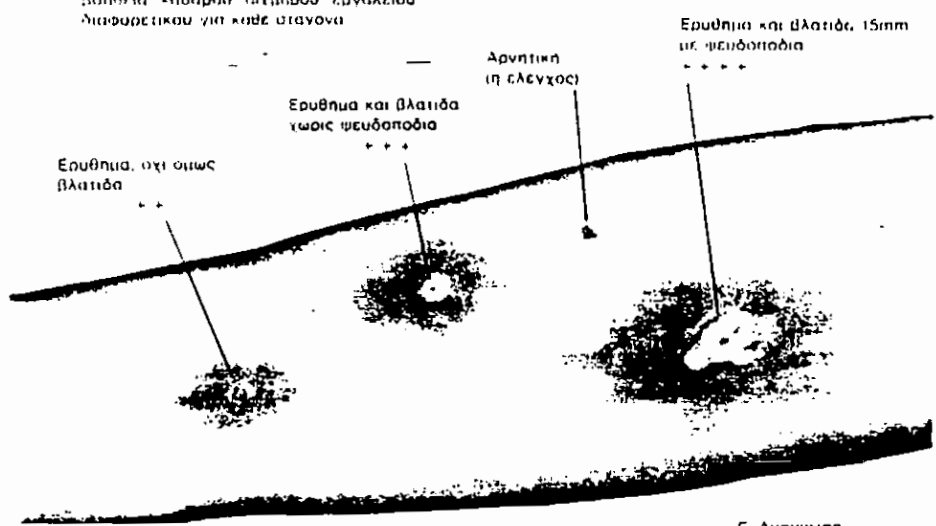


A. Δοκιμασία με νυγμό:
 1. Τοποθετείται στο μη αντινονα διάλυμα της αλλεργίας και διαλυμάτων των υπολοίπων αντιγόνων στην πλάγια επιφάνεια του μηχ ή άλλης μη τριχωτής δερματικής επιφάνειας

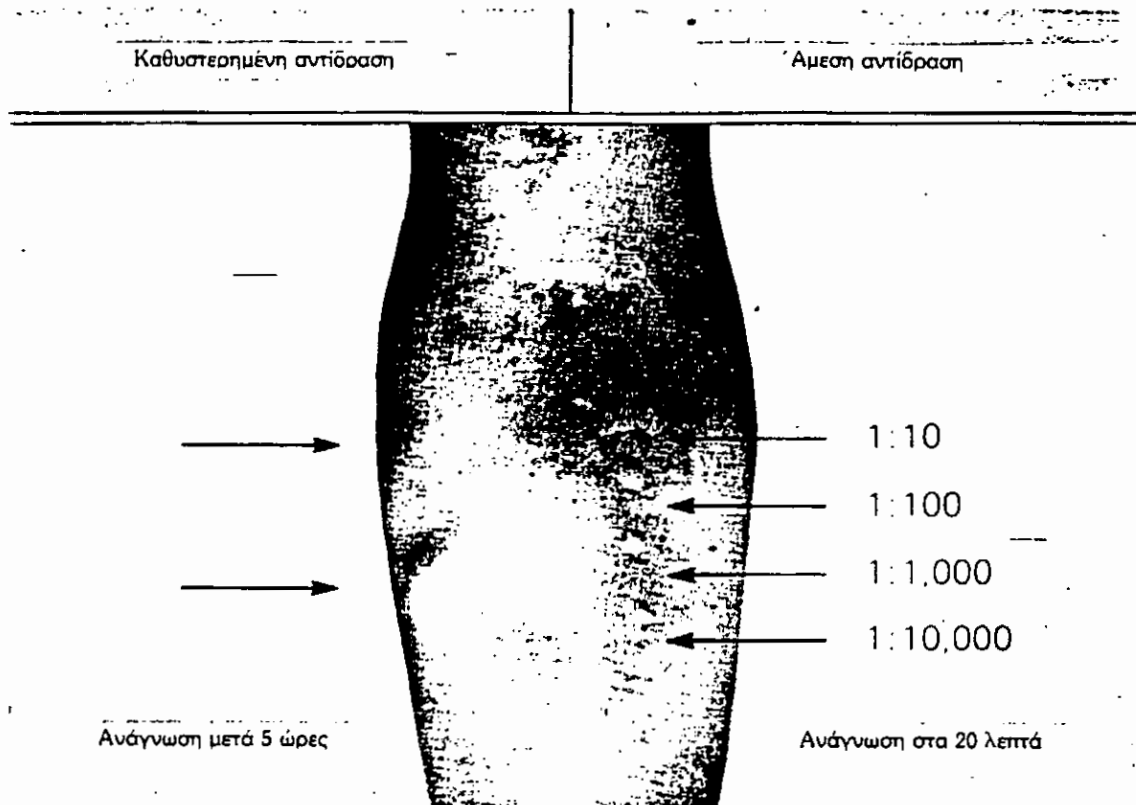


2. Μία από κάθε στήλινα γίνεται μια μικρή σμυχή ή μικρός τρυγός με τη βοήθεια «ελαφρού» χειρικού εργαλείου διαφορετικού για κάθε στήλινα

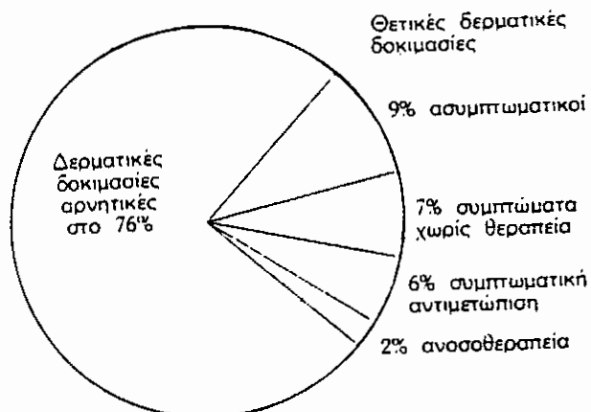
B. Ενδοδερμική δοκιμασία: Η μέθοδος είναι περισσότερο ευαίσθητη, αλλά έχει και μεγαλύτερες πιθανότητες να προκαλέσει συστηματική αντίδραση



Εικόνα 3 Δερματική δοκιμασία για αλλεργία.



Εικόνα 4 Δερματικές δοκιμασίες αλλεργίας με αντιγόνα διαφορετικής συγκεντρώσεως.



Εικόνα 5 Συχνότητα της δερματικής ευαισθησίας σε γύρη και συμπτωμάτων αλλεργικής ρινίτιδας σε τυχαίο δείγμα Δανών φοιτητών της Ιατρικής.

ελάχιστη υποψία υπάρχει για την ύπαρξη αλλεργίας, δηλαδή ο επιπολασμός της αλλεργίας στον ελεγχόμενο γενικό πληθυσμό φαίνεται ότι είναι χαμηλότερος. Όταν χρησιμοποιούνται η ίδια τεχνική και τα ίδια εκχυλίσματα, ο αριθμός των ψευδώς θετικών αντιδράσεων θα είναι υψηλότερος. Στα παιδιά που παρακολουθούνται αλλεργιολογικά, όπου τα περισσότερα άτομα είναι αλλεργικά, ο αριθμός των ψευδώς αρνητικών θα είναι υψηλότερος όταν χρησιμοποιείται η ίδια δοκιμασία. Επομένως, περισσότερα στοιχεία απαιτούνται για τις διαγνωστικές ιδιότητες των εκχυλισμάτων, ώστε να είμαστε σε θέση να δώσουμε τις σωστές οδηγίες, όσον αφορά την ισχύ του εκχυλίσματος που πρέπει να χρησιμοποιείται σε διαφορετικές καταστάσεις (Εικ. 3, 4, 5).

Μειονεκτήματα ΕΔ και ΔΝ

Τα κυριότερα μειονεκτήματα των ενδοδερμικών δοκιμασιών είναι ο κίνδυνος πρόκλησης αναφυλαξίας και ο πόνος που προκαλεί η ένεση. Στις δερματικές δοκιμασίες νυγμού υπάρχουν επίσης μειονεκτήματα, δηλαδή χαμηλή ακρίβεια αν δεν ελέγχονται κατάλληλα και κακή τεκμηρίωση των διαγνωστικών ιδιοτήτων. Η ακρίβεια μπορεί να αυξηθεί με τη χρήση καρφίδας με ακίδα 1 mm και εφαρμόζοντας την ίδια πίεση κατά τον ίδιο χρόνο.

**... Δεν πρέπει η Αλλεργία
να είναι λόγος περιθωριοποίησης
και απομόνωσης του ατόμου ...**

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Φάρμακα
- Ανοσοθεραπεία
- Διαιτητικοί περιορισμοί - Αποφυγή έκθεσης στο αλλεργιογόνο

Φ Α Ρ Μ Α Κ ΑΣταθεροποιητικά της μεμβράνης των κυττάρων

Η χρωμογλυκίνη είναι το φάρμακο-πρότυπο όσον αφορά τα φάρμακα που έχουν σταθεροποιητική δράση στη μεμβράνη των κυττάρων. Η χρωμογλυκίνη ασκεί προστατευτική δράση στο άσθμα και τη ρινίτιδα μέσω μηχανισμών που δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως. Δεν έχει βρογχοδιασταλτική δράση, αλλά αναστέλλει την έκλυση των μεσολαβητών.

Η χρόνια χορήγησή της σε ασθματικούς προκαλεί σημαντική μείωση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας. Η χρωμογλυκίνη χρησιμοποιείται με εισπνοή για τη θεραπεία του άσθματος και προπάντων για προφύλαξη. Η από του στόματος χρωμογλυκίνη χρησιμοποιείται για περιπτώσεις τροφικής δυσανεξίας ή αλλεργίας.

Ένα νέο φάρμακο, το *nedocromil sodium* (*Tilade*) έχει πρόσφατα εισαχθεί στη θεραπευτική. Αυτό έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να χορηγηθεί σε δυο δόσεις ημερησίως.

Πρόσφατες ενδείξεις έχουν δείξει ότι το διουρητικό φάρμακο φουροσεμίδη (*Lasix*) έχει αναμφισβήτητη κλινική δράση στη βρογχική απόφραξη που προκαλείται από αλλεργιογόνα, όταν το φάρμακο χορηγείται με εισπνοές.

Άλλα πιο πρόσφατα φάρμακα έχουν επίσης αντιφλεγμονώδη και σταθεροποιητική δράση στην έκλυση των μεσολαβητών: οι *picumast* και *transilast* χρησιμοποιούνται ήδη στην Ιαπωνία.

Αντιϊσταμινικά

Η σημερινή τάση είναι στο να χρησιμοποιούνται H_1 -ανασταλτές της δεύτερης γενιάς. Οι ανασταλτές αυτοί, εκτός από την ικανότητα αναστολής της απελευθέρωσης ισταμίνης, έχουν και ένα δευτερεύοντα ρόλο στη θεραπεία του άσθματος. Εντούτοις οι κύριες ενδείξεις τους παραμένουν η αλλεργική ρινίτις και επιπεφυκίτις, η χρόνια κνίδωση, η ατοπική δερματίτις με κνησμό.

Οι H_1 -ανταγωνιστές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στον κνησμό της μύτης και των ματιών, στη δακρύρροια, φωτοφοβία, ρινόρροια, πταρμούς της αλλεργικής ρινίτιδας, ενώ η αποτελεσματικότητά τους είναι λιγότερο σαφής στη ρινική απόφραξη.

Οι H_1 -ανασταλτές στη χρόνια κνίδωση δρουν πολύ γρήγορα στην καταστολή του κνησμού. Οι κνιδωτικές πλάκες και το οίδημα εξαφανίζονται πολύ αργά. Η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται για 4-8 εβδομάδες. Επίσης μπορούν να φανούν χρήσιμοι στη θεραπεία του αναφυλακτικού shock και στην πρόληψη αλλεργικών αντιδράσεων σε φάρμακα και ουσίες που χρησιμοποιούνται σε διαγνωστικές δοκιμασίες. Συνήθως χορηγούνται από το στόμα.

Τα αντιϊσταμινικά είναι αναποτελεσματικά στο κληρονομικό αγγειοοίδημα, αφού οι υποκείμενοι μηχανισμοί στην κατάσταση αυτή δεν είναι ισταμινο-εξαρτώμενοι.

Τα αντιϊσταμινικά έχουν επιθυμητή δράση ιδιαίτερα στον κνησμό και στις δευτεροπαθείς βλάβες που οφείλονται στο ξύσιμο, στην ατοπική δερματίτιδα ή στο έκζεμα. Η τοπική εφαρμογή των H_1 -ανταγωνιστών πρέπει γενικώς ν' αποφεύγεται, λόγω του αυξημένου κινδύνου ευαισθητοποίησης.

Ξανθίνες

Παρά το γεγονός ότι οι Ξανθίνες χρησιμοποιούνται εδώ και 50 έτη, ο τρόπος δράσης τους παραμένει ασαφής. Πλέον όμως η θεοφυλλίνη δεν θεωρείται η πρώτη επιλογή στη θεραπεία για την αλλεργία. Επιπλέον η θεοφυλλίνη έχει ένα σημαντικό αριθμό παρενεργειών στο αίμα, μόλις λίγο υψηλότερο επίπεδο απ' αυτά που απαιτούνται για τη θεραπευτική της δράση. Στην πράξη οι Ξανθίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ήπιες μορφές άσθματος, σε συνδυασμό με εισπνεόμενα κορτικοειδή και β_2 -μιμητικά φάρμακα.

Παρά τις ανακοινώσεις για αντιφλεγμονώδη δραστηριότητα *in vitro*, η απομονωμένη θεοφυλλίνη (όπως έδειξε ο Cockcroft) δεν φαίνεται να έχει δράση στην αλλεργική φλεγμονή των βρόγχων και ουσιαστικά μιλάμε για βρογχοδιασταλτικό φάρμακο. Η θεοφυλλίνη δεν βελτιώνει τη βρογχική υπεραντιδραστικότητα όταν λαμβάνεται επί μακρόν. Εντούτοις φαίνεται ότι είναι σε θέση να προλάβει την εξαγγείωση του πλάσματος στους βλεννογόνους και στους βρόγχους.

Αντιχολινεργικά

Τα αντιχολινεργικά έχουν χρησιμοποιηθεί από παλιά στη θεραπεία του άσθματος. Τα αντιμουςκαρινικά φάρμακα μπορούν ν' ανταγωνιστούν την ακετυλοχολίνη στο επίπεδο των μουςκαρινικών υποδοχέων.

Τα αντιχολινεργικά που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι: το βρωμιούχο ιπρατρόπιο και το βρωμιούχο οξυτρόπιο, τα οποία έχουν σαφή βρογχοδιασταλτική δράση, αλλά κατώτερη απ' αυτή των β_2 -αγωνιστών. Σήμερα χορηγούνται σε εισπνοές, είτε για να συμπληρώσουν άλλα βρογχοδιασταλτικά, είτε σε συνδυασμό μ' αυτά.

Συμπαθητικομιμητικά

Οι α - και β -αγωνιστές είναι παράγωγα της νοραδρεναλίνης. Η αδρεναλίνη είναι ο παλαιότερος από τους παράγοντες αυτούς και παραμένει το φάρμακο εκλογής για την αναφυλακτική συστηματική αντίδραση.

Η ψευδοεφεδρίνη χρησιμοποιείται ευρέως ως αγγειακό συσπαστικό της ρινός σε συνδυασμό με αντιϊσταμινικά. Πιο εκλεκτικά αγγειοσυσπαστικά β -μιμητικά φάρμακα, π.χ. οξυμεταζολίνη, χρησιμοποιούνται με τοπική εφαρμογή στη ρινίτιδα και επιπεφυκίτιδα. Τα β_2 -μιμητικά φάρμακα παραμένουν τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα.

Οι πιο συχνές παρενέργειες είναι ο τρόμος των άκρων, η καρδιαγγειακή τους δράση (ταχυκαρδία, υπόταση, έκτακτες συστολές) και νευρικότητα.

Ταχυφυλαξία, δηλαδή συνεχώς μειούμενη δραστηριότητα, συμβαίνει με μερικά β_2 -μιμητικά φάρμακα όταν χορηγούνται για μεγάλο διάστημα.

Τα νέα μακράς διάρκειας β_2 -μιμητικά φάρμακα συνίστανται ιδιαίτερα για την πρόληψη των νυχτερινών ασθματικών κρίσεων.

Τα β_2 -μιμητικά φάρμακα είναι ισχυρά βρογχοδιασταλτικά και δεν φαίνεται να έχουν ευεργετική επίδραση στη βρογχική υπεραντιδραστικότητα.

Κορτικοειδή

Τα κορτικοειδή παραμένουν τα ουσιαστικά φάρμακα στη θεραπεία των αλλεργικών νόσων και αυτό το οφείλουν στην αντιφλεγμονώδη τους δράση.

Πρέπει να τονισθεί ότι, σε κάθε περίπτωση επείγουσας ενδοφλέβιας χορήγησης των κορτικοειδών, πρέπει ν' ακολουθεί και από του στόματος χορήγηση.

Η τακτική και απρατεταμένη χορήγηση των κορτικοειδών ακολουθείται από μια ποικιλία παρενεργειών, όπως η καταστολή του συστήματος υποθάλαμος - υπόφυση - επινεφρίδιο, παχυσαρκία, καθυστέρηση στην ανάπτυξη, οστεοπόρωση, ατροφία δέρματος και ευθραυστότητα των αγγείων, μυϊκή ατροφία και πρόκληση γαστρικών ελκών. Οι περισσότερες από τις ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να προληφθούν μέσω βραχύχρονης αγωγής σε επείγουσες καταστάσεις ή με χορήγηση ανά δεύτερη μέρα, αλλά προπάντων με χορήγηση των εισπνεόμενων μορφών. Οι ενέσιμες μορφές μακράς δράσεως (depot) δεν πρέπει να χορηγούνται σε μακροχρόνιες θεραπείες.

Η απ' του στόματος κορτικοθεραπεία μπορεί ν' αποδειχθεί χρήσιμη στην κνίδωση/αγγειοοίδημα που ανθίσταται στα αντιϊσταμινικά, στη φαρμακευτική αλλεργία, στην επιπεφυκίτιδα, καθώς και στις αιματολογικές αλλεργικές

παθήσεις. Τα κορτικοειδή σε τοπική εφαρμογή είναι χρήσιμα στη δερματίτιδα. Η εισαγωγή των εισπνεόμενων κορτικοειδών, αποτελεί πραγματική πρόοδο στη θεραπεία του άσθματος και της ρινίτιδας. Οι τοπικές επιπλοκές περιλαμβάνουν τη σωματική καντιντίαση, δυσφωνία και επαναλαμβανόμενες επιστάξεις της ρινός, αλλά είναι σχετικά σπάνιες. Τα εισπνεόμενα τοπικά κορτικοειδή έχουν εξαιρετικά ισχυρή φλεγμονώδη δράση και τελείως ασήμαντη συστηματική δράση. Η χορήγησή τους για μερικές εβδομάδες στους ασθματικούς μειώνει σημαντικά τη μη-ειδική βρογχική υπεραντιδραστικότητα.

Ανοσοκατασταλτικά

Τα ανοσοκατασταλτικά έχουν δοκιμαστεί σε μορφές άσθματος ανθεκτικές στα κορτικοειδή (μεθοτρεξάτη). Η κυκλοσπορίνη Α, η οποία έχει ανασταλτική δράση στις λειτουργίες των Τ-λεμφοκυττάρων, έχει χρησιμοποιηθεί στο άσθμα με πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ουσία έχει πολύ μικρό θεραπευτικό εύρος (νεφροτοξικό). Τα άλατα χρυσού έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί στο άσθμα με πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα.

Άλλες θεραπείες

Οι ανταγωνιστές της λιποξυγενάσης (= προκαλεί σχηματισμό λευκοτριενών) και κυκλο-οξυγενάσης (= προκαλεί σχηματισμό υπεροξειδάσης), καθώς και οι ανταγωνιστές του PAF, είναι υπό

μελέτη. Η υδροξυχλωροκινίνη χρησιμοποιείται ως αντιφλεγμονώδης παράγοντας στη ρευματολογία.

Προκαταρκτική μελέτη σε κορτικοεξαρτώμενους ασθματικούς έδωσε αισιόδοξα αποτελέσματα, όσον αφορά την αντιφλεγμονώδη δράση της στο άσθμα.

Η τρέχουσα έρευνα εστιάζεται σε θεραπείες για τον ανταγωνισμό της παραγωγής διαφόρων κυτταροκινών ή παραγόντων που καταστέλλουν την εκσεσημασμένη παραγωγή IgE. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι δρόμοι αυτοί δεν έχουν ακόμη εξαντληθεί.

Συμπέρασμα

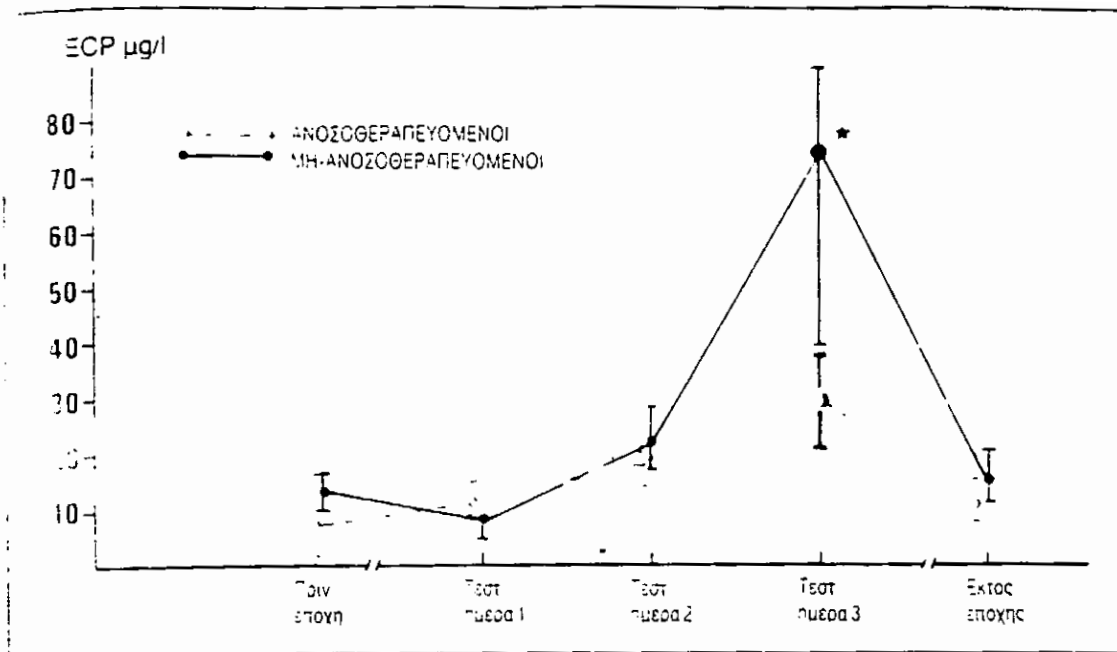
Όλες οι φαρμακευτικές αγωγές των αλλεργικών νόσων πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ύπαρξη των διαφορετικών φάσεων της έκφρασης της αλλεργίας (άμεση, όψιμη ή υποχρόνια και η φλεγμονώδης ή χρόνια φάση).

Τα οξεία αλλεργικά συμπτώματα πρέπει ν' αντιμετωπίζονται με αντιϊσταμινικά, όσον αφορά το δέρμα, τη μύτη, τα μάτια.

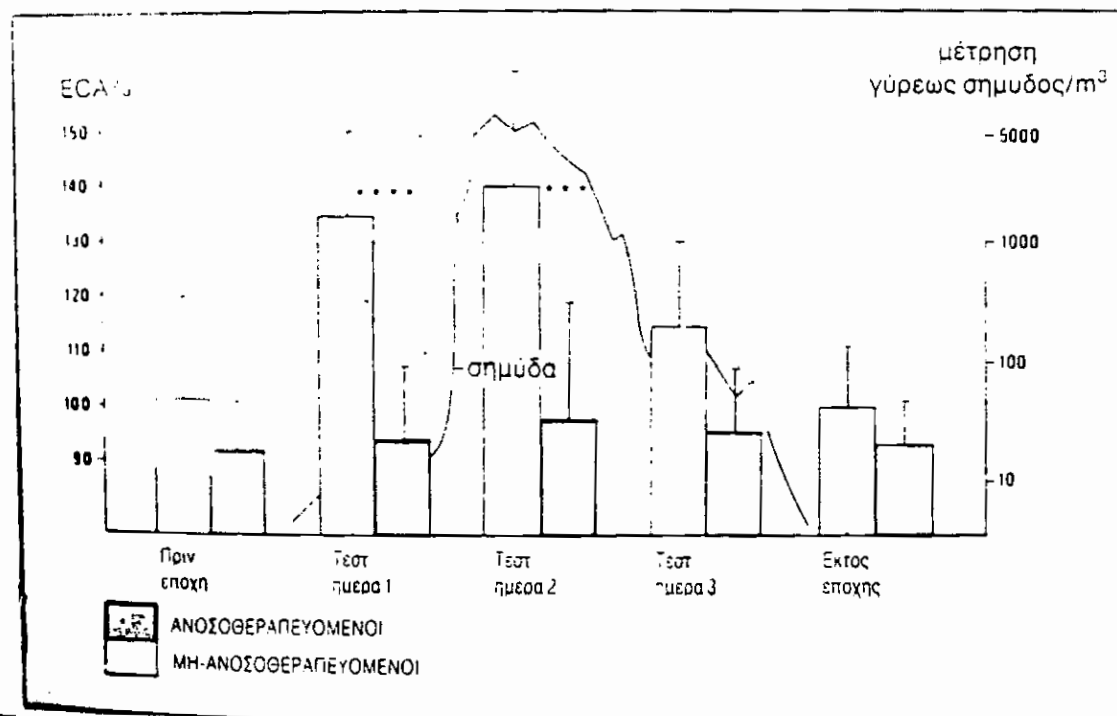
Στις χρόνιες νόσους, όπως το άσθμα, η αντιφλεγμονώδης αγωγή πρέπει να αρχίζει το συντομώτερο δυνατό.

Απλοί κανόνες και καλή κατανόηση της παθοφυσιολογίας της μορφής της αλλεργίας, είναι η βάση για την επιτυχία στην αλλεργιολογία.

"...Θεέ μου, δώσε μου τη γαλήνη να δέχομαι τα πράγματα που δεν μπορώ ν' αλλάξω, το κουράγιο να αλλάζω αυτά που μπορώ και τη σοφία να γνωρίζω τη διαφορά..."



Εικ. 1 Μέσες τιμές και SEM της Ηωσινοφιλικής Κατιονικής Πρωτεΐνης (ECP) σε ομάδες ανοσοθεραπευομένων (IT-treated) και μη (untreated) ασθενών. Στην ομάδα των μη θεραπευομένων ασθενών υπήρχε σημαντική αύξηση την εποχή των συμπτωμάτων, συγκριτικά με τις τιμές εκτος εποχής ($p < 0.05$). Καμία αύξηση δεν παρατηρήθηκε στην ομάδα των ανοσοθεραπευομένων ασθενών.



Εικ. 2 Τα επίπεδα της Ηωσινοφιλικής χημειοτακτικής δραστηριότητας (ECA) εκφρασμένα ως επί τοις εκατό αναλογία της δραστηριότητας συλλογή φυσιολογικών ορών (μέσες τιμές ± SD). Η ECA αυξήθηκε σημαντικά στην αρχή της εποχής (test day 1) $p < 0.001$ και η μέγιστη τιμή της (test day 2) $p < 0.01$ συγκριτικά με τις τιμές προεποχιακά στην ομάδα των μη-ανοσοθεραπευομένων ασθενών. Στους ανοσοθεραπευόμενους ασθενείς δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στις τιμές της ECA.

Α Ν Ο Σ Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Ανοσοθεραπεία σημαίνει: η χορήγηση υποδόριων ενέσεων με αυξανόμενη δόση (αρχίζοντας από χαμηλή δόση) εκχυλίσματος αντιγόνου. Χορηγούνται μέχρι την επίτευξη της μέγιστης δυνατής δόσης που είναι ανεκτή. Κατά τη διάρκεια της συντήρησης η μέγιστη δόση επαναλαμβάνεται σε τακτά διαστήματα για 3-5 χρόνια. Πρέπει να τονιστεί ότι η κλινική πρακτική και η τακτική χορήγησης της Α.Θ. κυμαίνεται μεταξύ των χωρών.

Η ανοσοθεραπεία με αλλεργιογόνο - χορήγηση προοδευτικά αυξανόμενων δόσεων του εκχυλίσματος του αλλεργιογόνου - πρωτοεφαρμόστηκε από τους Noon και Freewan, οι οποίοι έδειξαν ότι η υποδέρια χορήγηση εκχυλίσματος γύρεως αγρωστωδών μπορούσε να μειώσει τα αλλεργικά συμπτώματα σε ευαίσθητους ασθενείς κατά τη διάρκεια της ανθοφορίας των αγρωστωδών. Η πρώτη προσπάθεια απευαισθητοποίησης στα υμενόπτερα έγινε το 1920. Από τότε η ανοσοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε ευρέως για τη θεραπεία της ρινοεπιπεφυκίτιδας και της υπερευαισθησίας στα υμενόπτερα. Τα αποτελέσματα της αγωγής κυμαίνονταν ευρύτατα και ενώ ένας μεγάλος αριθμός των ασθενών απαντούσαν με ποικίλο βαθμό μείωσης των συμπτωμάτων, σε ελάχιστους υπήρχε απαλλαγή απ' αυτά.

Για πολλά χρόνια, μη προτυπωμένα εκχυλίσματα χρησιμοποιήθηκαν με ποικίλουσα και άγνωστη ισχύ και σε πολλές περιπτώσεις ήταν αποτελεσματικά. Η έλλειψη σαφώς προσδιορισμένων ενδείξεων, η κακή επιλογή των ασθενών και η χρήση της θεραπείας από μη ειδικούς, συνετέλεσαν στα πτωχά

αποτελέσματα και στη θανατηφόρο έκβαση που είχε η ανοσοθεραπεία σε λίγες περιπτώσεις. Αυτό με τη σειρά του οδήγησε σε περιορισμούς στη θεραπεία, που ελήφθησαν από την Ιατρική Κοινότητα σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες, με την ακραία θέση που πάρθηκε στην Αγγλία, η οποία σχεδόν οδήγησε στην εξάλειψη αυτού του τύπου της θεραπείας, ενώ στη Σκανδιναυία γινόταν μόνο από ειδικούς και στο νοσοκομείο. Και σε άλλες χώρες ακολούθησαν αυτή τη γραμμή, ενώ στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η Α.Θ. μπορεί ακόμη να χορηγείται σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς.

Τα τελευταία 15 χρόνια σημαντική πρόοδος στη θεραπεία των αλλεργικών νόσων έχει γίνει με την εισαγωγή των τοπικώς δρώντων στεροειδών στην αγωγή της ρινίτιδας και του άσθματος, αλλά και με την εισαγωγή των μη κατασταλτικών H_1 -ανταγωνιστών. Επίσης σημαντικές αλλαγές έγιναν και στην ΑΘ που άρχισαν με την προτύπωση αλλεργιογονικών εκχυλισμάτων. Αντί της χρήσης ακατέργαστων εκχυλισμάτων, τα μερικώς κεκαθαμένα και ισχυρά αλλεργιογόνα, ελεύθερα από χαμηλού μοριακού βάρους μη αλλεργιογονικών ουσιών, εισήχθησαν στη θεραπευτική.

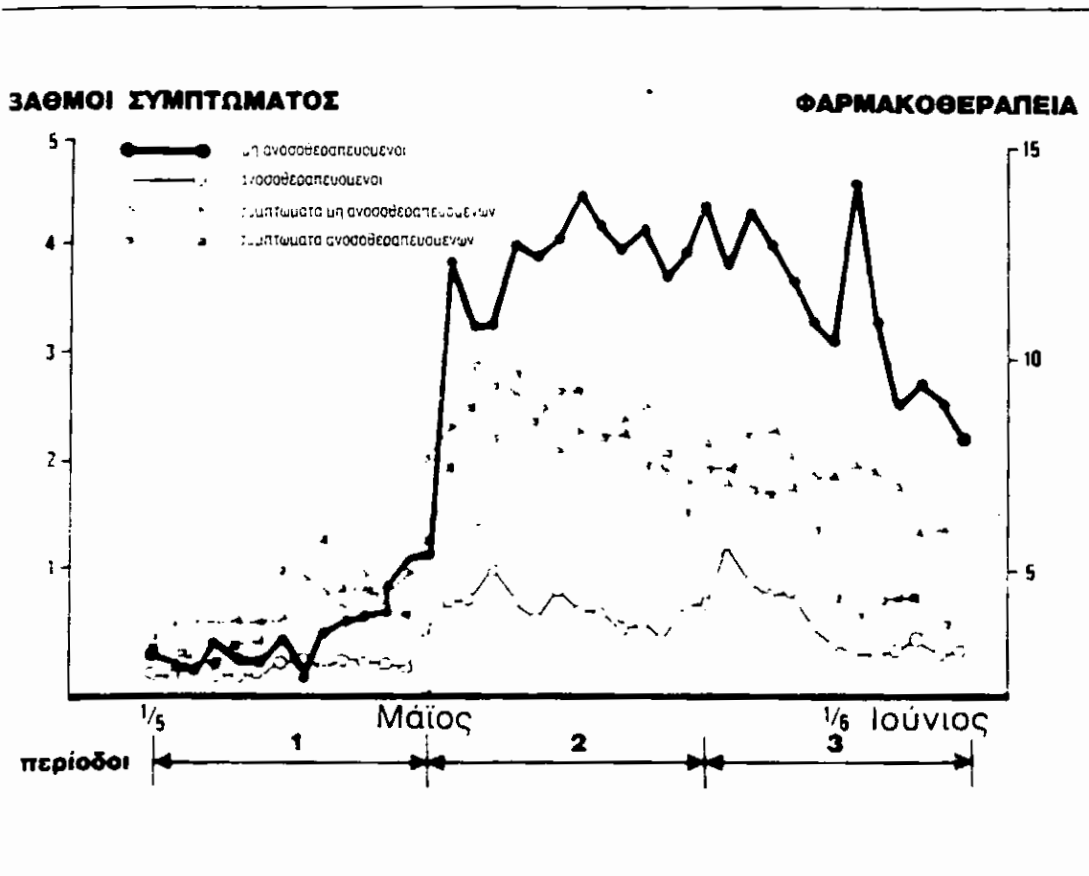
Η Βιολογική Προτύπωση, η οποία βασίζεται σε δερματικές δοκιμασίες σε γνωστό ευαίσθητο πληθυσμό, χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της ισχύος των αλλεργιογονικών εκχυλισμάτων. Τυποποιήθηκαν οι απαιτήσεις για το χαρακτηρισμό των αλλεργιογόνων με ανοσοχημικές μεθόδους και ελέγχθηκαν με έναν αριθμό δοκιμασιών, συμπεριλαμβανομένης και της αναστολής RAST.

Αν και τα χαρακτηριστικά των εκχυλισμάτων κυμαίνονται εξαρτώμενα από τους κατασκευαστές αλλά και τις συνθήκες σε διαφορετικές χώρες, μια γενική συμφωνία υπάρχει μεταξύ των Ευρωπαίων αλλεργιολόγων ότι προτυπωμένα εκχυλίσματα πρέπει να χρησιμοποιούνται στην Αθ. Επιπλέον στην ΕΕΑCΙ [European Academy of Allergy and Clinical Immunology = Ευρωπαϊκή Ακαδημία Αλλεργιών και Κλινικής Ανοσολογίας] έχει δημιουργηθεί η υπο-επιτροπή της προτύπωσης των Αλλεργιογόνων, η οποία αποσκοπεί στη δημιουργία διεθνών προτύπων και στην παρασκευή αλλεργιογόνων που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και θεραπεία. Διεθνή πρότυπα έχουν δημιουργηθεί για τα ακόλουθα αλλεργιογόνα: γύρη αμβροσίας, αγρωστώδη, επιθήλια γάτας - σκύλου, άκαρι και γύρη αγριάδας.

Μηχανισμός δράσεως

Αν και ο ακριβής μηχανισμός δράσεως της Α/θ παραμένει αδιευκρίνιστος, ένας αριθμός υποθέσεων έχει προταθεί. Αρχικά ο στόχος του εμβολιασμού με εκχύλισμα αλλεργιογόνου ήταν να παραχθούν αντισώματα, σύμφωνα με την ίδια αρχή που διέπει τις λοιμώδεις νόσους.

Το ειδικό IgG αντίσωμα δέσμευσης περιγράφηκε και πιστευόταν ότι η δράση του είναι μέσω ανταγωνιστικής σύνδεσης με τις μεμβράνες IgE, έτσι ώστε να μη μπορεί το αλλεργιογόνο να συνδεθεί στις θέσεις αυτές. Αν και η αύξηση των επιπέδων IgG αντισωμάτων είναι γενικό εύρημα σε ανοσοθεραπευμένους ασθενείς, η συσχέτιση με το κλινικό αποτέλεσμα και την έκβαση Α/θ είναι στις περισσότερες περιπτώσεις πολύ ασθενής.



Εικ 3 Η συνολική αξιολόγηση των συμπτωμάτων (Symptom score) και της θεραπείας της ρινοεπιπεφυκίτιδος κατά την εποχή της ανθοφορίας της σημύδας (birch pollen season) σε ανοσοθεραπευόμενους (IT-treated) και μη (Untreated) ασθενείς. Οι μέσες τιμές της αξιολόγησης των συμπτωμάτων και της φαρμακοθεραπείας μετρήθηκαν δις εβδομαδιαίως για κάθε ομάδα (περίοδοι 1-3). Οι διαφορές στο βαθμό των συμπτωμάτων, μεταξύ των ομάδων, ήταν σημαντικές στην περίοδο 3 $**p < 0.01$ και στην φαρμακοθεραπεία σε όλη τη διάρκεια και των τριών περιόδων $**p < 0.01$.

Ένας αριθμός άλλων εργαστηριακών εξετάσεων - απελευθέρωση ισταμίνης, απ' τα λευκοκύτταρα και η δοκιμασία αποκοκκίωσης των βασεόφιλων - έχουν αποδεχθεί ανεπαρκείς για την παρακολούθηση των κλινικών μεταβολών.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών το ενδιαφέρον έχει εστιασθεί στο ρόλο των ηωσινόφιλων στην αλλεργική φλεγμονή. Έχουμε διαπιστώσει αναστολή της εποχιακής αύξησης της ηωσινοφιλικής κατιονικής πρωτεΐνης (ECP) - ενός δείκτη ενεργοποίησης των ηωσινόφιλων, λόγω ανοσοθεραπείας (Εικ. 1).

Κατά τον ίδιο χρόνο, η εποχική αύξηση στη χημειοτακτική δραστηριότητα των ηωσινόφιλων ανεστάλη με ειδική Α/Θ για τη σημύδα (Birch), τόσο στον ορό όσο και στο υγρό των βρογχοκυψελιδικών εκπλύσεων σε αλλεργικούς ασθενείς στη γύρη της σημύδας (birch pollen) (Εικ. 2). Συμπεράναμε ότι οι ανοσοθεραπευμένοι ασθενείς προστατεύονται από την προσέλκυση και την αποκοκκίωση των ηωσινόφιλων στους πνεύμονες.

Κλινικά αποτελέσματα ανοσοθεραπείας

Ρινοεπιπεφυκίτις

Ένας αριθμός προηγούμενων μελετών που έγιναν με υδατικά εκχυλίσματα έδειξαν ικανοποιητικά αποτελέσματα στην αλλεργική ρινίτιδα που οφείλεται σε γύρεις αμβροσίας, σημύδας και αγρωστωδών. Η Α/Θ με καλά προτυπωμένα εκχυλίσματα σημύδας, αγρωστωδών και ακάρεων ήταν αποτελεσματική. Στους περισσότερους ασθενείς με ρινίτιδα η επιφυκίτιδα αποτελεί συνοδό σύμπτωμα και βελτιώνεται και αυτή. Η Εικ.3 δείχνει το

άθροισμα συμπτωμάτων και τη χρήση φαρμάκων κατά την εποχή της ανθοφορίας σε ασθενείς με ρινοεπιπεφυκίτιδα αλλεργικού, στη γύρη της σημύδας, εκ των οποίων οι μισοί ήταν ανοσοθεραπευμένοι. Επίσης, σε σοβαρές περιπτώσεις ρινίτιδας από αγρωστώδη και στην οποία η φαρμακευτική αγωγή ήταν αναποτελεσματική, η A/θ απεδείχθη ευεργετική.

Άσθμα

Η θεραπεία του άσθματος αποτελεί σίγουρα ένα δύσκολο πρόβλημα και εάν το αλλεργικό άσθμα πρέπει να θεραπεύεται με A/θ παραμένει ακόμη αμφιλεγόμενο θέμα. Επιπροσθέτως, με την όψιμη Ασθματική αντίδραση [Late Asthmatic Response - LAR] η Βρογχική Υπεραντιδραστικότητα (Bronchial Hyperresponsiveness - BHR) θεωρείται ότι αντανακλά τη φλεγμονή στους βρόγχους των ασθματικών. Έχει αναφερθεί μείωση της συχνότητας της LAR μετά από A/θ σε ασθενείς με άσθμα οφειλόμενο στα ακάρεα της οικιακής σκόνης. Η Εικ. 4 είναι ένα παράδειγμα της επίδρασης της A/θ στην BHR κατά τη διάρκεια της ανθοφορίας της σημύδας.

Είναι ξεκάθαρο ότι η A/θ στο οφειλόμενο σε γύρεις άσθμα παρέχει καλή προστασία σε ασθενείς αλλεργικούς στη γύρη της σημύδας και των αγρωστωδών. Από την άλλη πλευρά, στο άσθμα από ακάρεα, ο J. Bousquet συνιστά A/θ μόνο σε μονοαλλεργικούς στο άκαρι ασθματικούς χωρίς άλλες συνυπάρχουσες ετήσιας κατανομής αλλεργίες ή με δυσανεξία στην ασπιρίνη, κατά προτίμηση ηλικίας όχι άνω των 50 ετών, χωρίς μη αναστρέψιμες βλάβες. Στην ευαισθησία στα επιθήλια ζώων καλή προστασία έχει επιτευχθεί στο άσθμα από επιθήλια γάτας, αλλά η αποφυγή έκθεσης στο αλλεργιογόνο είναι η καλύτερη σύσταση.

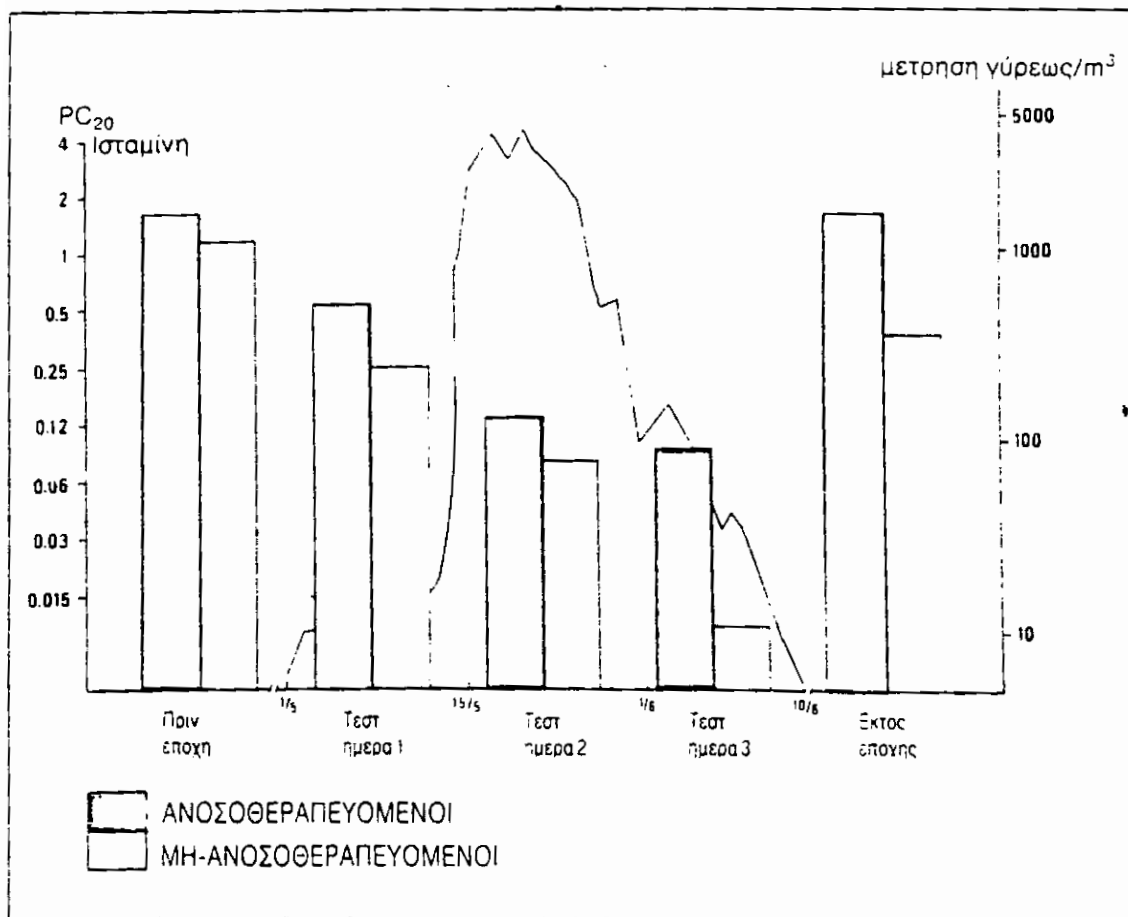
Η Α/Θ με δηλητήριο υμενόπτερον έχει καλώς τεκμηριωθεί από το 1974, μετά από πολλές δεκαετίες αναποτελεσματικής Α/Θ με εκχύλισμα ολικού σώματος εντόμου. Η υψηλή αποτελεσματικότητα θεραπείας με δηλητήριο ανευρίσκεται ιδιαίτερα σε παιδιά θεραπευόμενα με δηλητήριο σφηκών (98-100%), λιγώτερο στους ενήλικες με Α/Θ στο δηλητήριο της μέλισσας (58-87%).

Ενδείξεις Α/Θ

Για την Α/Θ συνιστώνται περιοριστικά κριτήρια σε επιλεγμένους ασθενείς. Απόλυτο κριτήριο η τεκμηρίωση IgE-εξαρτώμενης νόσου. Μια και μοναδική διαγνωστική δοκιμασία είναι συνήθως ανεπαρκής, ενώ πρέπει να γίνεται πλήρης αλλεργιολογικός έλεγχος. Το κλινικά εμφανές ατομικό ιστορικό αλλεργικής νόσου, οι δερματικές δοκιμασίες με τα αντίστοιχα αλλεργιογόνα και η πλήρης *in vitro* απόδειξη των ειδικών IgE αντισωμάτων (RAST). Σε ασαφείς περιπτώσεις ο έλεγχος πρέπει να επεκτείνεται σε πιο ειδικές δοκιμασίες.

Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αυτής της μακροχρόνιας και δαπανηρής θεραπευτικής αγωγής της Α/Θ. Η πιθανότητα μελλοντικών αντιδράσεων πρέπει να τονίζεται. Ασθενείς που χρησιμοποιούν φάρμακα δεν πρέπει να τα σταματούν χωρίς ιατρική εντολή.

Οι ακόλουθες συστάσεις μπορούν να χαρακτηρισθούν ως οι σύγχρονες ενδείξεις εφαρμογής της ανοσοθεραπείας:



Εικ. 4. Οί μεσες ημερήσιες ποσότητες γύρης σημύδας (*birch pollen*) κατά την εποχή ανθοφορίας (καμπύλη) και η διάμεσος PC_{20} των τιμών ισταμίνης για τους ανοσοθεραπευόμενους (IT-treated) (οι ανοικτές στήλες) και για τους μη-ανοσοθεραπευόμενους ασθενείς (οι στικτές στήλες). Η διαφορά μεταξύ των ομάδων ήταν $p < 0.07$ στην ημέρα ελέγχου 3 (test day 3) και $p < 0.05$ μετά την εποχή. Όλα τα επίπεδα της PC_{20} κατά την διάρκεια της εποχής της ανθοφορίας ήταν σημαντικώς χαμηλότερα.

Πίνακας 2. Ελεγχόμενες μελέτες στις οποίες φαίνεται η αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας με γύρεις στο Εποχιακό βρογχικό άσθμα

V/a	Συγγραφείς	Δημοσίευση/ Έτος	Ασθενείς	Αλλεργιογόνο	Αποτελεσματικότητα (Συμπτώματα)
1.	Frankland AW και Augustin R	Lancet 1954, 1:1055	Παιδιά + Ενήλικες	Αγρωστώδη (Grasses)	ΝΑΙ
2.	Johnstone DE και Dutton A	Pediatrics 1968, 42:793	παιδιά	Μίγμα γύρεων	ΝΑΙ
3.	Bruce Ca και συν.	JACI 1977, 59:449	παιδιά	Ragweed (αμβροσία)	ΟΧΙ
4.	Østerballe O	Allergy 1982, 37:379	ενήλικες	Αγρωστώδη	ΝΑΙ
5.	Hill DJ και συν.	Br Med J 1982, 284:306	παιδιά	Αγρωστώδη	ΟΧΙ
6.	Creticos PS και συν.	JACI 1984, 73:94	ενήλικες	Ragweed	ΝΑΙ
7.	Ortolani Ci και συν.	JACI 1984, 73:283	Ενήλικες	Αγρωστώδη	ΟΧΙ
8.	Bousquet J και συν.	Clin Allergy 1985, 15:179	Ενήλικες	Αγρωστώδη	ΝΑΙ
9.	Rak S και συν.	JACI 1988, 82:470	Ενήλικες	Σημύδα (birch)	ΝΑΙ
10.	Bousquet J και συν.	JACI 1989, 84:546	Παιδιά + ενήλικες	Αγρωστώδη	ΝΑΙ
11.	Varney VA και συν.	Br Med J 1991, 302:265	ενήλικες	Αγρωστώδη	ΝΑΙ

CI: Journal Allergy Clinical Immunology)

†: Ευνοϊκό αποτέλεσμα — υπέρ της ανοσοθεραπείας

‡: Αρνητικό αποτέλεσμα — κατά της ανοσοθεραπείας

Πίνακας 3. Ελεγχόμενες μελέτες στις οποίες φαίνεται η αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας με ακάρεα στο βρογχικό άσθμα

A/a	Συγγραφείς	Δημοσίευση/ Έτος	Ασθενείς	Αλλεργιογόνο	Συμπτώματα	Βρογχική πρόκληση
1.	BTS	Br Med J 1968, 3:774	Ενήλικες	D.P+	OXI	—
2.	Smith AP	Br Med J 1971, 4:204	Παιδιά + ενήλικες	D.P+/H.D	NAI	—
3.	Maunsell K και συν.	Lancet 1971, 1:967	Ενήλικες	D.P+/H.D	NAI	—
4.	D'Souza ME και συν.	Clin Allergy 1973, 3:177	Παιδιά + Ενήλικες	D.P+	NAI	—
5.	Bessot JC και συν.	Rev F Allergol 1975, 15:73	Ενήλικες	D.P+/H.D	NAI	—
6.	Gaddie J και συν.	Br Med J 1976, 2:561	Ενήλικες	D.P+	OXI	—
7.	Marques RA και Avila R	Allergol Immun 1978, 6:231	Παιδιά + Ενήλικες	D.P+	NAI	—
8.	Νεστον ΦΑΓ και συν.	Br J Dis Chest 1978, 72:21	Ενήλικες	D.P+	OXI	—
9.	Warner JO και συν.	Lancet 1978, 2:912	Παιδιά	D.P+	NAI	NAI (EA)
10.	Smith JM και Pizzaro Y.	Clin Allergy 1982, 2:281	Παιδιά + Ενήλικες	D.P+/H.D	OXI	—
11.	Formgren H. και συν.	JACI 1984, 73:140	Ενήλικες	D.F	NAI	NAI (AA)
12.	Pauli G και συν.	JACI 1984, 74:524	Ενήλικες	D.P+	OXI	—
13.	Price JF και συν.	Clin Allergy 1984, 14:209	Παιδιά	D.P+	NAI	—
14.	Bousquet J και συν.	JACI 1985, 76:734	Ενήλικες	D.P+	NAI	NAI (AA+EA)
15.	Whan U και συν.	JACI 1988, 82:360	Παιδιά	D.P+	NAI	NAI (AA)
16.	Bousquet J και συν.	JACI 1988, 82:971	Παιδιά + Ενήλικες	D.P+	NAI	—
17.	Mosbech H και συν.	Allergy 1989, 44:487	Ενήλικες	D.P+	OXI	—
18.	Mosbech H και συν.	Allergy 1989, 44:499	Ενήλικες	D.P+	OXI	OXI (AA)
19.	Van Bever HP και Stevens WJ	Clin Exp Allergy 1989, 19:399	Παιδιά	D.P+	NAI	NAI (AA+EA)

(J.A.C.I.: Journal Allergy Clinical Immunology)

H.D: House dust

DF: Dermatophagoides Farinae

D.P+: Δερματοπηγοειδία Πτερονουσφινοθ

NAI: Ευνοϊκό αποτέλεσμα — υπέρ της ανοσοθεραπείας

OXI: Αρνητικό αποτέλεσμα — κατά της ανοσοθεραπείας

AA: Άμεση αντίδραση (early phase)

EA: Επιβραδυνόμενη αντίδραση (late phase)

—: Δεν έγιναν

Πίνακας 4. Ελεγχόμενες μελέτες στις οποίες φαίνεται η αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας με αλλεργιογόνα ζώων (γάτα, σκύλος) στο βρογχικό άσθμα

A/a	Συγγραφείς	Δημοσίευση/ Έτος	Ασθενείς	Αλλεργιογόνο	Αποτελεσματικότητα (Βρογχική πρόκληση)
1.	Taylor B και συν.	JACI 1978, 61:283	Ενήλικες	Γάτα	NAI
2.	Ohman TJ και συν.	JACI 1984, 74:230	Ενήλικες	Γάτα	NAI
3.	Sundin B και συν.	JACI 1986, 77:478	Παιδιά + Ενήλικες	Γάτα, Σκύλος	Γάτα: NAI, Σκύλος: OXI
4.	Valovirta E και συν.	Ann Allergy 1986, 57:173	Παιδιά	Σκύλος	NAI
5.	Rohatgi N και συν.	JACI 1988, 82:389	Ενήλικες	Γάτα, Σκύλος	Γάτα: OXI, Σκύλος: NAI
6.	Van Metre TE και συν.	JACI 1988, 82:1055	Ενήλικες	Γάτα	NAI
7.	Bertelsen A και συν.	Allergy 1989, 44:330	Παιδιά	Γάτα, Σκύλος	NAI
8.	Lilja G και συν.	JACI 1989, 88:37	Παιδιά + Ενήλικες	Γάτα, Σκύλος	NAI

(J.A.C.I.: Journal Allergy Clinical Immunology)

NAI: Ευνοϊκό αποτέλεσμα — υπέρ της ανοσοθεραπείας

OXI: Αρνητικό αποτέλεσμα — κατά της ανοσοθεραπείας

Πίνακας 5. Ελεγχόμενες μελέτες στις οποίες φαίνεται η αποτελεσματικότητα της ανοσοθεραπείας με μύκητες στο Βρογχικό άσθμα

A/a	Συγγραφείς	Δημοσίευση/ Έτος	Ασθενείς	Αλλεργιογόνο	Συμπτώματα	Αποτελεσματικότητα (Βρογχική πρόκληση)
1.	Metzger WJ και συν.	JACI 1983, 71:119	Ενήλικες	Alternaria	NAI	NAI
2.	Malling HJ και συν.	Allergy 1986, 41:507	Ενήλικες	Cladosporium	OXI	NAI
3.	Freborg S. και συν.	Allergy 1986, 41:131	Παιδιά	Cladosporium	OXI	NAI
4.	Horst M και συν.	JACI 1990, 85:460	Παιδιά	Alternaria	NAI	NAI

(J.A.C.I.: Journal Allergy Clinical Immunology)

NAI: Ευνοϊκό αποτέλεσμα — υπέρ της ανοσοθεραπείας

OXI: Αρνητικό αποτέλεσμα — κατά της ανοσοθεραπείας

Πίνακας 6 Αναφέρονται οι συνηθεις μύκητες και οι μήνες που απαντώνται οι σπόροι τους στη Βρετανία (72).



Πίνακας 7 Φάρμακα, διαγνωστικές ουσίες κ.ά. που μπορεί να προκαλέσουν παρόξυνση άσματος. (Από Clark T.J.H.: Steroids in Asthma, p. 66, 1983).

Κατηγορίες	Παραδείγματα
Συχνές αιτίες άσματος	Ασπιρίνη και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, β-αδρενεργικοί ανταγωνιστές
Αιτίες αναφυλακτικών αντιδράσεων που συνοδεύονται με παρόξυνση άσματος	Δεξτράνες, ιωδιούχες σκιερές ουσίες, πενικιλίνη, γ-σφαιρίνη, εκχυλίσματα αλλεργιογόνων που χρησιμοποιούνται για απευαισθητοποίηση
Σπάνιες αιτίες άσματος	Πιτουϊρίνη σε ρινικές εισπνοές, κινίνη και κινιδίνη, παγκρεατικά και άλλα ένζυμα, χρωστικές ουσίες και συντηρητικά τροφίμων και φαρμάκων
Ανπασθματικά φάρμακα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν άσθμα	Υδροκορτιζόνη, μεθυλπρεδνιζολόνη, ACTH, αμινοφυλλίνη, β ₂ -διεγέρτες, χρωμογλυκίνη, κορτικοστεροειδή σε εισπνοές, βρωμιούχο ιπρατρόπιο

1. Αλλεργία στο δηλητήριο υμενοπτέρων

Αποτελεί απόλυτη ένδειξη. Οι ασθενείς που γίνονται δεκτοί για έναρξη Α/Θ, έχουν αντιδράσει σε νυγμό υμενοπτέρων με σοβαρή συστηματική αντίδραση. Μετά την επιβεβαίωση με θετικές δερματικές δοκιμασίες και δοκιμασίες RAST, αυτοί οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε ειδική ανοσοθεραπεία. Παρά το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός από τους ασθενείς αυτούς δεν θα παρουσιάσουν συστηματική αντίδραση σε νεονυγμό, η επιλογή των υψηλού κινδύνου ασθενών δεν είναι δυνατή. Ο κίνδυνος νέου τσιμπήματος θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, ιδιαίτερα σε άτομα με αυξημένη έκθεση, όπως οι μελισσοουργοί και οι αγρότες.

Οι ασθενείς με μεγάλη τοπική αντίδραση και επεισόδια ήπιας συστηματικής αναφυλαξίας θα πρέπει να ενημερώνονται στην αποφυγή νέου τσιμπήματος και να εφοδιάζονται με φάρμακα άμεσης αντιμετώπισης νέου επεισοδίου, όπως επινεφρίνη σε μορφή aerosol ή σε σύριγγα για υποδόρια χρήση και στεροειδή (πρεδνιζολόνη 40-50 mg).

2. Αλλεργία στις γύρεις

Η Α/Θ δεν είναι πλέον η θεραπεία στην απλή, χωρίς επιπλοκές αλλεργική ρινίτιδα, διότι στο 90% των ασθενών αυτών η σύγχρονη αγωγή με συνδυασμό τοπικών κορτικοειδών και μη-κατασταλτικών αντιϊσταμινικών καταστέλλει τα συμπτώματα. Η ανοσοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις ανθεκτικές στη φαρμακοθεραπεία, όπου η φαρμακευτική αγωγή δεν κατέστειλε τα συμπτώματα της ρινοεπιπεφυκτιιδας για δυο τουλάχιστον εποχές. Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η παρατεταμένη εποχή

ανθοφορίας που υπάρχει σε μερικές περιοχές, η οποία πλησιάζει το μισό του χρόνου και οι ασθενείς δεν συμμορφώνονται πάντοτε με τη φαρμακευτική αγωγή. Η ανοσοθεραπεία ενδείκνυται επίσης όταν υπάρχουν επιπρόσθετα συμπτώματα από το κατώτερο αναπνευστικό (π.χ. αλλεργικό άσθμα) και υποχρεώνεται ο ασθενής στη χρήση μεγάλου αριθμού φαρμάκων, ώστε η σωστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής να καθίσταται προβληματική.

3. Αλλεργία στην οικιακή σκόνη

Η Α/Θ φαίνεται αποτελεσματική στη ρινίτιδα από ακάρεα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στο άσθμα, όταν τα ακάρεα είναι ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η Α/Θ με εκχύλισμα ακάρεων στους ασθματικούς πρέπει να είναι επιλεκτική. Η απόλυτη αποφυγή έκθεσης είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί, όμως ορισμένα μέτρα περιορισμού της έκθεσης στα ακάρεα είναι δυνατό να εφαρμοσθούν, γι' αυτό πρέπει να δίδονται οι κατάλληλες οδηγίες. (Εικ. 5)

4. Αλλεργία στα επιθήλια των ζώων

Η αποφυγή της έκθεσης είναι η καλύτερη θεραπεία. Εντούτοις σε επιλεγμένες περιπτώσεις η Α/Θ μπορεί να γίνει αποδεκτή, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις επαγγελματικής έκθεσης, όπου εξαρτάται η επαγγελματική σταδιοδρομία του ασθενούς ή σε ειδικές περιπτώσεις παιδιών με έντονο συναισθηματικό δεσμό με τα οικόσιτα ζώα.

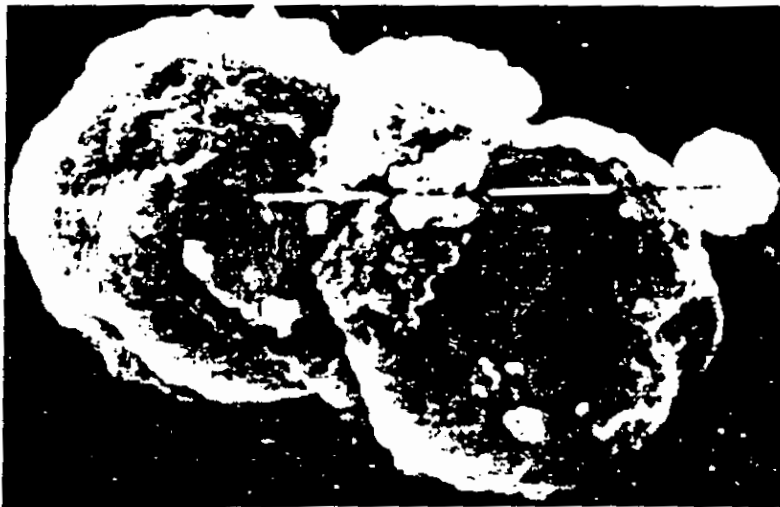
5. Μύκητες

Παρά τα ανακοινωθέντα θετικά αποτελέσματα σε λίγες μελέτες ανοσοθεραπείας με εκχυλίσματα μυκήτων, η Α/Θ μπορεί

Α



Β



Εικόνα 5 Α. Φωτογραφία με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο του *Dermatophagoides farinae* που συνήθως υπάρχει στην οικιακή σκόνη. Β. Φωτογραφία με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο των περιττωμάτων του *Dermatophagoides farinae* που αποτελούν την κύρια πηγή των αλλεργιογόνων της οικιακής σκόνης.

να γίνει αποδεκτή κατ' εξαίρεση σε περιπτώσεις μονοευαισθησίας. Εάν η Α/Θ της ρινοεπιπεφυκίτιδας μπορεί να δράσει προστατευτικά στην εκδήλωση άσθματος ή στην επιδείνωση της αλλεργικής νόσου, παραμένει ερώτημα αναπάντητο.

Αντενδείξεις Α/Θ

Η Α/Θ αντενδείκνυται σε ασθενείς με:

- (1) Σοβαρή νόσο, ιδιαίτερα αυτοάνοσες καταστάσεις.
- (2) Κακοήθεια.
- (3) Αδυναμία συνεργασίας.
- (4) Θεραπεία με β-αναστολείς.
- (5) Νόσο όπου αντενδείκνυται η θεραπεία με επινεφρίνη (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος, υπερθυρεοειδισμός), με εξαίρεση στην αλλεργία στο δηλητήριο υμενοπτέρων. Η κύηση είναι σχετική αντένδειξη και συνήθως η Α/Θ συνεχίζεται σε ασθενείς που έχουν φθάσει τη δόση συντήρησης.

Αλλεργιογόνα και εκχυλίσματα

Υπάρχουν τα υδατικά και τα βραδείας αποδέσμευσης εκχυλίσματα (depot), τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν αμφοτέρω. Τα depot εκχυλίσματα χρησιμοποιούνται κυρίως και χορηγούνται εβδομαδιαίως μέχρι την επίτευξη της μέγιστης δόσης και ανά 4-6 εβδομάδες κατά τη φάση της συντήρησης.

Η επίτευξη δόσης συντήρησης μπορεί να επιτευχθεί σε βραχύτερο χρόνο, χρησιμοποιώντας ταχύ σχήμα απευαισθητο-

ποίησης κατά το οποίο οι ενδονοσοκομειακοί ασθενείς λαμβάνουν 4-6 δόσεις υδατικού εκχυλίσματος ημερησίως στη διάρκεια μιας εβδομάδας ή κατά τη διάρκεια μιας ημέρας, με εβδομαδιαία μεσοδιαστήματα, μέχρι την επίτευξη δόσης συντήρησης. Η δόση συντήρησης συνεχίζεται με depot εκχύλισμα.

Προφυλάξεις

- Η θεραπεία πρέπει να γίνεται από ειδικό ιατρό και στο νοσοκομείο.
- Να υπάρχει ετοιμότητα αντιμετώπισης μιας αναφυλακτικής αντίδρασης ή κρίσης σοβαρού άσθματος.
- Να υπάρχει πάντα έτοιμη επινεφρίνη.
- Να ελέγχεται πάντα το όνομα του ασθενούς και διπλός έλεγχος του αντιγόνου και της δόσης.
- Να ελέγχεται η γενική κατάσταση του ασθενούς και η έκθεσή του στο αντιγόνο πριν την επίσκεψή του στην κλινική.
- Στους ασθματικούς λαμβάνεται η PEF και πριν και 30 λεπτά μετά την ένεση.
- Να ελέγχεται το μέγεθος της αντίδρασης της προηγούμενης ένεσης.
- Να χρησιμοποιείται βαθμολογημένη σύριγγα του 1 ml, να χορηγείται το εκχύλισμα με υποδόρια ένεση και να σημειώνεται το σημείο της ένεσης.
- Να γίνεται αναρρόφηση για να επιβεβαιωθεί ότι η ένεση δεν γίνεται ενδοαγγειακά.

- Να παρακολουθείται ο ασθενής στην κλινική για 30 λεπτά.
- Να σημειώνεται το μέγεθος της τοπικής αντίδρασης.

Η θεραπεία πρέπει να γίνεται όλο το χρόνο και κατά την εποχή των συμπτωμάτων η δόση του αντιγόνου πρέπει να υποδιπλασιάζεται. Ένα ή περισσότερα αλλεργιογόνα μπορεί να δοθούν κατά τον ίδιο χρόνο αλλά σε διαφορετικές θέσεις, παραδοσιακά στο βραχίονα και μόνο ένα αλλεργιογόνο σε κάθε θέση.

Τα μείγματα αλλεργιογόνων δεν συνιστώνται. Γενικά η υψηλότερη ανεκτή δόση πρέπει να δίδεται ως δόση συντήρησης, η οποία όμως δεν είναι πάντα η υψηλότερη δόση του εκχυλίσματος και έτσι θα πρέπει να εξατομικεύεται. Εάν δεν υπάρχει κλινική βελτίωση μετά από 1-2 χρόνια με τη βέλτιστη δόση, τότε η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Παρενέργειες A/θ

Οι περισσότερες τοπικές αντιδράσεις δεν απαιτούν θεραπεία. Οι συστηματικές αντιδράσεις αρχικά αντιμετωπίζονται με επινεφρίνη 1 : 1000, 0,05 ml υποδόρια. Θα πρέπει να εξασφαλίζεται ενδοφλέβια παροχή και να χορηγούνται υγρά και αγγειοσυσπαστικά αν υπάρχει υπόταση. Χορήγηση οξυγόνου αν καταστεί αναγκαία. Στεροειδή και αντιϊσταμινικά μπορεί να χορηγηθούν, αν και δεν πρέπει να αναμένεται άμεση αποτελεσματικότητα. Περιπτώσεις ασθματικής αντίδρασης μπορεί να θεραπευθούν παραδοσιακά με χορήγηση βρογχοδιασταλτικών, θεοφυλλίνης και στεροειδών. Η πιθανότητα παρατεταμένης αντίδρασης απαιτεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία για 24 h για παρακολούθηση συστηματικής αντίδρασης.

**... Αντιαλλεργική θεραπεία =
Απόδραση στις χαρές
της ΖΩΗΣ ...**

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ - ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΟΥ

Αφού διαγνωσθεί η αλλεργική νόσος (ρινο-επιπεφυκίτιδα, ρινίτιδα, άσθμα, έκζεμα κ.λπ.) και αντιμετωπισθούν τα πιο σοβαρά συμπτώματα, τότε θα πρέπει να συζητηθεί η αποφυγή έκθεσης στο υπεύθυνο αλλεργιογόνο με τον ασθενή ή τους οικείους του. Η θεραπευτική αποτελεσματικότητα των διάφορων υγειονομικών μέτρων εξαρτάται αφ' ενός απ' την κλινική σημασία της αποφυγής των συγκεκριμένων αλλεργιογόνων και αφ' ετέρου από την αποτελεσματικότητα των μέτρων που λαμβάνονται.

Αναδρομικά συμπεράσματα και εργαστηριακά δεδομένα που τεκμηριώνουν τη διάγνωση της "αλλεργικής νόσου" δεν αποτελούν συνήθως τη σωστή βάση για την ανάπτυξη ενός σχεδίου αποφυγής της έκθεσης στο αλλεργιογόνο. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει προσπάθεια παρουσίασης ενός δομημένου τρόπου ανάπτυξης αποτελεσματικών υγειονομικών μέτρων.

Ευαισθητοποίηση και έκθεση

Από βιολογικές και αλλεργιολογικές μελέτες είναι γνωστό ότι τα άτομα κάτω από φυσιολογικές συνθήκες εκτίθενται σ' έναν αριθμό διάφορων αλλεργιογόνων. Στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη τα άτομα εκτίθενται σε 35 τουλάχιστον κοινά αλλεργιογόνα με αποδεδειγμένη ανοσογονικότητα. Σ' αυτά περιλαμβάνονται συστατικά από τη χλωρίδα του δέρματος

(εμφανή μόνο στην περίπτωση του ατοπικού εκζέματος), τροφικά και εισπνεόμενα αλλεργιογόνα εσωτερικού και εξωτερικού χώρου. Τα συνήθη αλλεργιογόνα του ενδοοικιακού περιβάλλοντος αποτελούν επιθήλια και εκκρίσεις οικόσιτων ζώων (σκύλοι - γάτες - τρωκτικά), ακάρεα οικιακής σκόνης, έντομα, ακάρεα αποθηκών και μύκητες (Πίνακας 1). Σε ατομικές περιπτώσεις μπορεί να είναι εμφανής επιπρόσθετη έκθεση π.χ. σε ινδικό χοιρίδιο (αν υπάρχει στο σπίτι), στο άκαρι *Carroglyphus lachs*, σε εργαζόμενους σε βιομηχανία ζάχαρης ή στο μύκητα *Raecilomyces* σε άτομα που επισκέπτονται συχνά προ-νιστήρια.

Δυστυχώς είναι αδύνατη η λήψη εκχυλισμάτων απ' όλα τα σχετικά αλλεργιογόνα για τις συνήθεις διαγνωστικές δοκιμασίες. Σ' όλες τις περιπτώσεις πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια, μέσω της λήψης ιστορικού, να επιβεβαιώνεται η κλινική σημασία της έκθεσης στα αντίστοιχα αλλεργιογόνα. Ως παράδειγμα, στην εικ. 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ειδικής IgE σε 50 ενήλικες ατοπικούς ασθενείς, οι οποίοι είτε ήσαν εξωτερικοί ασθενείς, είτε είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο λόγω ατοπικού εκζέματος. Δεκατρία διαφορετικά αλλεργιογόνα απ' αυτά που αναγράφονται στον Πίνακα 1 ελέγχθηκαν στους 30 από τους 50 ασθενείς.

Το ποσοστό των θετικών ευρημάτων κυμάνθηκε από το 23 έως το 88%, ενώ πάνω από τους μισούς ασθενείς είχαν ευαισθητοποιηθεί σε 7 τουλάχιστον αλλεργιογόνα από το σύνολο των 13 (ονομαστικά ήταν: άκαρι οικιακής σκόνης, επιθήλια σκύλου, *Pityrosporum*, γύρη αγρωστωδών, επιθήλια γάτας, σιταρένιο αλεύρι και αράπικο φυστίκι) και δυο άτομα είχαν ειδική IgE σε

Πίνακας 1. Έκθεση σε κοινά αλλεργιογόνα αποδεδειμμένης παθογενετικότητας στο ενδοοικιακό περιβάλλον στην Δυτική και Κεντρική Ευρώπη.
Τα επιστημονικά ονόματα είναι σε πλάγια γραφή (*).

<p>ΧΛΩΡΙΔΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (σχετικά μόνο με την ατοπική δερματίτιδα)</p> <p><i>Pityrosporum orosiculare</i></p> <p><i>Staphylococcus aureus</i> (μόνο ως ερεθιστικό:)</p>
<p>ΤΡΟΦΕΣ</p> <p>Πατάτα (<i>Solanum tuberosum</i>)</p> <p>Ασπράδι αυγού (<i>Gallus domesticus</i>)</p> <p>Φουντουκι (<i>Corylus avellana</i>)</p> <p>Βακαλάος (<i>Gadus morhua</i>)</p> <p>Γάλα αγελάδος (<i>Bos taurus</i>)</p> <p>Αράπικο φυστίκι (<i>Arachis hypogaea</i>)</p> <p>Άλευρι σιταριού (<i>Triticum aestivum</i>)</p>
<p>ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΑ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ (εσωτερικού χώρου)</p> <p>Όυρα και επιθήλια καφέ αρουραίου (<i>Rattus norvegicus</i>)</p> <p>Επιθήλια γάτας (<i>Felis catus</i>)</p> <p>Επιθήλια σκύλου (<i>Canis familiaris</i>)</p> <p>Φθείρα - Psocoptera (<i>Lepidotus, Liposceius</i>)</p> <p>Γερμανική κατσαοίδα (<i>Blattella germanica</i>)</p> <p>Ακάρεια οικιακής σκόνης - Pyroglyphidae (<i>Dermatophagoides, Euroglyphus</i>)</p> <p>Όυρα και επιθήλια ποντικού των σπιτιών (<i>Mus musculus</i>)</p> <p>Μη-ξηρόφιλοι μύκητες - <i>Alternaria</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Cladosporium</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Merulius lacrymans</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Penicillium brevicompactum</i> series</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>P. chrysogenum</i> series</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>P. frequentans</i> series</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Scoriarioropsis oreivauis</i></p> <p>Ασημοψαρά - Lepismatidae (<i>Lepisma, Thermobia</i>)</p> <p>Ακάρεια αποθηκών - Acarid (<i>Acarus, Tyrophagus</i>)</p> <p>Ακάρεια αποθηκών - Glycyphagidae (<i>Glycyphagus, Lepidoglyphus</i>)</p> <p>Ξηρόφιλοι μύκητες - <i>Aspergillus glaucus</i> group</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>A. restrictus</i> group</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Phoma</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Wallemia sebi</i></p>
<p>ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΑ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ (εξωτερικού χώρου)</p> <p>Γύρις σημύδας (<i>Betula</i>)</p> <p>Μύκητες - <i>Alternaria</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Cladisporium</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Heiminthosporium</i></p> <p>Γύρις αρτεμισίας (<i>Artemisia vulgaris</i>)</p> <p>Γύρις αγρωστωδών - Gramineae (<i>Lolium perenne, Secale Cereale</i>)</p>

Πηγή: Bronswijk 1981, Nilsson ed 1983, Matala et al. 1986, Burgess 1990, Groot 1990, Ter et al. 1990, HSM Kort, personal Communication, F. de Maat-Bleeker, personal communication.

μόνο ένα από τα 13 αλλεργιογόνα. Σε 10 από 50 άτομα προσδιορίστηκε ειδική IgE και για τα 13 αλλεργιογόνα. Στην ομάδα των ατόμων αυτών τα αντισώματα έναντι του ασπραδιού του αυγού και του βακαλάου αποτελούσαν τη μειοψηφία, ενώ τα υπόλοιπα 11 ήσαν θετικά στην πλειοψηφία των ασθενών. Κάποιος μπορεί ν'αναρωτηθεί τι αποτελέσματα θα είχαμε αν είχαν προστεθεί στον κατάλογο και αλλεργιογόνα από την κατσαρίδα και τα ακάρεα των αποθηκών.

Μια πιο προσεκτική εξέταση των δεδομένων που αφορούν τους 50 ασθενείς έδειξε ότι, όταν ο αριθμός των διαφορετικών ευαισθητοποιήσεων είναι υψηλός, υπάρχει συνήθως κλινικά και ανοσολογικά (ολική IgE ορού) μια κορυφαία ομάδα από 2-6 αλλεργιογόνα, τα οποία είναι και τα υποψήφια προς αποφυγή.

Μετά την πλήρη διερεύνηση της ευαισθητοποίησης του ασθενούς, πρέπει να εκτιμηθούν τα επίπεδα της ενεργού έκθεσης. Αναδρομικά δεδομένα παρέχουν σημαντικές πληροφορίες, επιπρόσθετα με πληροφορίες για τοπικές πηγές αλλεργιογόνων, τη σύσταση των τροφών, καθώς και την εκτίμηση της ενδοοικιακής πανίδας και χλωρίδας. Οι συνήθειες μέθοδοι προσδιορισμού των επιπέδων έκθεσης στα ενδοοικιακά αλλεργιογόνα μπορεί να γίνουν με απλά μέσα, εντούτοις η βοήθεια από έναν ειδικά εκπαιδευμένο βιολόγο είναι απαραίτητη.

Αφού επιβεβαιωθούν η ευαισθητοποίηση και η έκθεση των ατόμων στα αντίστοιχα αλλεργιογόνα, η κλινική σημασία των αντιγόνων αυτών πρέπει να ελεγχθεί μέσω του ιστορικού ή αν είναι δυνατό με μεθόδους φυσικής έκθεσης (δίαιτα αποφυγής, επισκέψεις σε μέρη που αφθονούν τα εισπνεόμενα αλλεργιογόνα).

Τα παραπάνω μέτρα περιορίζουν τον κατάλογο των κλινικά αξιολογήσιμων αλλεργιογόνων για το συγκεκριμένο άτομο. Τα υπόλοιπα αλλεργιογόνα του καταλόγου αποτελούν τη βάση για την οργάνωση ενός σχήματος αποφυγής έκθεσης.

Ο ρόλος του ιατρού και του νοσηλευτή

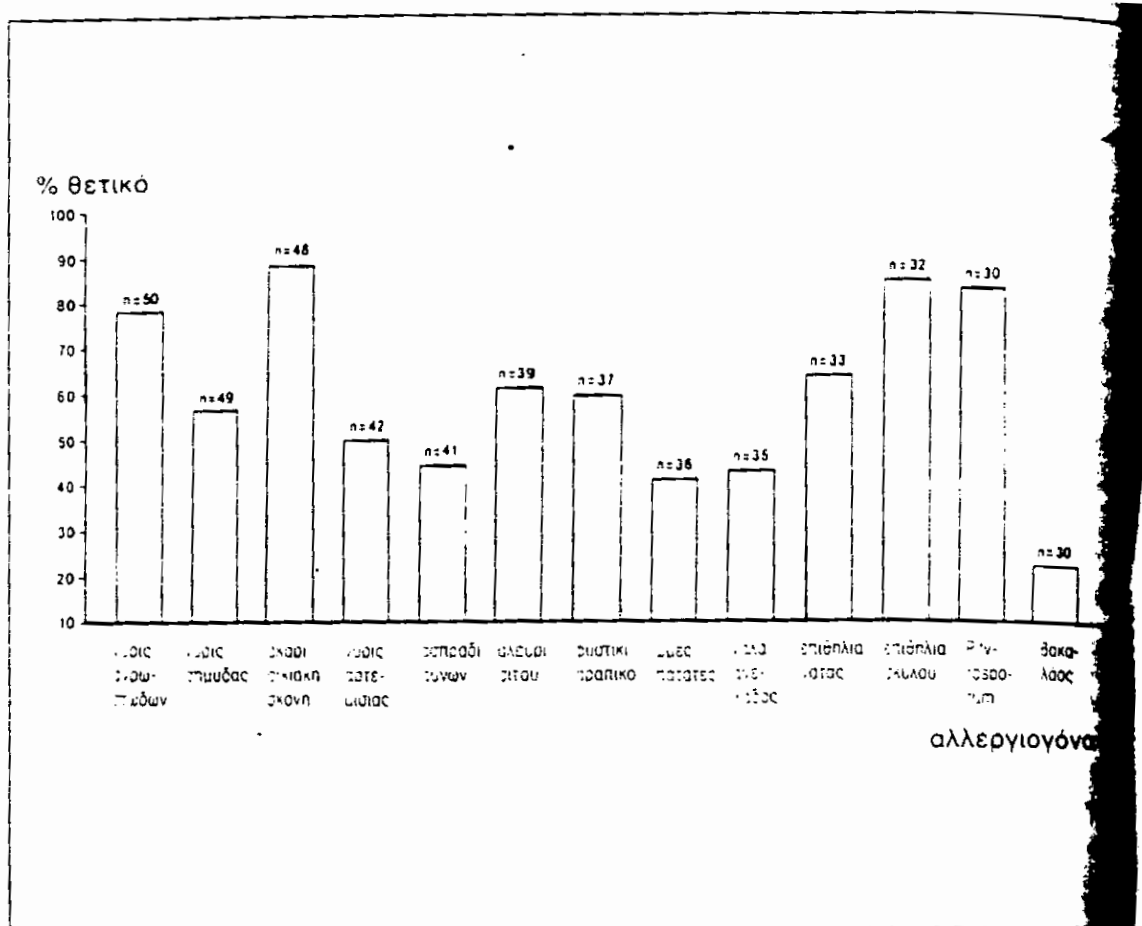
Στο σημείο αυτό ο ασθενής πρέπει να ζητά τη συμβουλή από έναν ειδικό, άλλο από το θεράποντα ιατρό. Σε μερικές χώρες ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες-τές αναλαμβάνουν την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για το πρόγραμμα αποφυγής έκθεσης στο αλλεργιογόνο. Οι οδηγίες που δίδονται είναι ουσιαστικής σημασίας, αλλά επίσης ουσιαστική είναι και η επίβλεψη. Η εξαίρεση του κανόνα είναι βεβαίως η θεραπεία των λοιμώξεων από σταφυλόκοκκο ή *Pityrosporum*, η οποία είναι εμφανές καθήκον του ιατρού. Όταν απαιτούνται διαιτητικά μέτρα, τότε ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό διαιτολόγο μαζί με τον κατάλογο των υπεύθυνων τροφικών αλλεργιογόνων. Ο διαιτολόγος καταρτίζει ένα πρόγραμμα "πλήρους διατροφής", χωρίς να συμπεριλαμβάνονται οι "ένοχες τροφές".

Αφού η ενεργός έκθεση στα αλλεργιογόνα ανοικτού χώρου εξαρτάται από εποχιακούς τοπικούς παράγοντες, τα υγειονομικά μέτρα περιλαμβάνουν την πλήρη τακτοποίηση των υπεύθυνων φυτών, καθώς και οδηγίες αποφυγής την εποχή της μέγιστης ανθοφορίας ή την εποχή υψηλής συγκέντρωσης των σπόρων των μυκήτων στην ατμόσφαιρα. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα φυτά του κήπου του σπιτιού του ασθενούς.

Ο πιο κοινός ενδοοικιακός ρυπαντής είναι ο καπνός του τσιγάρου. Αν και δρα ως ερεθιστικός παράγοντας και όχι ως αλλεργιογόνο, η συμβολή του στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι σημαντική. Εάν η διακοπή του καπνίσματος δεν επιτευχθεί στο σπίτι ή στους χώρους εργασίας, τότε η επιτυχία των μέτρων αποφυγής θα είναι μέτρια.

Τα οικόσιτα ζώα δεν συνιστώνται σε σπίτια με ένα ή περισσότερα αλλεργικά άτομα. Αυτό περιλαμβάνει και ζώα στα οποία το άτομο δεν έχει ευαισθητοποιηθεί. Η ευαισθητοποίηση σίγουρα συμβαίνει αν το ζώο παραμείνει μισό έως δυο χρόνια ή περισσότερο. Συνήθως είναι δύσκολο ν' αλλάξουν οι αντιλήψεις των ανθρώπων που έχουν οικόσιτα ζώα στο σπίτι τους. Το επίπεδο των πλείστων άλλων ενδοοικιακών αλλεργιογόνων εξαρτάται λιγώτερο από τα συμπεριφοριολογικά πρότυπα συγκριτικά με τα αλλεργιογόνα από τα οικόσιτα ζώα. Η κατασκευή του κτιρίου και του τρόπου εξαερισμού, μαζί με την εσωτερική διακόσμηση και τον τρόπο καθαρισμού, καθορίζουν το ενεργό φορτίο αλλεργιογόνων από τρωκτικά, ακάρεα της οικιακής σκόνης, ακάρεα αποθηκών και σπόρους μυκήτων. Οι κατσαρίδες που εισβάλλουν στο σπίτι προσαρμόζονται εύκολα και αυξάνονται ταχύτατα. Σ' αυτή την περίπτωση επιβάλλεται η συστηματική απεντόμωση από εξειδικευμένα άτομα που είναι άλλωστε και το μόνο λογικό μέσο πρόληψης.

Έχει υπολογισθεί ότι στη Δυτική Ευρώπη τα αλλεργικά συμπτώματα μπορεί να μειωθούν στο μισό μετά την εξόντωση των ακάρεων της οικιακής σκόνης.



Εικ. 1. Η ευαισθητοποίηση σε 13 διαφορετικά αλλεργιογόνα σε 50 ασθενείς με atopική δερματίτιδα, όπως μετρήθηκε με το σύστημα CAP της Pharis. Τιμές στον άξονα y μεγαλύτερες από 0.35 KU/1 θεωρήθηκαν ενδεικτικές ευαισθητοποίησης (Ewan & Coote 1990). Τα αλλεργιογόνα τοποθετήθηκαν στο σχήμα αναλόγα με την συχνότητα ελέγχου των. Το «n» δηλώνει τον αριθμό των ατόμων που ελέγχθηκαν.

Αποφυγή των αλλεργιογόνων των ακάρεων

Η σχεδίαση της αποφυγής των ακάρεων της οικιακής σκόνης αρχίζει με ένα απλό σχέδιο του σπιτιού, που ζωγραφίζει ο ασθενής ή κάποιο μέλος της οικογένειας του. Πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα δωμάτια, καθώς σοφίτα και υπόγειο. Στο σχέδιο πρέπει να σημειώνονται ο τρόπος που καλύπτονται τα πατώματα και τα υπάρχοντα έπιπλα. Για κάθε χώρο πρέπει να λαμβάνονται δείγματα σκόνης με ηλεκτρική σκούπα, το ένα αφορά σκόνη από πατώματα και το άλλο σκόνη από την επιφάνεια επίπλων και στρωμάτων. Το σκούπισμα δεν πρέπει να γίνεται από τον ασθενή, λόγω της έκθεσής του στην αλλεργιογόνο σκόνη.

Τα διαφορετικά δείγματα σκόνης ελέγχονται για το περιεχόμενό τους σε ακάρεα, με ανοσοβιολογικές και χημικές δοκιμασίες. Η έγχρωμη αντίδραση στη γουανίνη (δείκτης ακάρεων) είναι διαθέσιμη στην αγορά και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μέλη της οικογένειας (Πίνακας 2). Τα αποτελέσματα αυτά των δοκιμασιών καταγράφονται στο σχέδιο του σπιτιού κι έτσι γίνεται εμφανές πώς κατανέμονται τα ακάρεα στο σπίτι και έτσι αυτή η κατανομή αποτελεί τη βάση για τα δραστικά μέτρα αποφυγής που πρέπει να ληφθούν για τον ασθενή.

Εάν τα ακάρεα υπάρχουν σε ορισμένα μέρη του σπιτιού, χρειάζεται να ληφθούν μόνο τοπικά μετρα, όπως αφαίρεση συγκεκριμένου χαλιού από το σπίτι και πλύσιμο στο πλυντήριο στους 60°C.

Εάν οι επιβλαβείς συγκεντρώσεις ακάρεων έχουν ευρύτερη κατανομή στο σπίτι, τότε προκύπτει πρόβλημα θέρμανσης/

Πίνακας 2. Εκτίμηση των επιπέδων εκθεσης σε ενδοοικιακά αλλεργιογόνα (συμπεριλαμβανομένης και της χλωρίδας του δέρματος), όπως γίνεται καθημερινά στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ουτρέχτης (Ολλανδία).

<p>Πηγή αλλεργιογόνου:</p> <p>ΧΛΩΡΙΔΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ</p> <p><i>Pityrosporum oryctiaria</i></p> <p><i>Staphylococcus aureus</i></p>	<p>Μέθοδος εκτίμησης:</p> <p>Καλλιέργεια από το δέρμα</p> <p>Ημιποσοτική καλλιέργεια από το δέρμα</p>
<p>ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΑ ΑΛΛΕΡΓΙΟΓΟΝΑ (ενδοοικιακά)</p> <p>Καφές αρουραίος</p> <p>Επιθήλια γάτας</p> <p>Επιθήλια σκύλου</p> <p>Φθείρα σκονης</p> <p>Μύκητες - 1. σε ενδοοικιακά νημάτια</p> <p>2. στους τοίχους</p> <p>Γερμανική κατασαριδα</p> <p>Ποντικός σπιτιων</p> <p>Ακάρες - 1. σε ενδοοικιακά νημάτια</p> <p>2. στους τοίχους</p> <p>Ασημόψαρο</p>	<p>Αναμνηστική</p> <p>Αναμνηστική</p> <p>Αναμνηστική</p> <p>Κολλώδεις παγίδες τοποθετούμενες σε ερμάρια ή πλησίον του εξωτερικού τοίχου (*)</p> <p>Ανάλυση σκόνης που συλλέχθηκε με ηλεκτρική σκούπα (Dilution plate method) (**)</p> <p>Μικροσκοπική εξέταση και καλλιέργεια δειγμάτων μετά από ξύσιμο του τοίχου</p> <p>Κολλώδεις παγίδες τοποθετούμενες σε ερμάρια η πλησίον του τοίχου (*)</p> <p>Αναμνηστική</p> <p>Ημιποσοτικός προσδιορισμός της περιεχομένης γουανίνης (***)</p> <p>Προσδιορισμός των ακάρεων από τη σκόνη του σάκκου της ηλεκτρικής σκούπας (Mite flotation vacuumcleaner dust) (**)</p> <p>Κολλώδεις πανίδες τοποθετημένες πλησίον του τοίχου (*)</p>
<p>(*) πωλούμενο ως Trap-a-Roach Houghoy (κατασκευασμένο από την Earth Chemical Co. LTD. 3218. Sakoshi. Ako. Hyogo. Japan.</p> <p>(**) Bronswijk 1981</p> <p>(***) πωλούμενο ως Acares-test (κατασκευασμένο από Werner & Mertz GmbH. Mainz. Germany).</p>	

/εξαερισμού, το οποίο και προκαλεί υγρή ατμόσφαιρα. Πρέπει ο εξαερισμός του σπιτιού και η θερμοκρασία να διατηρούνται όσο το δυνατό σταθερά και να μην υπάρχουν διαφορές πάνω από 2°C, μεταξύ των δωματίων που είναι καλυμμένα με χαλιά και επίσης μεταξύ ημέρας - νύχτας. Είναι επίσης πιθανό ότι η υγρή ατμόσφαιρα μπορεί να είναι αποτέλεσμα υγρασίας που εισβάλλει απ' έξω. Η συμβουλή ενός μηχανικού μπορεί να είναι χρήσιμη. Εντούτοις, τα μέτρα μείωσης της υγρασίας θα μειώσουν την έκθεση στο αλλεργιογόνο μόνο μετά από μια ή δυο εποχές.

Επομένως, μαζί με τα μακροπρόθεσμα μέτρα πρέπει να χρησιμοποιούνται και βραχύχρονες χημικές μέθοδοι. Η πρώτη εκλογή είναι το πλυντήριο με πλύση στους 60°C και πάνω είναι αποτελεσματική για την εξολόθρευση των ακάρεων. Για τα είδη που δεν χωρούν στο πλυντήριο υπάρχουν ειδικές σκόνες καθαρισμού. Τα ακαρεοκτόνα περιέχουν benzyl benzoate σε μορφή μικρών σωματιδίων, ώστε να μπορούν να καταβροχθισθούν από τα ακάρεα. Το benzyl benzoate είναι φυσικό συστατικό της κανέλας και χρησιμοποιείται στη ζαχαροπλαστική για τη βελτίωση της γεύσης. Είναι το μόνο χημικό καταπολέμησης των ακάρεων στην αγορά, που έχει ελεγχθεί λεπτομερώς όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την πρακτική χρήση.

Ισόβια διάρκεια του προγράμματος

Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται ότι η διάρκεια του προγράμματος αποφυγής του αλλεργιογόνου είναι ισόβια. Στην

πράξη, η επιλογή αυτής της μορφής αγωγής σημαίνει τροποποίηση των καθημερινών συνηθειών του ασθενή, όσον αφορά την τροφή, την επίπλωση, την καθαριότητα, την άθληση και τις άλλες δραστηριότητες. Είναι σημαντικό να διδαχθούν τα μέλη της οικογένειας πώς θα χειριστούν τη νέα κατάσταση. Σχετική ελευθερία για πειραματισμό με τα μέτρα υγιεινής επιτρέπεται, ώστε να διαπιστωθεί ποιες ακριβώς καταστάσεις αυξάνουν ή ελαττώνουν τα αλλεργικά συμπτώματα, με την προϋπόθεση βέβαια ότι ο ασθενής είναι ενημερωμένος για τους κινδύνους του πειραματισμού. Η μορφοποίηση του προγράμματος σε εντολές "κάνε", "μην κάνεις" δεν συμβάλλει στην ενεργό συμμετοχή των μελών της οικογένειας, με αποτέλεσμα τα λιγότερο επιθυμητά αποτελέσματα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**... Όποιος συμμετέχει
στον ανθρώπινο πόνο,
εκείνος πληρώνεται
με πνευματική χαρά...**

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ανατομία - Φυσιολογία

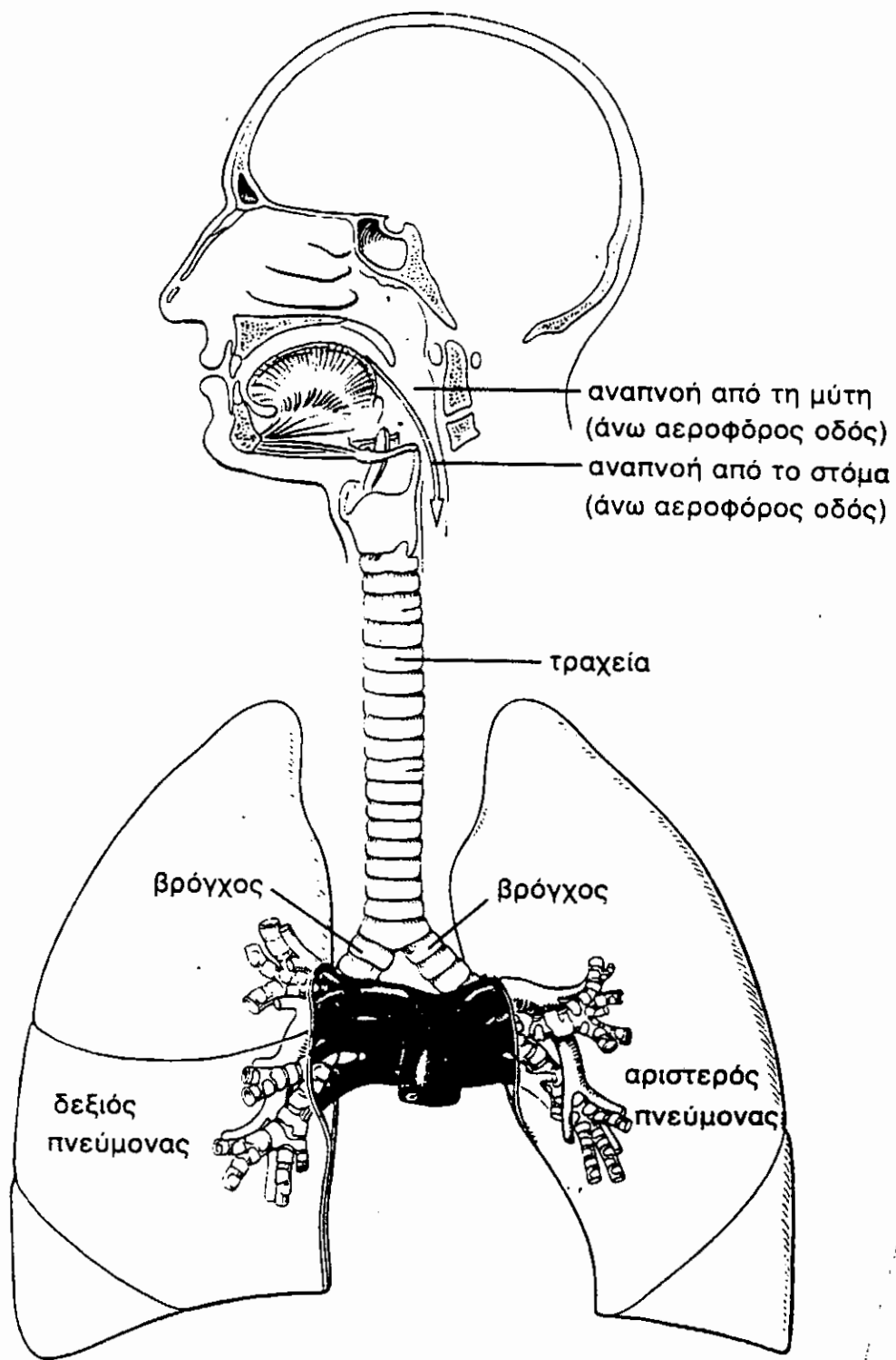
Το αναπνευστικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την ανταλλαγή των αερίων του O_2 και του CO_2 . Τα κύτταρα του οργανισμού μας, για να λειτουργήσουν, πρέπει να πάρουν οξυγόνο. Το O_2 παραλαμβάνεται από το περιβάλλον μέσω του εισπνεόμενου αέρα και χρησιμοποιείται από τα δισεκατομμύρια των κυττάρων του οργανισμού μας κυρίως για την καύση διαφόρων ουσιών.

Από την καύση του O_2 στα κύτταρα παράγονται:

1. Ενέργεια, που είναι απαραίτητη για τη λειτουργία του κυττάρου και κατ' επέκταση του οργανισμού.
2. Διάφορα προϊόντα, πολλά από τα οποία είναι χρησιμα και θα χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό αλλά και αρκετά που είναι άχρηστα και πρέπει ν' αποβληθούν. Ένα από τα άχρηστα προϊόντα είναι το διοξείδιο του άνθρακα.

Το O_2 μπαίνει στους πνεύμονες με τον εισπνεόμενο αέρα και από εκεί παραλαμβάνεται από το αίμα για να μεταφερθεί και να διανεμηθεί μέχρι και το τελευταίο κύτταρο του οργανισμού μας.

Το CO_2 που παράγεται από τα κύτταρα, παραλαμβάνεται από το αίμα και με αντίστροφη πορεία μεταφέρεται στους πνεύμονες για να αποβληθεί με τον εκπνεόμενο αέρα.



Εικ. 1 Το αναπνευστικό σύστημα.

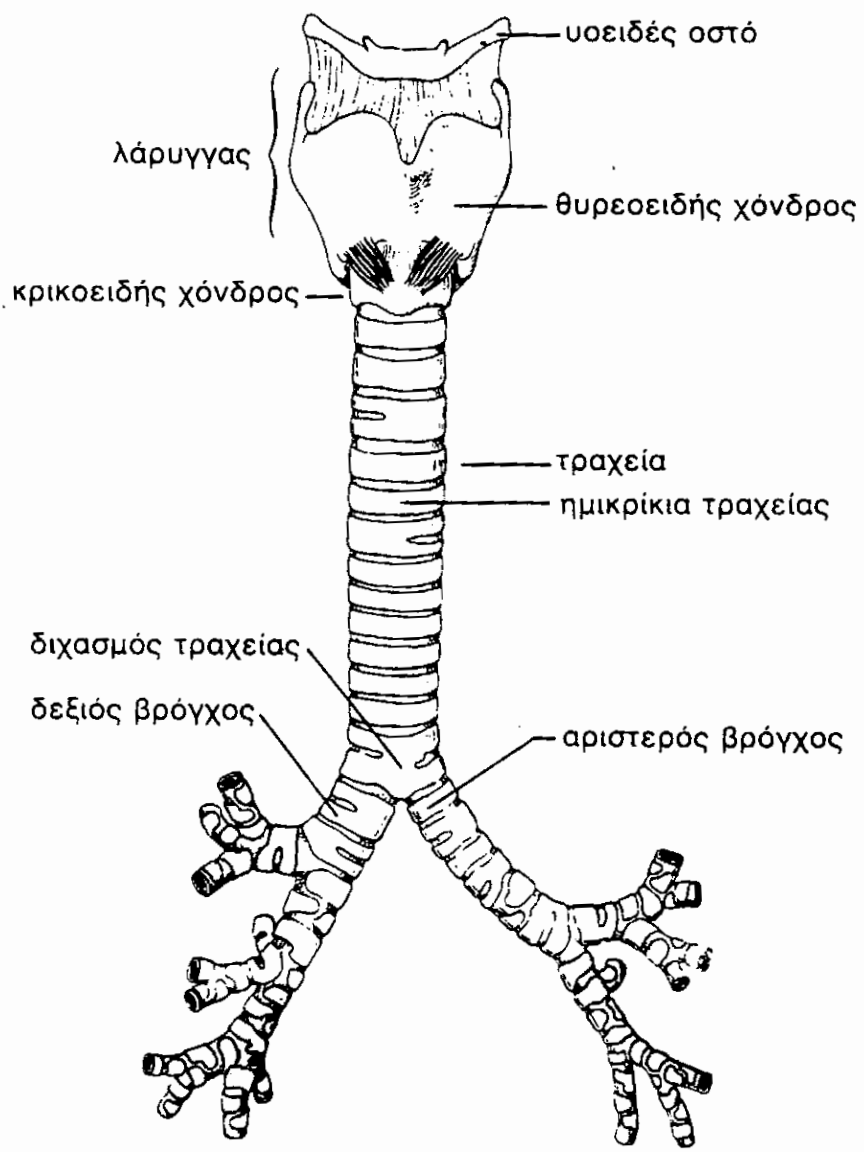
Από τι αποτελείται το αναπνευστικό σύστημα

Το αναπνευστικό μας σύστημα αποτελείται από:

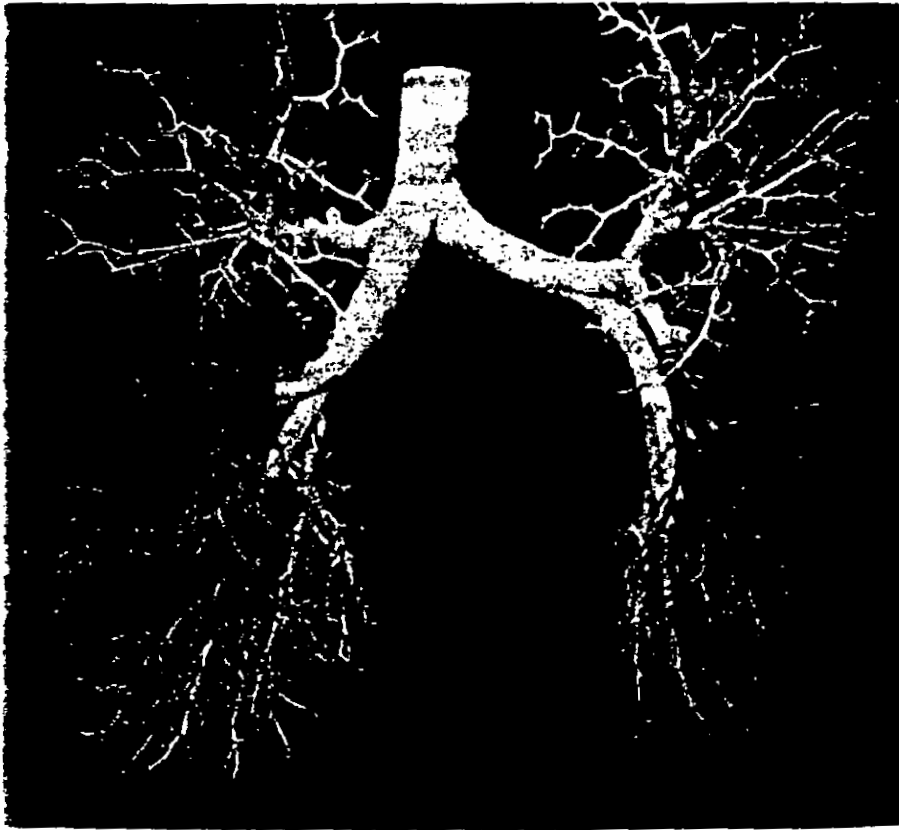
- 1) Μύτη και το στόμα
- 2) Λάρυγγα
- 3) Τραχεία
- 4) Βρόγχους
- 5) Πνεύμονες

Ο λάρυγγας, η τραχεία και οι βρόγχοι είναι σωλήνες που υπό φυσιολογικές συνθήκες επιτρέπουν την ελεύθερη είσοδο και έξοδο του αέρα από και προς τους πνεύμονες. Από απόψεως σημασίας αυτοί που παίζουν το σημαντικότερο ρόλο στην πρόκληση άσθματος (αλλεργικού και μη) είναι οι βρόγχοι.

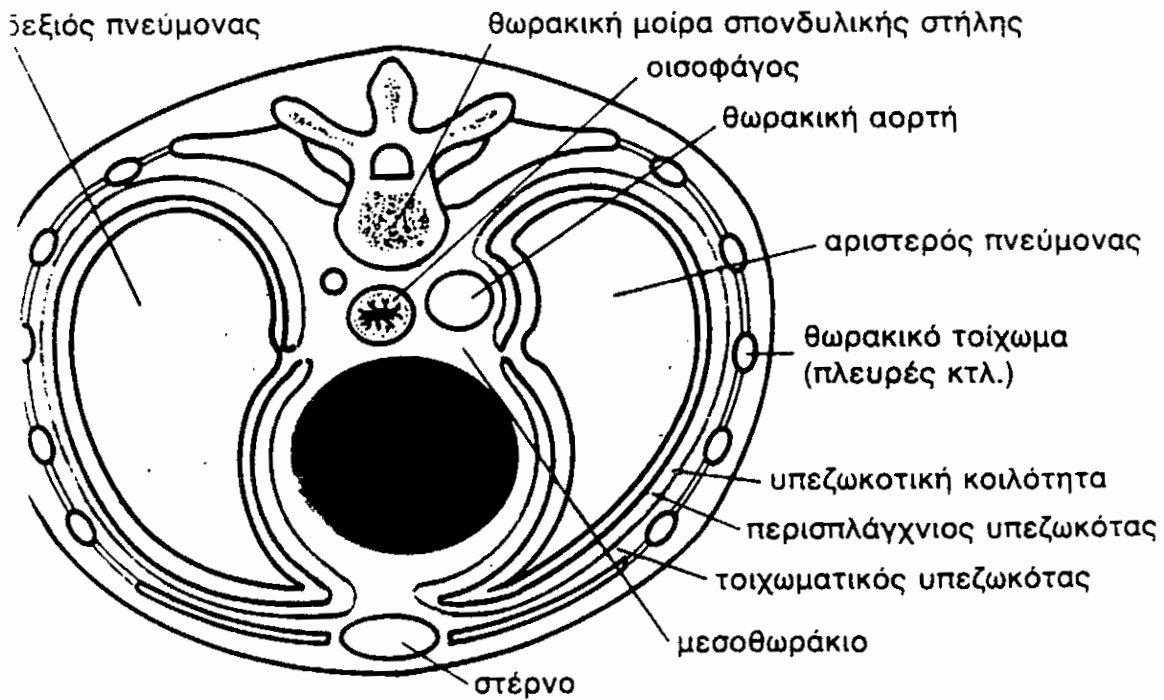
Η τραχεία χωρίζεται σε δυο κύριους βρόγχους, τον αριστερό για τον αριστερό πνεύμονα και το δεξιό για το δεξιό πνεύμονα. Κάθε κύριος βρόγχος, μόλις μπει μέσα στον αντίστοιχο πνεύμονα, διαιρείται διαρκώς σε μικρότερους βρόγχους, για να φτάσει στους μικρότερους δυνατούς βρόγχους, τα λεγόμενα τελικά βρογχιόλια, τα οποία και δεν διαιρούνται περαιτέρω. Η συνεχής διαίρεση των βρόγχων δημιουργεί μια τέτοια ανατομική εμφάνιση που χαρακτηρίζεται ως βρογχικό δέντρο. Οι βρόγχοι σε όλο το μήκος τους περιβάλλονται από μυϊκές ίνες, οι οποίες όταν συσπώνται στενεύουν τον αυλό, δυσκολεύοντας την είσοδο και έξοδο του αέρα, ενώ όταν είναι



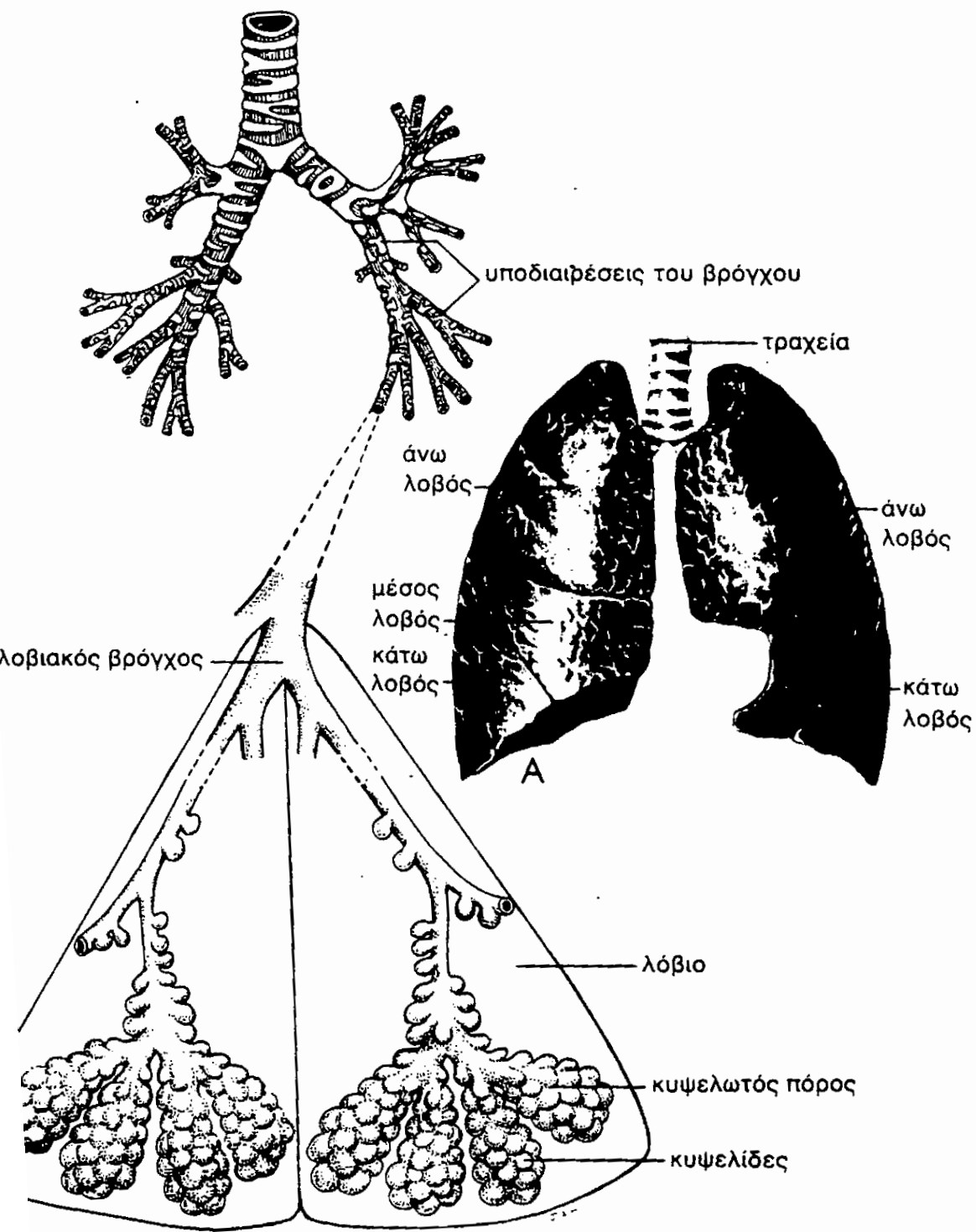
Εικ. 2 Λάρυγγας, τραχεία, βρόγχοι.



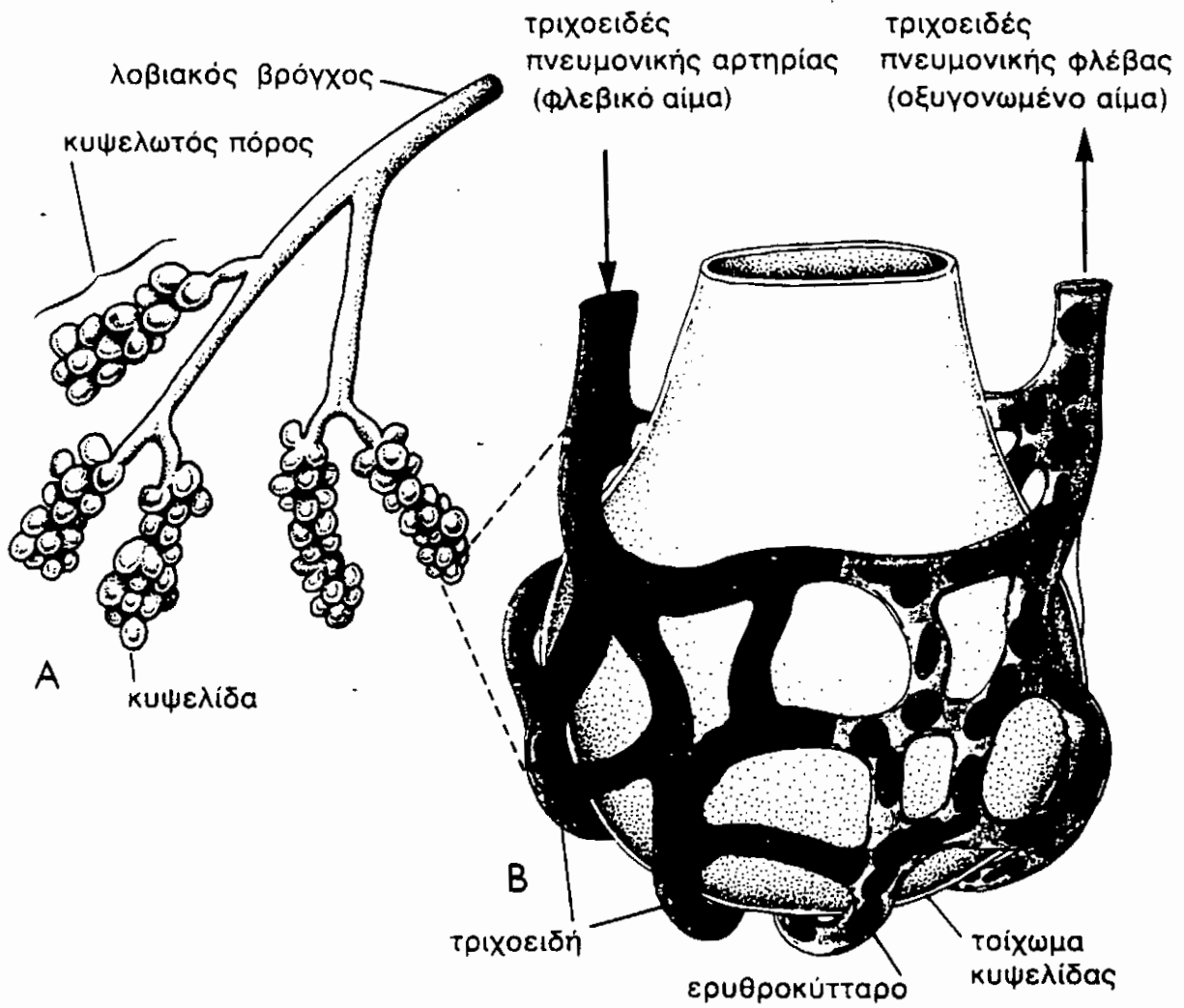
Εικ. 3 Εκμαγείο βρογχικού δέντρου και των δύο πνευμόνων. Έχει κατασκευαστεί με την έγχυση πλαστικής ουσίας μέσα στο βρογχικό δέντρο (ειδική τεχνική).



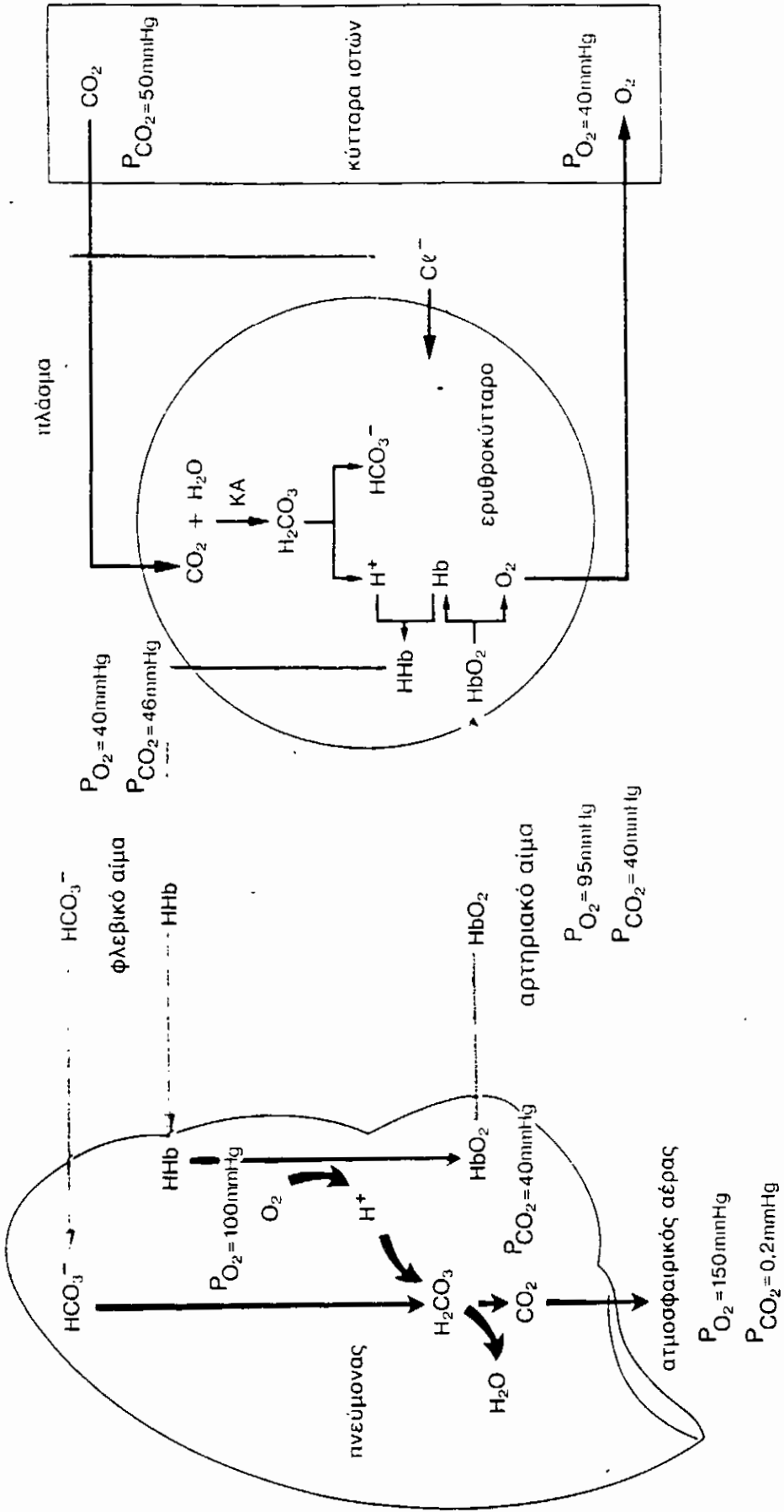
Εικ 4 Η θωρακική κοιλότητα σε εγκάρσια διατομή. Χωρίζεται σε τρεις χώρους, :εσοθωράκιο στη μέση και εκατέρωθεν τις δυο κοιλότητες του υπεζωκότα που κλείονται οι πνεύμονες.



Εικ. 5 Οι πνεύμονες (Α) και η κατασκευή του βρογχικού δέντρου (Β).



Εικ. 6 . Οι κυψελωτοί πόροι ενός λοβιακού βρόγχου (A) και η αναπνευστική κυψελίδα (B).



Εικ. 7 Ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων.

χαλαρωμένες ο αυλός των βρόγχων είναι τελείως ανοιχτός και ελεύθερος στην είσοδο και έξοδο του αέρα.

Πολλά αίτια μπορούν να προκαλέσουν το σπασμό των μυικών ινών και το στένωμα των βρόγχων, προκαλώντας δυσκολία στην αναπνοή. Τη δυσκολία αυτή στην ελεύθερη είσοδο και έξοδο του αέρα ο άρρωστος την καταλαβαίνει σαν δύσπνοια.

Οι βρόγχοι στο εσωτερικό τους επενδύονται από μια λεπτή μεμβράνη, το βλεννογόνο. Από το βλεννογόνο παράγεται μικρή ποσότητα βλέννης που επαλείφει εσωτερικά τους βρόγχους. Το δημιουργούμενο λεπτό στρώμα βλέννης χρησιμεύει για να παγιδεύει σκόνες, μικρόβια και άλλα μικρομόρια που εισέρχονται στους βρόγχους με τον αναπνεόμενο αέρα. Υπερπαραγωγή βλέννης οδηγεί σε στένωση ή απόφραξη των βρόγχων.

Συνέχεια των τελικών βρογχιολίων είναι οι κυψελίδες, οι οποίες είναι σακκοειδείς διευρύνσεις του τελικού βρογχιολίου. Το τελικό βρογχιόλιο, με το σύνολο των κυψελίδων, μοιάζει με τσαμπί σταφύλι. Στις κυψελίδες εισέρχεται ο αέρας που είναι πλούσιος σε O_2 και φτωχός σε CO_2 . Εκεί γίνεται η ανταλλαγή των αερίων, όπου το αίμα αποδίδει το CO_2 που παρέλαβε από τα κύτταρα του οργανισμού και παραλαμβάνει O_2 για να το μεταφέρει εκ νέου στα κύτταρα.

ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

A) Αναπνευστικού

- Ανώτερο αναπνευστικό

**Εποχιακή αλλεργική ρινίτις
Χρόνια αλλεργική και μη-αλλεργική
ρινίτις**

ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΣ

Ορισμός

Η Εποχιακή Αλλεργική Ρινίτις (ΕΑΡ) και η Εποχιακή Αλλεργική Ρινοεπιπεφυκίτις είναι νόσοι προκαλούμενες από την IgE εξαρτώμενη αλλεργία στις γύρεις. Συνυπάρχουν συμπτώματα από τα μάτια, τη μύτη και περιστασιακά και από το κατώτερο αναπνευστικό (π.χ. άσθμα).

Ο κίνδυνος ανάπτυξης Ε.Α.Ρ. εξαρτάται από την κληρονομούμενη ατυπική προδιάθεση και από την έκθεση σε γύρεις με υψηλού βαθμού αλλεργιογονικότητα (σημύδα, αγρωστώδη, αμβροσ(α)). Ο επιπολασμός της Ε.Α.Ρ. έχει σαφώς αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και ενοχοποιείται για την αύξηση αυτή η ρύπανση της ατμόσφαιρας.

Η Ε.Α.Ρ. εκδηλώνεται συνήθως στην παιδική ηλικία και την εφηβική. Για άγνωστους λόγους, η συμπτωματολογία υποχωρεί σημαντικά κατά τη μέση ηλικία, αν και η αλλεργία (θετικές δερματικές δοκιμασίες) επιμένει.

Ο επιπολασμός της Ε.Α.Ρ. κυμαίνεται από τόπο σε τόμο. Οι υψηλότερες τιμές ανευρίσκονται στις αστικές περιοχές των βιομηχανικών δυτικών χωρών. Το 20% περίπου του πληθυσμού εμφανίζει θετικές δερματικές δοκιμασίες, το 10% περίπου έχει κλινική συμπτωματολογία και περίπου 5% λαμβάνει θεραπευτική αγωγή.

Με τον ατμοσφαιρικό αέρα κυκλοφορούν πολλά είδη γύρεων, αλλά για άγνωστους λόγους, μόνο λίγα από αυτά έχουν κλινική

σημασία. Τα αγρωστώδη είναι τα πιο σημαντικά και η εποχή τους είναι κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών για τη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη και φθινόπωρο - άνοιξη για τις Μεσογειακές χώρες. Στη Σκανδιναυία, η σημύδα είναι εξίσου σημαντική, με βραχύτερη περίοδο ανθοφορίας, η οποία είναι την άνοιξη. Η αρτεμησία ευαισθητοποιεί υψηλό αριθμό ατόμων, αλλά προκαλεί σε λίγους συμπτώματα και η εποχή της είναι στις αρχές φθινοπώρου. Οι γύρεις της ελιάς και το περδικάκι είναι συχνά αίτια E.A.P. στις μεσογειακές χώρες. Το περδικάκι ειδικά φαίνεται ότι αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στην Ιταλία και την Ελλάδα και προκαλεί σοβαρή συμπτωματολογία και συχνά άσθμα.

Ο κέδρος είναι σημαντικής σημασίας στην Ιαπωνία και το ragweed ή αμβροσία αποτελεί μείζον υγειονομικό πρόβλημα στη Βόρεια Αμερική, ενώ αντίθετα έχει μικρή σημασία για την Ευρώπη. Η έκθεση στις γύρεις είναι αμιγώς εποχιακή στις εύκρατες ζώνες, ενώ στις τροπικές χώρες και στις πλησίον του Ισημερινού ζώνες είναι καθ' όλο το έτος με εποχιακές εξάρσεις. Για παράδειγμα, ανθοφορία των αγρωστωδών είναι πρωιμότερη στις νοτιότερες θερμές χώρες απ' ό,τι στις ψυχρότερες βόρειες χώρες. Το γεγονός αυτό έχει σημασία και στο σχεδιασμό των καλοκαιρινών διακοπών. Η έκθεση στις γύρεις και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων αυξάνουν κατά τη διάρκεια ημερών με ηλιοφάνεια και αέρα, συγκριτικά με βροχερές περιόδους.

Αιτιολογία και παθογένεια

Η μύτη έχει κατασκευασθεί για να φιλτράρει τον εισπνεόμενο αέρα, με σκοπό την προστασία της λεπτεπίλεπτης κατασκευής των κατώτερων αεραγωγών. Η μέγιστη πλειοψηφία των γύρων παραμένει στη μύτη και επακόλουθο αυτού είναι ότι η ΕΑΡ είναι η πιο συχνή ανοσολογική νόσος στον άνθρωπο.

Οι γυρεόκοκκοι, που αποτελούν τα φυτικά "σπερματοζώαρια", αναγνωρίζουν το θηλυκό υποδοχέα με την έκλυση ειδικών ενζύμων. Οι ανθρώπινοι βλεννογόνοι αντιδρούν στα ένζυμα αυτά όπως θα αντιδρούσαν στην εισβολή ελμίνθων. IgE αντισώματα σχηματίζονται, τα σιτευτικά κύτταρα αποκοκκιώνονται, τα ηωσινόφιλα συσσωρεύονται και απελευθερώνουν κυτταροτοξικές πρωτεΐνες, με σκοπό να καταστρέψουν τον "εισβολέα". Το δυσάρεστο αποτέλεσμα όλων αυτών είναι οι παρμόι, λόγω της εκλυόμενης ισταμίνης και η φλεγμονή του ρινικού βλεννογόνου. Με το σκεπτικό αυτό, η ΕΑΡ μπορεί να θεωρηθεί μια βιολογική παρεξήγηση, όπου το φυτικό "σπερματοζώαριο" χάνει την αναπαραγωγική του ικανότητα και το ανοσιακό σύστημα του ανθρώπου αντιδρά χωρίς να παρέχει προστασία, αλλά τουναντίον προκαλείται βλάβη.

Συχνότητα

Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό γύρω στο 20% του ελληνικού πληθυσμού επισκέπτεται τους ωτορινολαρυγγολόγους, παραπονούμενο για συμπτώματα χρόνιας ρινίτιδας. Η αλλεργική

ρινίτιδα προσβάλλει κάθε χρόνο γύρω στο 8-10% του πληθυσμού σε βαρύτητα που ποικίλλει. Στο ποσοστό αυτό περιλαμβάνονται και παιδιά, που εξαιτίας της αλλεργικής ρινίτιδας παθαίνουν μείζονα δευτεροπαθή προβλήματα του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος.

Η αλλεργική ρινίτιδα αποτελεί την καθαρότερη εκδήλωση ατοπικής αλλεργίας και την πιο συνηθισμένη απ' όλες τις αλλεργικές νόσους. Αν και η αλλεργική ρινίτιδα μπορεί να εμφανισθεί σ' οποιαδήποτε ηλικία, η συχνότητά της ποικίλλει από τόπο σε τόπο. Συνήθως η εκδήλωση γίνεται στη νεαρή και παιδική ηλικία και ελαττώνεται καθώς τα χρόνια περνούν. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αλλεργικής ρινίτιδας σε βρέφη 6 μηνών. Οι νέοι μετανάστες σε μια χώρα συνήθως χρειάζονται 2-3 χρόνια έκθεσης στα τοπικά αλλεργιογόνα για να ευαισθητοποιηθούν και να εκδηλώσουν συμπτώματα αλλεργικής ρινίτιδας.

Οι περισσότεροι μελετητές αναφέρουν ότι περισσότερο από το 10% του πληθυσμού ενός τόπου πάσχει από αλλεργική ρινίτιδα, που εκδηλώνεται εξίσου και στα δυο φύλα. Η ακριβής συχνότητα της νόσου στην Ελλάδα είναι άγνωστη κι αυτό γιατί υπάρχουν διάφορες δυσκολίες στους υπολογισμούς. Η κυριότερη δυσκολία οφείλεται στο ότι οι τύποι και οι συγκεντρώσεις των αλλεργιογόνων των γύρων ποικίλουν από τόπο σε τόπο.

Άλλο εμπόδιο είναι οι ασθενείς που δεν γνωρίζουν 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 εμποδίζει τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου.

Η αλλεργική ρινίτιδα τείνει να διατηρείται επ' αόριστον, από τη στιγμή που θα εμφανιστούν 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 ανεμόφιλα αλλεργιογόνα φυτά.

Η νόσος μπορεί να εξαφανιστεί από μόνη της. Όμως στα 2/3 των πασχόντων παρατηρείται επέκτασή της προς το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα, με εκδηλώσεις άσθματος.

Η αλλεργία ενδημεί συνήθως κατά οικογένειες και σπάνια αλλεργικά άτομα δεν είχαν κάποιον αλλεργικό γονέα. Τελευταία (1994), ερευνητές στην Αμερική (σε επιστημονικό ρεπορτάζ στην TV) ανακάλυψαν ότι παιδιά που πάσχουν από αλλεργική ρινίτιδα την είχαν κληρονομήσει από το γονέα τους και μάλιστα αυτό φαίνεται στο 10 g χρωμόσωμα των εμβρύων. Το χρωμόσωμα αυτό είναι υπεύθυνο για την εκδήλωση αλλεργικής ρινίτιδας. Η διαδικασία είναι απλή: μπλοκάρονται τα κύτταρα άμυνας του οργανισμού - που βρίσκονται στη μύτη - απέναντι στα αλλεργιογόνα και έτσι εκδηλώνεται αλλεργική ρινίτιδα, χωρίς ο οργανισμός να μπορεί να αντισταθεί.

Αν και δεν έχει αποδειχθεί η κληρονομικότητα της αλλεργίας, εντούτοις οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι μηχανισμοί που επιτρέπουν την εκδήλωση αλλεργικής ρινίτιδας, άσθματος ή παιδικού εκζέματος κατευθύνονται από κάποιο αυτοσωματικό γονίδιο που μεταβιβάζεται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα με ατελή διείσδυση (Tennenbaum 1970).

Συμπτώματα και σημεία ΕΑΡ

Τα κυριώτερα συμπτώματα είναι η φαγούρα και το γαργάλημα της μύτης, καθώς και πολλαπλοί πταρμοί που ακολουθούνται από υδαρή ρινόρροια και ρινική απόφραξη. Ο κνησμός των ματιών έχει σαν αποτέλεσμα το κοκκίνισμα των ματιών, μεγαλύτερο κνησμό, περισσότερο κοκκίνισμα και τέλος κόκκινα επώδυνα μάτια. Τα συμπτώματα σχετίζονται άμεσα με την ποσότητα γύρεως στην ατμόσφαιρα.

Αντιθέτως, η συμπτωματολογία του άσθματος μπορεί ν' ακολουθεί την εποχή της μέγιστης ανθοφορίας (μέγιστη συγκέντρωση γυρεόκοκκων στην ατμόσφαιρα). Τα συμπτώματα από το κατώτερο αναπνευστικό δυνατόν να είναι σοβαρά, αλλά σήμερα εύκολα θεραπεύονται και προλαμβάνονται με τη σύγχρονη φαρμακοθεραπεία και ανοσοθεραπεία.

Πολλοί ασθενείς με αλλεργία στις γύρεις αντιδρούν με κνησμό στο στόμα, όταν τρώνε μερικά είδη φρέσκων φρούτων, λαχανικών ή ξηρών καρπών. Για παράδειγμα, η αλλεργία στη γύρη της σημύδας σχετίζεται με κνησμό στο στόμα κατά τη βρώση φουντουκιών.

Διαγνωστικές δοκιμασίες

Η διάγνωση της ΕΑΡ είναι εύκολη. Στις ήπιες περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται και αρχίζει η φαρμακοθεραπεία με βάση το

τυπικό ατομικό ιστορικό (τυπική συμπτωματολογία την εποχή μέγιστης συγκέντρωσης γύρης στην ατμόσφαιρα). Ο αλλεργιολογικός έλεγχος είναι επιβεβλημένος στους ασθενείς με σόβαρη ή μακράς διάρκειας ρινοεπιπεφυκίτιδα και στους ασθενείς με άσθμα. Οι δερματικές δοκιμασίες είναι ένας εύκολος και ακριβής τρόπος προσδιορισμού της υπεύθυνης γύρης. Στην περίπτωση που δεν είναι διαθέσιμα υψηλής ποιότητας εκχυλίσματα για δερματικές δοκιμασίες, τότε ο προσδιορισμός των ειδικών IgE αντισωμάτων στον ορό αποτελεί μια καλή εναλλακτική λύση.

Θεραπεία

Η συμπτωματολογία της EAP μπορεί να κάνει τη ζωή έξω από το σπίτι ανυπόφορη. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, κυρίως σε νέα ευαισθητοποιημένα άτομα, κατά τη διάρκεια σημαντικών περιόδων της ζωής τους (εποχή εξετάσεων ή όταν ερωτεύονται). Η επαρκής αγωγή μπορεί να αντικαταστήσει τη φυσιολογική διαβίωση και είναι υποχρέωση του ιατρού να ενημερώσει τον ασθενή του ότι αυτός ο σκοπός μπορεί να επιτευχθεί με τη σύγχρονη αγωγή.

Οι περισσότεροι ασθενείς δοκιμάζουν αρχικά υπερβολικές δόσεις αντιϊσταμινικών για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Επειδή τις περισσότερες φορές το αντιϊσταμινικό είναι της πρώτης γενεάς, με κατασταλτικές ιδιότητες, προστίθενται στην όλη ταλαιπωρία και οι παρενέργειες του φαρμάκου. Τα

αντιϊσταμινικά αυτού του τύπου πρέπει να αποφεύγονται, αφού υπάρχουν σήμερα τα νεώτερα αντιϊσταμινικά που δεν καταστέλλουν το Κ.Ν.Σ., όπως η σετιριζίνη, η τεοφенаδίνη, λοραταδίνη και η αστεμιζόλη. Στην περίπτωση που επιλεγεί η αστεμιζόλη, οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι η μέγιστη ευεργετική δράση του φαρμάκου επιτυγχάνεται μετά την πάροδο μερικών ημερών από τη λήψη της αστεμιζόλης. Όλα τα σύγχρονα σκευάσματα έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα και λαμβάνονται άπαξ ημερησίως.

Η ρινική απόφραξη αντιμετωπίζεται με χορήγηση τοπικών κορτικοειδών. Όταν χορηγείται μόνο τοπική αγωγή για τα ρινικά συμπτώματα, πρέπει να προστίθεται και η τοπική αγωγή για τα μάτια, π.χ. διάλυμα αντιϊσταμινικού/αγγειοσυσπαστικού (όχι διάλυμα στεροειδών για τα μάτια). Σε δύστροπες καταστάσεις μπορεί να προστεθεί βραχυχρόνια αγωγή με κορτικοειδή από το στόμα.

Η ανοσοθεραπεία είναι αποτελεσματική και πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με σοβαρή συμπτωματολογία, ιδιαίτερα στο άσθμα και όπου δεν ελέγχονται με φαρμακοθεραπεία.

Αυτά τα θεραπευτικά σχήματα, μόνα ή σε συνδυασμό, ελέγχουν τα συμπτώματα σε όλους σχεδόν τους ασθενείς και η μόνη σημαντική "παρενέργεια" είναι το κόστος της θεραπείας. Ο κύριος στόχος της θεραπείας της ΕΑΡ είναι να ζει ο ασθενής μια φυσιολογική ζωή κατά την εποχή της ανθοφορίας.

ΧΡΟΝΙΑ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ-ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Ορισμός

Η ρινίτιδα με ετήσια κατανομή των συμπτωμάτων είναι περισσότερο ενοχλητική από την εποχιακή ρινίτιδα και η παθολογική ανατομία του ρινικού βλεννογόνου είναι περισσότερο εκσεσημασμένη. Η κλινική έκφραση τη Χ.Α.Ρ. είναι παρόμοια με αυτή της Χρόνιας Μη-Αλλεργικής Ρινίτιδας (ΧΜΑΡ) και για το λόγο αυτό η χρόνια ρινίτιδα περιγράφεται σε μια ενότητα. Η διάκριση μπορεί να γίνει μεταξύ ΧΑΡ και ΧΜΑΡ (παλιά αγγειοκινητική ρινίτις). Η δεύτερη μπορεί να διαιρεθεί σε ηωσινοφιλική και μη-ωσινοφιλική. Η ταξινόμηση έχει αξία για τη σύγκριση μεταξύ των ομάδων αυτών και όχι πάντοτε για την εξατομίκευση των περιπτώσεων. Η διάκριση γίνεται με βάση τα συμπτώματα, τα σημεία και την ανταπόκριση στη θεραπεία (Πίνακας 1).

Ενώ το 5-10% περίπου του πληθυσμού υποφέρει από επεισοδικά συμπτώματα, μόνο το 2-4% έχει χρόνια νόσο με καθημερινά συμπτώματα και ανάγκη για συνεχή αγωγή. Οι εκτιμήσεις αυτές είναι αβέβαιες λόγω του αόριστου ορισμού της νόσου, ο οποίος χρησιμοποιείται στις επιδημιολογικές μελέτες.

Η αλλεργική ρινίτις αρχίζει σιγά στην παιδική ηλικία, ενώ η πρώτη εμφάνιση της μη-αλλεργικής ρινίτιδος κατά κανόνα αρχίζει στην ενήλικη ζωή. Η πορεία της νόσου είναι ιδιόρρυθμη, αλλά σοβαρή, με επιμένοντα συμπτώματα που συνήθως προδικάζουν μια μακρά και χρόνια πορεία.

Αιτιολογία και παθογένεια

Οι γύρεις μπορεί να είναι το αίτιο της ΧΑΡ στις τροπικές και πλησίον του Ισημερινού ζώνες. Η αλλεργία στα ακάρεα της οικιακής σκόνης είναι συνήθως αίτιο της ΧΑΡ, με εποχιακή έξαρση το φθινόπωρο (εποχή με ζεστό και υγρό κλίμα). Στην Ελλάδα παρατηρείται έξαρση και την άνοιξη, που επικρατούν κατά κανόνα οι ίδιες συνθήκες. Ο αριθμός των ακάρεων και η έκθεση στα αλλεργιογόνα τους είναι μεγαλύτερη τις ώρες του ύπνου, αλλά η ρινική απόφραξη είναι πάντα χειρότερη σε ύπτια στάση και το πτάρνισμα και η ρινόρροια επιδεινώνονται (σ'όλες τις μορφές της ρινίτιδας) αμέσως μετά την έγερση από το κρεβάτι.

Το ατομικό ιστορικό παρέχει πληροφορίες για την ακριβή διάγνωση αλλά αν τα συμπτώματα επιδεινώνονται ταχέως με το στρώσιμο του κρεβατιού ή με το σκούπισμα του σπιτιού, υποδηλώνουν αλλεργία στα ακάρεα.

Η αλλεργία στα επιθήλια των ζώων είναι συχνή, αλλά τα περισσότερα άτομα έχουν μόνο επεισοδιακά συμπτώματα. Η αλλεργία στα επιθήλια ζώων μπορεί να προκαλέσει καθημερινά συμπτώματα και χρόνια νόσο όταν:

- (1) Ένα άτομο με υψηλή ευαισθητοποίηση εκτίθεται εμμέσως στα επιθήλια των ζώων, μέσω των ενδυμάτων άλλων ατόμων.
- (2) Ο ασθενής, παρά την αντίθετη προτροπή, διατηρεί το ζώο στο σπίτι του.
- (3) Ο ασθενής με χαμηλού βαθμού ευαισθητοποίηση δεν κατανοεί ότι η καθημερινή έκθεση στο αλλεργιογόνο μπορεί να αυξήσει τη μη ειδική ρινική υπεραπαντητικότητα, χωρίς να προκαλούνται άμεσα συμπτώματα.

Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής μπορεί να ισχυρίζεται ότι είναι αλλεργικός στο κόκκινο κρασί, το οποίο του προκαλεί συμπτώματα λόγω της προϋπάρχουσας μη ειδικής ρινικής υπεραντιδραστικότητας. Η αλλεργία στα αλλεργιογόνα από τα πειραματόζωα (ποντίκια, αρουραίοι, ινδικά χοιρίδια) είναι συχνή στα άτομα με καθημερινή έκθεση σ' αυτά (περίπου 20%).

Η αλλεργία σε μύκητες, κατσαρίδες, τροφές και άλλα αλλεργιογόνα είναι σπάνιο αίτιο της Χ.Α.Ρ.

Η αιτιολογία παραμένει σκοτεινή σε ασθενείς με αρνητικό αλλεργιολογικό έλεγχο.

Συμπτώματα και σημεία

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι καθημερινά, περιοδικά ή σποραδικά. Είναι παρόμοια με αυτά της αλλεργικής ρινίτιδας, αλλά ο κνησμός των ματιών είναι λιγότερο συχνός και η ρινική απόφραξη πιο έντονη.

Οι περισσότεροι ασθενείς παραπονούνται κυρίως για πτάρνισμα και υδαρή ρινόρροια, ενώ σε άλλους το κύριο σύμπτωμα είναι η ρινική απόφραξη. Μερικοί ασθενείς, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι άνδρες, αναφέρουν ως μόνο σύμπτωμα τη ρινόρροια.

Η μικροβιακή παραρινοκολπίτιδα, που ακολουθεί ένα κοινό κρυολόγημα, είναι η πιο συχνή επιπλοκή στους ασθενείς με χρόνια ρινίτιδα, ιδιαίτερα σ' αυτούς με σοβαρή ρινική απόφραξη. Μερικοί ασθενείς με χρόνια μη αλλεργική ηωσινοφιλική ρινίτιδα αναπτύσσουν ρινικούς πολύποδες και άσηπτη παραρινοκολπίτιδα.

Οι ασθενείς αυτοί εκδηλώνουν ανοσμία ανθεκτική στην τοπική αγωγή. Περίπου το 10% των ασθενών με χρόνια μη-αλλεργική ηωσινοφιλική ρινίτιδα με ρινικούς πολύποδες, εμφανίζουν δυσανεξία στο ακετυλοσαλικυλικό οξύ και σε άλλα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη σκευάσματα και επιβάλλεται η εφ' όρου ζωής αποφυγή των σκευασμάτων αυτών.

Διαγνωστικές δοκιμασίες

Η ρινοσκόπηση επιβάλλεται να γίνεται σε όλους τους ασθενείς με χρόνια ρινικά ενοχλήματα. Στους περισσότερους ασθενείς με χρόνια ρινίτιδα, ο ρινικός βλεννογόνος εμφανίζεται οιδηματώδης με εκκρίσεις και χροιά υποκύανη. Το οίδημα των βλεννογόνων είναι πιο εκσεσημασμένο στα παιδιά από τους ενήλικες.

Η κυτταρολογία του ρινικού εκκρίματος είναι επιβοηθητική στη διάκριση μετξύ λοιμώδους και μη-λοιμώδους ρινίτιδας (\pm ουδετερόφιλα) και επίσης στην ταξινόμηση της χρόνιας ρινίτιδας (\pm ηωσινόφιλα). Εντούτοις η μεταβλητότητα της κυτταρολογίας του ρινικού εκκρίματος είναι έντονη και συνήθως απαιτούνται 2-3 προσδιορισμοί.

Οι δερματικές δοκιμασίες είναι εξέταση ρουτίνας για όλους τους ασθενείς. Μια τυπική σειρά χρησιμοποιείται, η οποία περιλαμβάνει ακάρεα της οικιακής σκόνης, επιθήλια ζώων, μύκητες και γύρεις. Οι τροφές είναι σπάνιο αίτιο ρινίτιδας και τα αποτελέσματα από τις δερματικές δοκιμασίες στις τροφές είναι αναξιόπιστα.

Πίνακας 1.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΜΗ - ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΡΙΝΙΤΙΔΑΣ

	Ηωσινοφιλική υπο-ομάδα	Μη-ηωσινοφιλική υπο-ομάδα
Ηωσινοφιλία επιχρίσματος	+	-
Ρινικοί πολύποδες	(+)	-
Άσθμα	(+)	-
Μη ανοχή στο ακετυλοσαλικυλικό	(+)	-
Απάντηση στα κορτικοειδή	+	-
Απάντηση στα αντιισταμινικά	(+)	-

Πίνακας 2.

ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΡΙΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ (ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	ΑΛΛΑ ΑΙΤΙΑ
Συγγενείς ατρησία χοανών	Ιογενής λοίμωξη	Ιατρογενής ρινίτις
Μηνιγγοκήλη	Βακτηριδιακή λοίμωξη	Κύηση
Υπερτροφία αδενοειδών	Παραρρινοκολπίτις	Αντιυπερτασικά
Ξένο σώμα	Λέπρα	Κοκκιωμάτωση του Wagener
Σκολίωση διαφράγματος	Ανοσοανεπάρκεια	Ινοκυστική νόσος
Όγκοι ρινός, παραρρινίων και ρινοφάρυγγος	Σύνδρομο Kartagener	Υγρόρροια

Οι αιματολογικές εξετάσεις (ολική IgE, προσδιορισμός ηωσινόφιλων) είναι συνήθως φυσιολογικές στα άτομα με ρινίτιδα χωρίς άσθμα.

Ο ακτινολογικός έλεγχος δείχνει σκίαση ασαφή των ηθμοειδών κυψελών και των ιγμορίων σε ασθενείς με ρινικούς πολύποδες. Η αξονική τομογραφία συνίσταται προεγχειρητικά για την αφαίρεση των πολυπόδων.

Διαφορική διάγνωση

Ανατομικές ανωμαλίες και χρόνια λοιμώδης ρινο-παραρινοκολπίτιδα είναι συχνά αίτια ρινικών συμπτωμάτων. Μια σειρά από πιο σπάνια αίτια αναφέρονται στον Πίνακα 2.

Θεραπεία

Η απομάκρυνση του αλλεργιογόνου πρέπει να συνίσταται στα άτομα με αλλεργία στα επιθήλια ζώων. Στους ασθενείς με αλλεργία στα ακάρεα, αλλαγές στο υπνοδωμάτιο μπορεί να οδηγήσουν στη μείωση των συμπτωμάτων. Διαιτητικός περιορισμός αποτυγχάνει συχνά να περιορίσει τη νόσο, αλλά μια διαγνωστική δίαιτα μπορεί να επιχειρηθεί σε ελάχιστες σοβαρές περιπτώσεις.

Όταν η αποφυγή της έκθεσης στο αλλεργιογόνο δεν ολοκληρώνεται, τότε η προσθήκη ενός μη-κατασταλτικού αντιϊσταμινικού είναι το επόμενο βήμα. Το φάρμακο μπορεί να μειώσει τη συμπτωματολογία στην αλλεργική ρινίτιδα και στην ηωσινοφιλική μη-αλλεργική ρινίτιδα. Το αντιϊσταμινικό ελέγχει τις κρίσεις πταρνίσματος, αλλά η ρινική απόφραξη απαιτεί το συνδυασμό

αντιϊσταμινικού με κάποιο αποσυμφορητικό. Γενικά, η απάντηση είναι καλύτερη στην εποχιακή από τη χρόνια ρινίτιδα.

Η τοπική αγωγή με κορτικοειδή πρέπει να χορηγείται στις περιπτώσεις που δεν επαρκούν τα αντιϊσταμινικά, είτε προσθετικά είτε ως εναλλακτική αγωγή. Έχει την ίδια δράση όπως και τα αντιϊσταμινικά στις διάφορες μορφές ρινίτιδας, αλλά τα κορτικοειδή είναι πιο αποτελεσματικά στη ρινική απόφραξη.

Η βραχυχρόνια συστηματική χορήγηση κορτικοειδών ενδείκνυται σε σοβαρές περιπτώσεις ενηλίκων ασθενών, με σκοπό την απελευθέρωση από τη ρινική απόφραξη.

Το χρωμογλυκικό νάτριο μπορεί να βοηθήσει στην αλλεργική ρινίτιδα, αλλά είναι λιγότερο αποτελεσματικό από τα αντιϊσταμινικά και τα τοπικά κορτικοειδή. Στα παιδιά είναι προτιμότερο ν' αρχίζει η αγωγή με το φάρμακο αυτό και να προστίθενται τα τοπικά κορτικοειδή μόνο σε επιμένουσες περιπτώσεις και για το βραχύτερο δυνατό χρονικό διάστημα.

Το αντιχολινεργικό ιπρατρόπιο με τη μορφή ρινικών ψεκασμών βοηθά στον έλεγχο της ρινόρροιας που είναι ανθεκτική στα αντιϊσταμινικά και τα κορτικοειδή.

Η ανοσοθεραπεία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε σοβαρές περιπτώσεις αλλεργίας στις γύρεις, στα ακάρεα και στα επιθήλια των ζώων, όταν η αποφυγή της έκθεσης στο αλλεργιογόνο και η φαρμακοθεραπεία δεν είναι επαρκείς.

Η χειρουργική έχει ελάχισονα ρόλο στη θεραπεία της ΧΑΡ, αλλά συχνά βοηθά στη ΧΜΑΡ, όταν έχει αποτύχει η συντηρητική αγωγή. Η χειρουργική διεύρυνση της ρινικής χοάνης συχνά δρα επιβοηθητικά. Η πολυποδεκτομή και η χειρουργική επέμβαση στους παραρρινίους κόλπους συχνά απαιτούνται στις περιπτώσεις με χρόνιους ρινικούς πολύποδες και παραρρινοκολπίτιδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

**... Υπάρχω για να προσπαθώ
και θα προσπαθώ για να υπάρχω..."**

Γ. Γεννηματάς

ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ (συνέχεια)

A) Αναπνευστικού

– Κατώτερο αναπνευστικό

- α) Άσθμα:**
 - Εξωγενές άσθμα**
 - Επαγγελματικό άσθμα**
- β) Ανοσο-αλλεργικές παθήσεις αναπνευστικού:**
 - Πνευμονίτιδες υπερευαισθησίας,**
 - Αλλεργική βροχοπνευμονική**
 - ασπεργίλλωση και ηωσινοφιλικός**
 - πνεύμων**
- γ) Παιδιατρικές αλλεργικές παθήσεις.**
 - Βρογχικό άσθμα σε παιδιά**
 - και εφήβους.**



τραχεία



πνεύμονες

βρόγχοι



κυψελίδες

ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Το άσθμα είναι μια χρόνια πάθηση, που έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό τη δύσπνοια, η οποία οφείλεται σε παροδική στένωση των βρόγχων.

Το άσθμα διακρίνεται σε δυο κατηγορίες:

1. Εξωγενές ή αλλεργικό άσθμα.
2. Ενδογενές ή μη-αλλεργικό άσθμα.

Το εξωγενές άσθμα οφείλεται κυρίως στην επίδραση διαφόρων παραγόντων που προέρχονται απ' έξω, δηλαδή από το περιβάλλον, και λέγονται αλλεργιογόνα. Η μορφή αυτή του άσματος προσβάλλει συνήθως την παιδική ηλικία και οφείλεται κυρίως σε αλλεργική αντίδραση του οργανισμού προς τους εξωγενείς παράγοντες.

Στο ενδογενές άσθμα, σ' αντίθεση μ' ό,τι συμβαίνει στο εξωγενές, δεν ανευρίσκεται κανένας παράγοντας που να θεωρείται υπεύθυνος για την πρόκλησή του, γι' αυτό και η μορφή αυτή του άσματος είναι γνωστή και σαν άσθμα αγνώστου αιτιολογίας.

Το εξωγενές άσθμα έχει σημαντικά καλύτερη εξέλιξη από το ενδογενές, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών, είτε απαλάσσονται από τη νόσο είτε βελτιώνονται σημαντικά σε βαθμό που να μην χρειάζονται περισσότερα από μερικά προληπτικά μέτρα ή θεραπευτικά για να ελέγχουν την πάθησή τους. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του εξωγενούς άσματος είναι συχνά ευκολότερη και πιο αποτελεσματική απ'αυτή του ενδογενούς άσματος. Πολλές φορές η εντόπιση και η αποφυγή του υπεύθυνου αλλεργιογόνου, όπου αυτή είναι δυνατή, μπορεί ν' αποτελεί τη μόνη θεραπεία.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το βρογχικό άσθμα είναι μια χρόνια νόσος, που προσβάλλει σε παγκόσμια κλίμακα όλες τις ηλικίες και τα δυο φύλα. Ταλαιπωρεί το 6-10% του πληθυσμού της γης, αλλά πλην αυτών απασχολεί και ταλαιπωρεί και ολόκληρη την ιατρική κοινότητα και αποτελεί την πρώτη αιτία απουσιών από το σχολείο. Οι αιτίες αύξησης του αριθμού των θανάτων από άσθμα -ασύνηθες προ 30 ετών- και της αύξησης των εισαγωγών στα νοσοκομεία παραμένουν άγνωστες. Και ενώ επί δεκαετίες δεν υπήρχε ομοφωνία ακόμη και γι' αυτόν τον ορισμό του, σήμερα οι γνώσεις γύρω από την παθογένεια, την παθοφυσιολογία και ακόμη αυτή τη θεραπεία έχουν αυξηθεί αποτελεσματικά. Το συμπέρασμα βέβαια, από πρόσφατες μελέτες σ' όλο τον κόσμο, είναι ότι η επίπτωση (δηλαδή η νοσηρότητα και η θνησιμότητα), παρ' όλες τις αυξημένες γνώσεις μας, έχει αυξηθεί. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει αύξηση της συχνότητας και της βαρύτητας της νόσου (περισσότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία - περισσότεροι θάνατοι). Η αύξηση αυτή σχετίζεται με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, καθώς και με οικολογικές αλλαγές, παρά μάλλον με τη χρήση ορισμένων φαρμάκων.

Το άσθμα σήμερα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή των βρόγχων, όπου πολλά κύτταρα (κυρίως ηωσινόφιλα) παίζουν σημαντικό ρόλο. Σ' ευαίσθητα άτομα η φλεγμονή προκαλεί συμπτώματα που εκδηλώνονται με παρατεταμένο ξηρό ή παραγωγικό βήχα, δύσπνοια, συριγμό (τα λεγόμενα ακροαστικά) λόγω απόφραξης των αεραγωγών (βρόγχων). Η φλεγμονή αυτή προκαλεί επίσης αύξηση της ευαισθησίας των ατόμων αυτών σε μεγάλο αριθμό ερεθισμάτων.

Άλλα σημαντικά επιδημιολογικά δεδομένα είναι ότι: Το άσθμα είναι συχνότερο στο δυτικό απ' ό,τι στον τρίτο κόσμο, καθώς επίσης συχνότατο σε αστικές και βιομηχανικές περιοχές απ' ό,τι στις αγροτικές. Επίσης στα παιδιά έως 10 ετών είναι δυο φορές συχνότερο στ' αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια, ενώ μετά την εφηβεία το ποσοστό ανδρών - γυναικών εξισορροπείται. Υπάρχει επίσης διακύμανση από χώρα σε χώρα:

Οι Η.Π.Α. πάσχουν σε ποσοστό 13%.

Η Βρετανία πάσχει σε ποσοστό 11%.

Η Ελλάδα πάσχει σε ποσοστό 7,3%,

και αντίθετα οι υποανάπτυκτες χώρες σε μικρότερα ποσοστά:

Η Τουρκία πάσχει σε ποσοστό 2%

Η Ινδία πάσχει σε ποσοστό 2%

Η Νιγηρία πάσχει σε ποσοστό 1%.

Η ίδια νόσος αποτελεί παγκόσμια ιατρική πρόκληση και η Πνευμονολογική Κοινότητα πρότεινε γενικές αρχές στρατηγικής αντιμετώπισης. Τ' αποτελέσματα των οδηγιών αυτών ελπίζεται ότι θα επιφέρουν αξιοσημείωτες αλλαγές και θα βελτιώσουν σημαντικά τη ζωή εκατομμυρίων ασθματικών σ' όλο τον κόσμο.

Άλλες μορφές άσθματος

1. Το άσθμα μετά από άσκηση: Στη μορφή αυτή του άσθματος οι κρίσεις δύσπνοιας επέρχονται μετά από κάποιου βαθμού άσκηση.

2. Το επαγγελματικό άσθμα: Η μορφή αυτή του άσθματος εμφανίζεται σε άτομα που έρχονται σ' επαφή με διάφορες εισπνεόμενες ουσίες που σχετίζονται με το επάγγελμά τους (π.χ. αλεύρι σε αρτοποιούς, σκόνη ξύλου σε μαραγκούς, βαφές χρωμάτων σε βαφείς κ.λπ.).

3. Το νυχτερινό άσθμα: Χαρακτηριστικό της μορφής αυτής του άσθματος είναι το ότι οι κρίσεις δύσπνοιας επέρχονται κατά τη διάρκεια της νύχτας ή τις πρώτες πρωινές ώρες. Το νυχτερινό άσθμα παρουσιάζεται ιδιαίτερα σε ασθματικούς που δεν θεραπεύουν επαρκώς το άσθμα τους κατά τη διάρκεια της ημέρας.

4. Άσθμα μετά από λήψη ασπιρίνης.

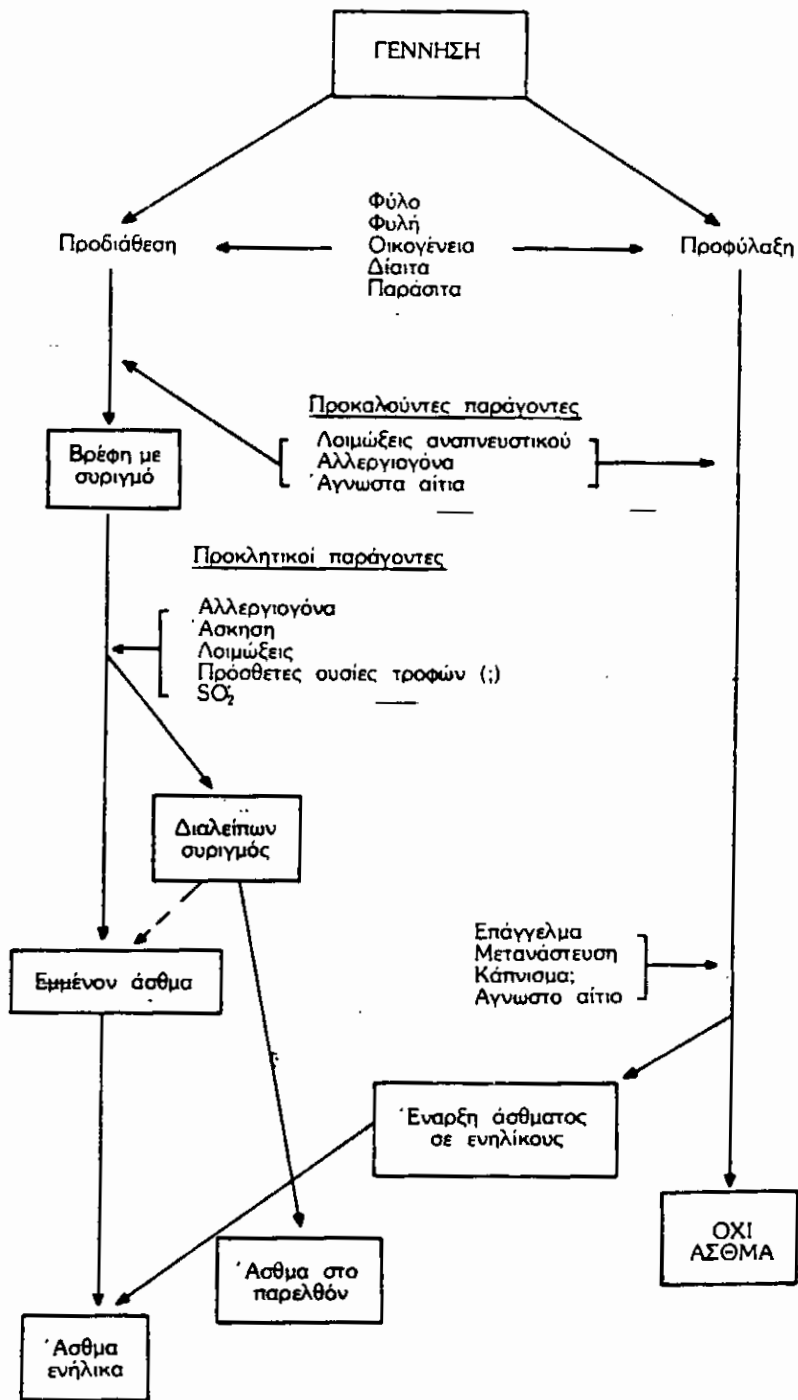
5. Ψυχογενές άσθμα: μετά από συγκινησιακό ερέθισμα οι ασθματικοί εκδηλώνουν άσθμα.

(Σημ.: θα γίνει εκτενέστερη αναφορά σε παρακάτω κεφάλαιο).

Πρόγνωση του άσθματος

Το άσθμα γενικά θεωρείται ότι έχει καλή εξέλιξη. Αυτό ισχύει περισσότερο για το παιδικό άσθμα και οφείλεται στο γεγονός ότι η αλλεργική αντίδραση των βρόγχων συνήθως δεν προκαλεί μόνιμες βλάβες στους ιστούς.

Υπολογίζεται ότι πάνω από το 70% των παιδιών που πάσχουν από ήπιο άσθμα ή έχουν σποραδικές κρίσεις ή το άσθμα τους εμφανίστηκε σχετικά αργά, απαλλάσσονται από κάθε σύμπτωμα μέχρι την ηλικία των 14 ετών. Αντίθετα, στα παιδιά με βαρύ



Εικόνα 1 Ένα θεωρητικό διάγραμμα της αναπτύξεως άσθματος. Οι διαγραμμισμένες περιοχές εκφράζουν το ποσοστό των ομάδων που είναι ασυμπτωματικοί με βάση δεδομένα από την Αυστραλία (23).

άσθμα το ποσοστό που παραμένει ελεύθερο συμπτωμάτων στην ηλικία αυτή ανέρχεται στο 20%.

Αν και, όπως είπαμε, στην πλειονότητα των παιδιών τα συμπτώματά τους εξαφανίζονται με την ενηλικίωσή τους, εν τούτοις παραμένει συνήθως μια "ασθματική τάση" και είναι δυνατόν αργότερα στη ζωή του το άτομο να ξαναεμφανίσει είτε μεμονωμένες κρίσεις, είτε να ξαναγίνει ασθματικό. Σε πολλές περιπτώσεις ξανακυλίσματος στη νόσο, σημαντικό ρόλο παίζουν η περιβαλλοντική ή επαγγελματική έκθεση του ατόμου σε αλλεργιογόνα ή άλλες ερεθιστικές ουσίες.

Συχνότητα του βρογχικού άσθματος (αναλυτικά)

Η συχνότητα του διαγνωστικού βρογχικού άσθματος στις δυτικές χώρες, κατά τις διάφορες μελέτες, κυμαίνεται από 2-6%.

Όταν οι μελέτες είχαν βάση το ιστορικό άσθματος η συχνότητα ήταν υψηλότερη (3-9%) και ακόμη υψηλότερη βρέθηκε η συχνότητα του άσθματος όταν κριτήριο ήταν η συρίττουσα αναπνοή.

Όταν οι μελέτες έγιναν σε ηλικιωμένα άτομα, η συχνότητα ήταν μικρότερη, 6% περίπου και ίσως οφείλεται στο ότι ξεχάστηκαν παλιές κρίσεις άσθματος, εφόσον η νόσος δεν εμφανίζει παροξύνσεις και όχι στο θάνατο των ασθενών.

Στις υπανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες χώρες, η συχνότητα του άσθματος θεωρείται ότι είναι μικρότερη από εκείνη των αναπτυγμένων χωρών.

Στις περισσότερες μελέτες αναφέρεται μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια από τα κορίτσια, ενώ μετά την εφηβεία παρατηρείται αύξηση στις γυναίκες, η οποία πάλι αναστρέφεται στις μεγάλες ηλικίες.

Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν αύξηση της συχνότητας του άσθματος, τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες κατά τις τελευταίες 10ετίες μετά το 1950, αλλά δεν έχουν τεκμηριωθεί, επειδή δεν χρησιμοποιήθηκαν τα ίδια κριτήρια με τις προγενέστερες μελέτες. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί η εποχιακή αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του άσθματος ή των ασθματικών παροξυσμών, κατά το χειμώνα και την άνοιξη. Το χειμώνα η αύξηση οφείλεται στις ιογενείς λοιμώξεις και την άνοιξη ή την αρχή του καλοκαιριού στις διάφορες γύρεις.

Στη δεκαετία του 1960 σημειώθηκε αύξηση των θανάτων από άσθμα στην Αγγλία, Αυστραλία, Ν. Ζηλανδία, ενώ επαναλήφθηκε στη Ν. Ζηλανδία κατά το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του '70 και τελευταία στην Αγγλία. Μελέτη που έγινε στην Αγγλία και Ουαλία, έδειξε ότι υπήρξε αύξηση της συχνότητας της νόσου από το 1970 στο 1981 από 1,16% σε 2,05% στους άνδρες και από 0,88% σε 1,59% στις γυναίκες. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν σημαντική αύξηση του επιπλασμού από το 1964 έως το 1983, κυρίως στα παιδιά και στους έφηβους στις Η.Π.Α.

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί η σχέση μεταξύ ατοπίας και άσθματος. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι το 25-40% των ενηλίκων έχουν ατοπία, όπως εκτιμάται από ειδικές δερματικές δοκιμασίες, αλλά από αυτούς μόνο το 5% έχουν άσθμα. Αυτό σημαίνει ότι η παρουσία ατοπίας δεν ταυτίζεται οπωσδήποτε με την παρουσία άσθματος. Αντίθετα μάλιστα, υπάρχουν άτομα που υποφέρουν από άσθμα αλλά δεν έχουν ατοπία.

Η αύξηση των θανάτων από άσθμα, παρά την εισαγωγή και χρήση πολλών δραστικών φαρμάκων, θεωρείται ότι μπορεί να οφείλεται είτε στην αύξηση της συχνότητας και της σοβαρότητας του άσθματος, είτε στην κακή συνολικά αντιμετώπιση της νόσου. Σε εργασίες με αναδρομική μελέτη των θανάτων, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι θάνατοι συνέβησαν στους ασθενείς οι οποίοι δεν εισήλθαν κατά την κρίση του άσθματος στο νοσοκομείο, επειδή η σοβαρότητα της νόσου δεν εκτιμήθηκε σωστά από το γιατρό ή τον ασθενή.

Είναι πιθανόν η εσφαλμένη εντύπωση ασφάλειας που ίσως να παρέχει η παρουσία πολλών φαρμάκων, να αμβλύνει την αίσθηση του κινδύνου από μια σοβαρή κρίση άσθματος. Τελευταία πάλι συζητείται ως πιθανή αιτία της αύξησης των θανάτων από άσθμα η κατάχρηση των β-αδρενεργικών διεγερτών. Ειδικότερα για την Αγγλία, ενοχοποιείται η κατάχρηση της ισοπροτερενόλης και για τη Ν. Ζηλανδία η κατάχρηση της φενοτερόλης.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ - ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Η σχέση των λοιμώξεων με το άσθμα αντιμετωπίζεται με κάποιο σκεπτικισμό όσον αφορά τα επιδημιολογικά δεδομένα.

Η συχνότητα των λοιμώξεων είναι παρόμοια σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ η συχνότητα είναι μεγαλύτερη σε αναπτυγμένες.

Όσον αφορά μελέτες που έχουν γίνει στη Βρετανία, βρέθηκε ότι η πνευμονία και η βρογχίτιδα είναι συχνότερη στο Βορρά, στους χειρωνακτες, σε πολυπληθείς οικογένειες και όπου υπάρχει παθητικό κάπνισμα, ενώ το άσθμα είναι συχνότερο στο Νότο. Η γνωστή αύξηση της θνησιμότητας από άσθμα στη δεκαετία του '60 δεν συνδυάστηκε με κάποια λοίμωξη.

Αντίθετα, ενώ μειώνεται η συχνότητα και η θνησιμότητα από λοιμώξεις, η συχνότητα του άσθματος φαίνεται να αυξάνεται. Αναφέρθηκε ότι υψηλή συχνότητα λοιμώξεων στη βρεφική και παιδική ηλικία συνοδεύεται από συχνά επεισόδια συριγμού. Στη συνέχεια, σε ενήλικες, ενώ η συχνότητα του άσθματος και της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας αυξάνεται, η συχνότητα των λοιμώξεων ελαττώνεται. Έχει καταγραφεί μεγαλύτερη συχνότητα θανάτων από άσθμα σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες από τον Ιούλιο έως Σεπτέμβριο και περισσότερες εισαγωγές το φθινόπωρο, ενώ οι ιογενείς λοιμώξεις είναι συχνότερες το χειμώνα.

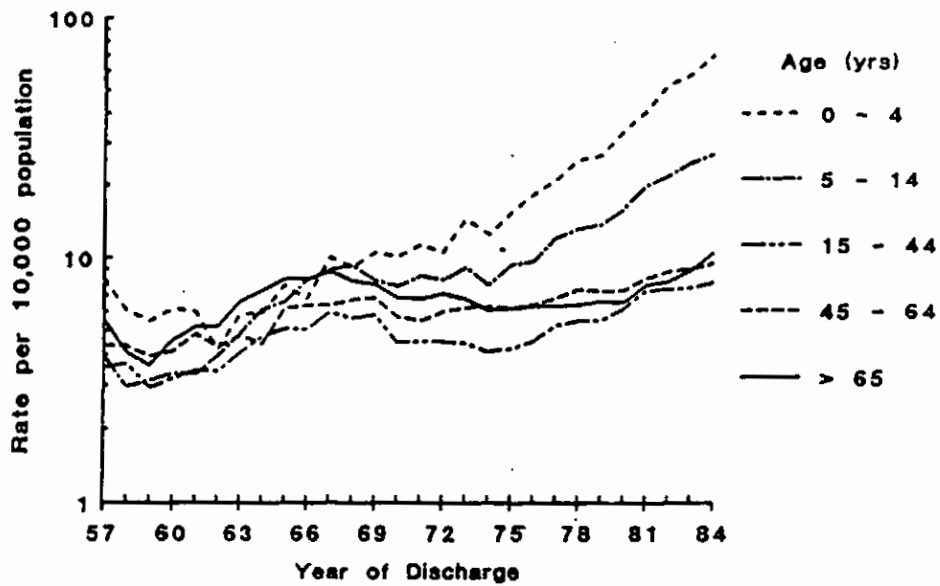
ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (MORBIDITY)

Ο αριθμός των εισαγωγών στα Νοσοκομεία λόγω άσθματος, που αποτελεί δείγμα της βαρύτητας της νόσου, έχει παρατηρηθεί ότι αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια. Ο Mitchell μελέτησε τις διεθνείς στατιστικές των εισαγωγών στα νοσοκομεία από βρογχικό άσθμα και έδειξε ότι υπήρξε μια σημαντικότερη αύξησή τους. Από το 1966 έως το 1981 ο αριθμός των εισαγωγών λόγω άσθματος αυξήθηκε κατά 10 φορές στη Νέα Ζηλανδία, 6 φορές στην Αγγλία και Ουαλία, 3 φορές στις ΗΠΑ, 4 φορές στον Καναδά, 3 φορές στην Ταϊμάνια και 8 φορές στην Queensland (Αυστραλία). Η αύξηση των εισαγωγών σε νοσοκομεία λόγω άσθματος παρατηρήθηκε σ' όλες τις ηλικίες, αλλά ήταν εμφανής στις ομάδες 0-4 ετών και 5-14 ετών.

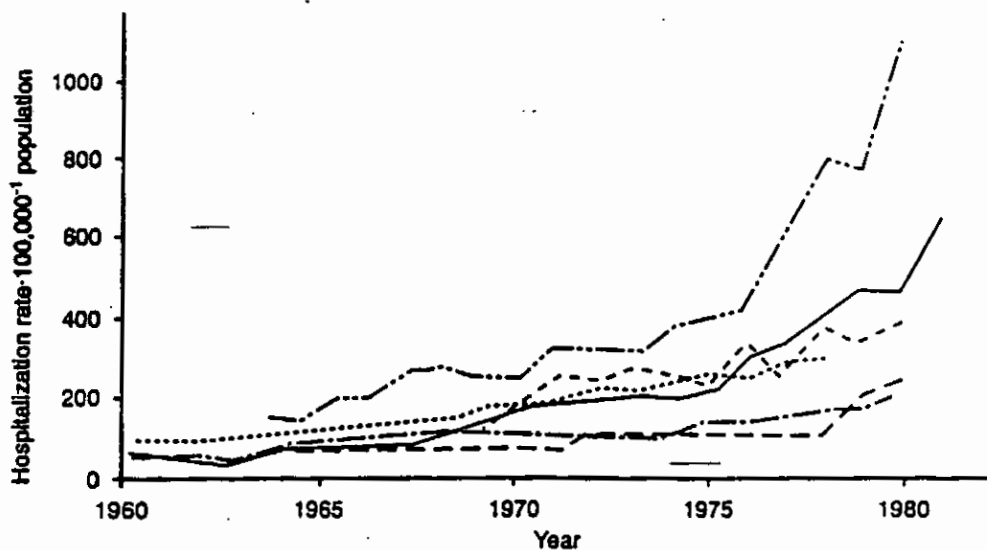
Σ' άλλη επιδημιολογική μελέτη, που σαν μέτρο βαρύτητας του άσθματος χρησιμοποιήθηκε η μείωση της μέγιστης εκπνευστικής ροής, βρέθηκε ότι το 1973 μόνο το 0,9% των παιδιών παρουσίαζαν ελάττωση της PEF μεγαλύτερη του 35% της προβλεπόμενης τιμής, ενώ το 1988 το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 2,3% των παιδιών. Η αύξηση αυτή των εισαγωγών στο Νοσοκομείο λόγω του άσθματος ήταν δυασανάλογα μεγαλύτερη απ' αυτή του επιπολασμού και της θνητότητας. Η παρατήρηση αυτή θα μπορούσε ν' αποδοθεί στην καλύτερη διάγνωση της νόσου, στην αύξηση των επανεισαγωγών και στην εισαγωγή λιγότερο σοβαρών περιπτώσεων, όμως οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι οφείλεται: α) στην αύξηση του επιπολασμού και β) στην επίταση της βαρύτητας της νόσου.

Παρόμοιες παρατηρήσεις έχουν γίνει και στον ελληνικό χώρο, όπου αναφέρεται αύξηση του ρυθμού των εισαγωγών στα παιδιατρικά νοσοκομεία κατά 294% από το 1978 έως το 1988.

Η ανασκόπηση των πρόσφατων επιδημιολογικών μελετών του άσθματος επιβεβαίωσε ότι η νόσος είναι εξαιρετικά



Εικόνα 2. Εισαγωγή στα Νοσοκομεία λόγω άσθματος στην ομάδα ηλικίας 0-14 ετών στη Νέα Ζηλανδία, Αγγλία - Ουαλία, ΗΠΑ, Καναδά, Queensland και Τασμανία.



Εικόνα 3. Εισαγωγές στα Νοσοκομεία λόγω άσθματος σε διάφορες ηλικίες αρρώστων στην Αγγλία, 1957-1984.

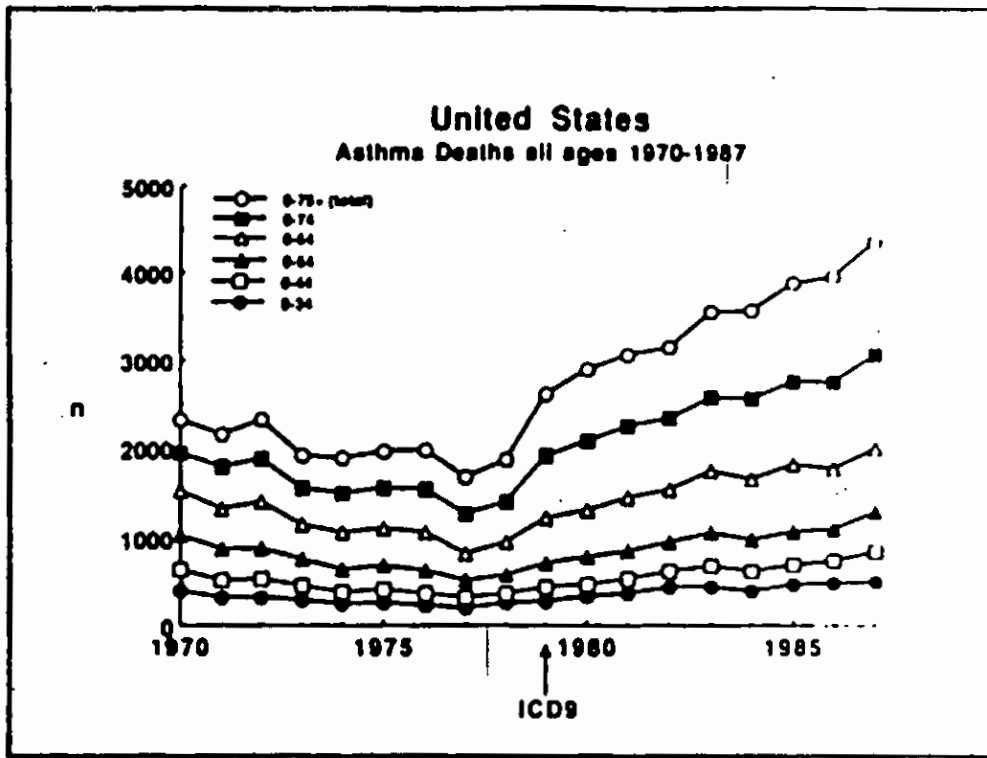
συνηθισμένη, περίπου 7% στο γενικό πληθυσμό και ότι τα τελευταία χρόνια η βαρύτητά της (αριθμός εισαγωγών στα Νοσοκομεία) και ο αριθμός των θανάτων αυξάνονται.

ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ (MORTALITY)

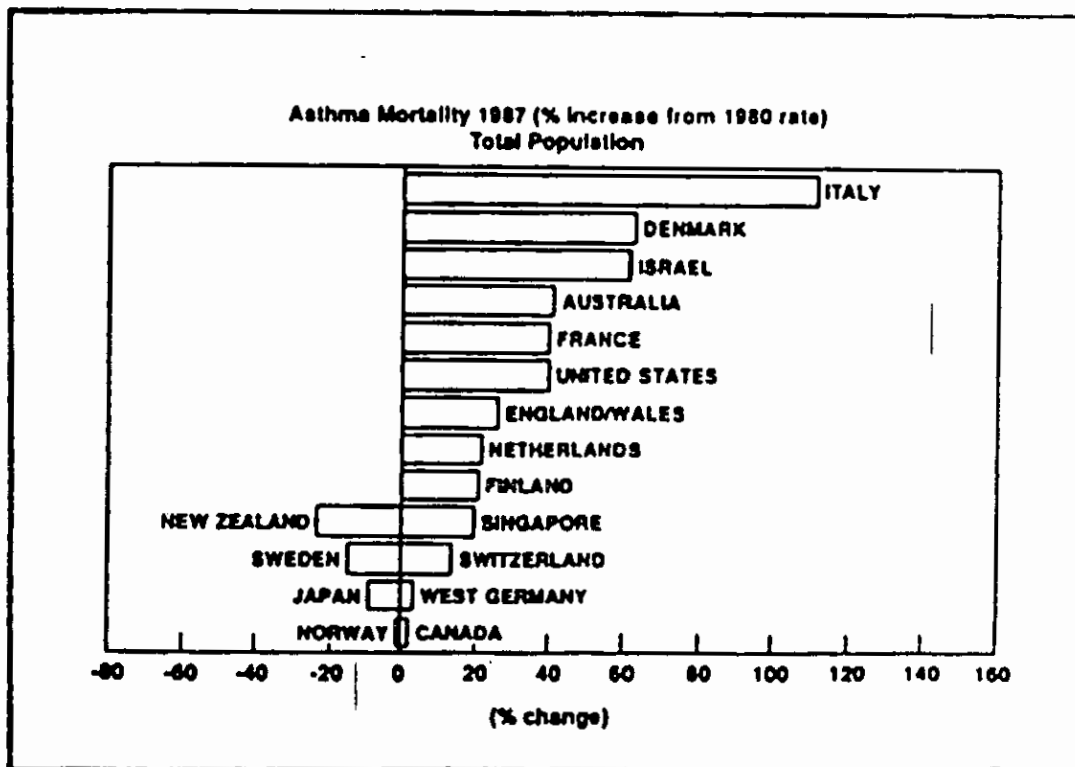
Το πιο ανησυχητικό σημείο της μελέτης της επιδημιολογίας του βρογχικού άσθματος είναι η παρατηρούμενη αύξηση θανάτων από άσθμα. Η αύξηση είναι προοδευτική στις περισσότερες χώρες, όπως π.χ. στις Η.Π.Α., ενώ στη Ν. Ζηλανδία και στην Αγγλία στις δεκαετίες του '60 και του '70 παρατηρήθηκε και απότομη αύξηση της θνητότητας, που χαρακτηρίστηκε σαν επιδημία θανάτων από άσθμα.

Το αίτιο των επιδημιών αυτών δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί, όμως για την πρόσφατη αύξηση των θανάτων έχει ενοχοποιηθεί η άλογη χρήση φαρμάκων (φενοτερόλη).

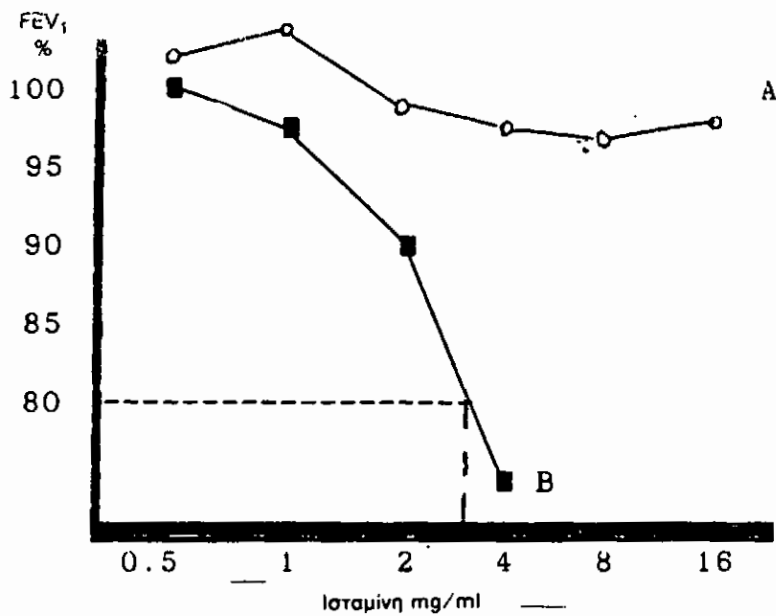
Σε μελέτη που έγινε σε διάφορες χώρες και συγκρίθηκαν οι θάνατοι από άσθμα το 1980 και το 1987, παρατηρήθηκε έως και διπλασιασμός της θνητότητας του άσθματος. Οι μεγαλύτερες αυξήσεις παρατηρήθηκαν στην Ιταλία και Δανία, ενώ σε μερικές χώρες όπως η Σουηδία, Ιαπωνία και Ν. Ζηλανδία, άρχισε να παρατηρείται μείωση της θνητότητας. Οι παραπάνω επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι υψηλού κινδύνου άρρωστοι με βρογχικό άσθμα είναι συνήθως έφηβοι, νέγροι, ασθενείς με προηγούμενες απειλητικές για τη ζωή κρίσεις. Η κατάχρηση β2-διεγερτών και η αποφυγή χρήσης των στεροειδών, ενώ είναι απαραίτητα, είναι σοβαροί επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως επίσης και η κακή συνεργασιμότητα των ατόμων αυτών, με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.



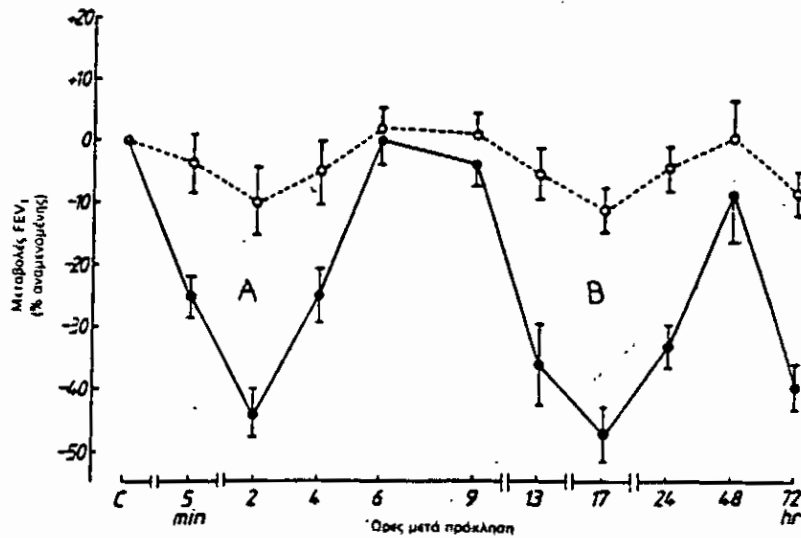
Εικόνα 4. Αριθμός των θανάτων από άσθμα σε διάφορες ηλικίες (5-34 ετών) στις ΗΠΑ, 1970-



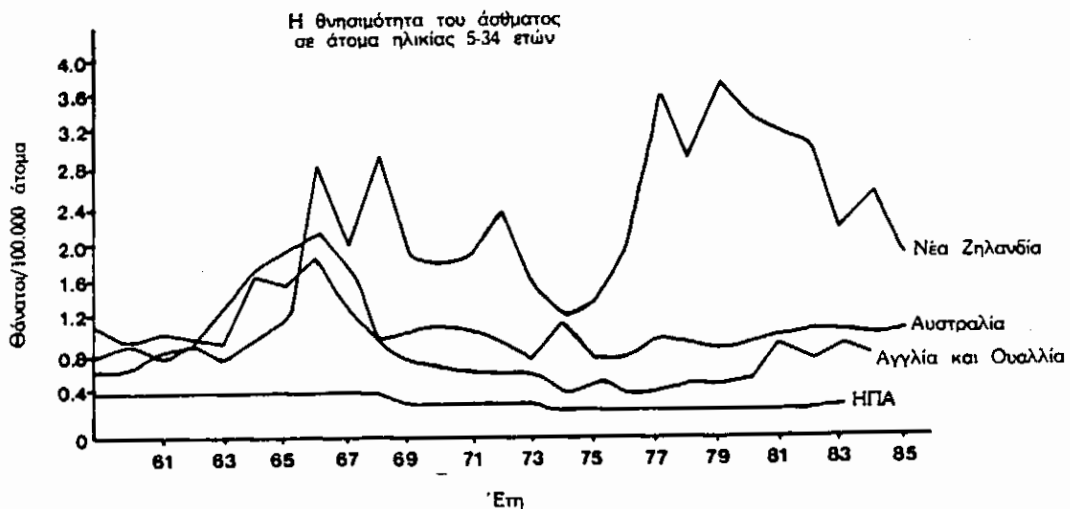
Εικόνα 5. Θνητότητα του άσθματος σε 17 χώρες το 1987 εκφρασμένη σαν ποσοστό αύξησης σε σχέση με τη θνητότητα του 1980.



Εικόνα 6. Απάντηση στην ισταμίνη ενός υγιούς (A) και ενός ασθματικού (B) ατόμου. Η PD_{20} υπολογίζεται κατά τον τρόπο που φαίνεται με τις διακεκομμένες γραμμές. Επί της τετραημένης φαίνεται η εκατοστιαία ελάττωση της FEV_1 και επί της τεταγμένης σημειούνται σε λογαριθμική κλίμακα οι προοδευτικά αυξανόμενες δόσεις της ισταμίνης.



Εικόνα 7. Άμεση (A) και καθυστερημένη (B) αντίδραση μετά την εισπνοή αντιγόνου (συνεχής γραμμή), ο ----- ο μετά την εισπνοή control διαλύματος.



Εικόνα 8. Η θνησιμότητα του άσθματος σε πληθυσμό ηλικίας 5-34 ετών σε διάφορες χώρες και κατά τη χρονική περίοδο από 1960-1985 (24).

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ

Η έκταση στην οποία οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τους παθογενετικούς μηχανισμούς του άσθματος δεν είναι ακριβώς γνωστή. Έρευνες έχουν γίνει μεταξύ συγγενών και διδύμων για να ελεγχθεί αν υπάρχει γενετική βλάβη για το άσθμα. Τα δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα άσθματος μεταξύ ατοπικών (με θετικές δερματικές δοκιμασίες) συγγενών ασθματικών αλλά και μη ατοπικών (αρνητικές δερματικές δοκιμασίες), αν και η συχνότητα είναι μεγαλύτερη μεταξύ των συγγενών με τοπικούς ασθματικούς. Οι στάθμες IgE βρίσκονται κάτω από γενετικό έλεγχο, αλλά η ατοπία από μόνη της δεν φαίνεται να συνοδεύεται πάντα από άσθμα.

Οι Sibbald και οι συνεργάτες θεωρούν ότι η ατοπία και το άσθμα έχουν ανεξάρτητη κληρονομικότητα και ότι η ατοπία μπορεί να αυξάνει τις ευκαιρίες σ' ένα άτομο για να αναπτύξει άσθμα, εφόσον βέβαια υπάρχει "γενετική ευαισθησία" για ανάπτυξη άσθματος. Έρευνες που έγιναν σε πειραματόζωα και μονοζυγώτες διδύμους και ετεροζυγώτες, έδειξαν ότι η βρογχική απαντητικότητα σε διάφορα μη ειδικά ερεθίσματα επηρεάζονται από γενετικούς παράγοντες. Μερικές μελέτες βρήκαν μια θετική συσχέτιση μεταξύ ατοπίας και βρογχικής απαντητικότητας, ενώ άλλες μελέτες απέτυχαν να βρουν κάποια συσχέτιση. Σε μια μελέτη των Horp και Bewtra, η γενετική επίδραση στη βρογχική απαντητικότητα στους μονοζυγώτες διδύμους ήταν 66% περίπου και στους ετεροζυγώτες διδύμους ήταν 33%. Σε μια άλλη μελέτη

που έγινε στη Σουηδία σε 7.000 διδύμους, η συχνότητα του άσθματος σε μονοζυγώτες διδύμους ήταν μόνο 19%.

Πάντως, παρά την ασυμφωνία των αποτελεσμάτων των διαφόρων μελετών, ο κίνδυνος να έχουμε ένα παιδί με άσθμα είναι μεγαλύτερος αν και οι δυο γονείς έχουν άσθμα, παρά αν έχει μόνο ο ένας. Στοιχεία για την κληρονομικότητα του μη ατοπικού άσθματος δεν υπάρχουν. Πάντως η κλινική άποψη είναι ότι η κληρονομικότητα μπορεί να παίζει, εν μέρει τουλάχιστον, ρόλο στη βρογχική υπεραντιδραστικότητα και αναμένεται στο εγγύς μέλλον η επίλυση του γενετικού αυτού θέματος. Πάντως, εκεί που φαίνεται ότι δεν υπάρχει γενετική ή κληρονομική σχέση, είναι το επαγγελματικό άσθμα.

Τελευταία, μια ομάδα ερευνητών από τη Μ. Βρετανία ανέφερε ότι το υπεύθυνο γονίδιο για το ατοπικό βρογχικό άσθμα εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 11q.

Κατά τη γέννηση ή αργότερα, τα διάφορα άτομα είτε είναι προδιατεθειμένα να αναπτύξουν αργότερα άσθμα, είτε προστατεύονται από κάποιο μηχανισμό και δεν αναπτύσσουν άσθμα. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να είναι γενετικοί ή φυλετικοί και μπορεί να επηρεάζονται και από τη διατροφή ή από κάποια παρασιτική λοίμωξη στη βρεφική ηλικία.

Σ' ένα προδιατεθειμένο βρέφος ένας προκλητικός παράγοντας, όπως μια ιογενής λοίμωξη στη βρεφική ηλικία, εισάγει την έναρξη μιας διαδικασίας απελευθέρωσης μεταβιβαστού, φλεγμονής και απελευθέρωσης ακολούθως και άλλων μεταβιβαστών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της συρίττουσας αναπνοής. Αν το παιδί έγινε ατοπικό, η έκθεση σε αλλεργιογόνα θα προκαλέσει επιπλέον απελευθέρωση μεταβιβαστών.

Στα προδιατεθειμένα παιδιά, είτε είναι ατοπικά είτε όχι, η έκθεση σε άλλα ερεθίσματα όπως η άσκηση, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού, το διοξείδιο του θείου στον εισπνεόμενο αέρα, η λήψη ποτών ή άλλων ουσιών με τις τροφές, μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών. Η συναισθηματική διαταραχή στα άτομα αυτά μπορεί να έχει μια επιπλέον επίδραση στους αεραγωγούς δια του πνευμονογαστρικού νεύρου.

Κατά την πρώτη παιδική ηλικία οι μεταβιβαστές που απελευθερώνονται μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα άσθματος διαλειπόντως, αλλά στα μεσοδιαστήματα τα παιδιά είναι ελεύθερα συμπτωμάτων και οι αεραγωγοί δεν έχουν αυξημένη βρογχική αντίδραση στην ισταμίνη. Στην ηλικία των οκτώ ετών περίπου, ένα ποσοστό 5-10% θ' αναπτύξουν μη αναστρέψιμη υπεραντιδραστικότητα των αεραγωγών και συμπτώματα άσθματος.

Η ομάδα των παιδιών που είχαν άσθμα στο παρελθόν και δεν εμφανίζουν πλέον συμπτώματα άσθματος, προέρχεται από τα παιδιά που είχαν συρίττουσα αναπνοή στη βρεφική ηλικία και στα οποία η βρογχική αντιδραστικότητα ήταν ήπια και διαλείπουσα. Πάντως, τα παιδιά αυτά, σε κάποια φάση της ζωής τους, μπορεί να εμφανίσουν αύξηση του βαθμού της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας και να εμφανίσουν ακολούθως συμπτώματα άσθματος.

Πάντως τα ποσοστά των ενηλίκων ασθματικών που προέρχονται από τα παιδιά που είχαν άσθμα στην παιδική ηλικία και παρήλθε, καθώς και εκείνων που δεν είχαν άσθμα στην παιδική ηλικία, δεν είναι γνωστά.

Αίτια της αύξησης του άσθματος

Αν και δεν έχει εξηγηθεί πλήρως η αύξηση της νοσηρότητας και θνητότητας από άσθμα σήμερα, πιθανόν ο πρώτος και κυριώτερος λόγος θεωρείται η καλύτερη διάγνωση της νόσου σήμερα, αλλά και λόγω της αύξησης των ειδικών ιατρών (πνευμονολόγων) που ασχολούνται με την πάθηση πληρέστερα.

Άλλες αιτίες και παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση του άσθματος είναι:

1. **Αλλεργία.** Όπως ήδη αναφέρθηκε, η αλλεργία είναι ιδιαίτερα συχνή στα νεαρά άτομα. Στις πιο γνωστές ουσίες που προκαλούν αλλεργία είναι οι γύρεις, μύκητες, οικιακή σκόνη, τρίχες ή λέπια ζώων, πούπουλα, φάρμακα και τροφές, π.χ. γαλακτοκομικά, αυγά, σιτάρι, καρύδια, σοκολάτα, ψάρι, οστρακοειδή κ.ά.
2. **Λοιμώξεις,** κυρίως του αναπνευστικού, όπως κρυολογήματα, γρίπη, ιγμορίτιδα κ.ά. Οι συχνότερες ιογενείς λοιμώξεις, ειδικά σε παιδιά, έχουν αυξηθεί λόγω του συνωστισμού πολλών παιδιών σε παιδικούς σταθμούς και σχολεία.
3. **Ψυχολογικοί παράγοντες,** όπως η έντονη χαρά ή λύπη.
4. **Περιβαλλοντικοί παράγοντες,** όπως η εισπνοή καπνών και μολυσμένου ατμοσφαιρικού αέρα. Η ρύπανση είναι και η σημαντικότερη, με διοξείδιο του θείου (SO_2), μονοξείδιο του άνθρακα (CO), διοξείδιο του αζώτου (NO_2), όζον και άλλα σωματίδια. Επίσης ο καπνός του τσιγάρου έχει

αναφερθεί ως αιτία αύξησης του παιδικού άσθματος και αυτό λόγω του παθητικού καπνίσματος των παιδιών.

5. **Επαγγελματικοί παράγοντες**, όπως η εισπνοή κόνεων ή αερίων. Μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση της ειδικής μορφής του άσθματος που λέγεται επαγγελματικό. Το αλεύρι, τα ρινίσματα ξύλου, οι αναθυμιάσεις χρωμάτων ή λυωμένων μετάλλων, αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα ουσιών που συναντώνται στον εργασιακό χώρο και που πολλές φορές ευθύνονται για την πρόκληση επαγγελματικού άσθματος.
6. **Έντονη σωματική άσκηση**: λόγω της γρήγορης εισόδου του αέρα από το στόμα μπορεί να προκαλέσει κρίση δύσπνοιας.
7. **Φάρμακα**, κυρίως η ασπιρίνη, τα διάφορα αντιφλεγμονώδη, διάφορα αναισθητικά, αντιβιοτικά (π.χ. πενικιλίνη). Μπορούν να προκαλέσουν κρίση δύσπνοιας.
8. **Οι συσκευές κλιματισμού** σε χώρες ή μέρη που δεν αερίζονται με άλλο τρόπο, μπορεί να προκαλέσουν κρίση δύσπνοιας.

Είναι θανατηφόρος αρρώστια το άσθμα;

Είναι γενικά παραδεκτό ότι το άσθμα είναι μια αρρώστια που ταλαιπωρεί αλλά δεν σκοτώνει, αφού η θνησιμότητά του δεν διαφέρει σημαντικά από τη θνησιμότητα πολλών άλλων χρόνιων παθήσεων. Οι θάνατοι από άσθμα συνήθως οφείλονται είτε στην καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας από το γιατρό, είτε σε μη

σωστή εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου, είτε σε ανεπαρκή θεραπευτική αντιμετώπισή του.

Το άσθμα εξελίσσεται σε σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα πάθηση όταν η αντιμετώπισή του δεν είναι επαρκής και σωστή. Η μη έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση του άσθματος οδηγεί σε βλάβες των βρόγχων, οι οποίες όταν χρονίσουν γίνονται μόνιμες και μη επανορθώσιμες. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση του άσθματος, προφυλάσσει από την εγκατάσταση των μόνιμων βλαβών στους πνεύμονες, ενώ παράλληλα εξασφαλίζει στον ασθενή φυσιολογική ζωή.

Μπορεί ο ασθματικός να ζει φυσιολογικά;

Αν η θνησιμότητα του άσθματος είναι μικρή, δεν συμβαίνει το ίδιο και με τη νοσηρότητα, δηλαδή την αναπηρία που προκαλεί η νόσος. Πράγματι, σε ανεπαρκώς θεραπευμένους ασθενείς η ποιότητα ζωής επηρεάζεται έντονα. Ο ασθματικός ασθενής, τουλάχιστον στη φάση των παροξύνσεων της νόσου του, στερείται βασικών επαγγελματικών, κοινωνικών και οικογενειακών απολαυών.

Θεωρείται απαράδεκτο, με τα σημερινά μέσα αντιμετώπισης της νόσου, να υπάρχουν ασθματικοί που να ανέχονται τον υποβαθμισμένο ποιοτικά αυτό τρόπο διαβίωσης. Είναι άπειρα τα παραδείγματα όπου η σωστή αντιμετώπιση του άσθματος, όχι μόνο δεν στέρησε καμία χαρά της ζωής στους ασθενείς, αλλά αντίθετα τους βοήθησε, απαλλαγμένους πλέον από τα συμπτώματα της νόσου τους, να διακριθούν και να διαπρέψουν σε κάθε

τομέα δραστηριότητας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι υψηλές επιδόσεις πολλών ασθματικών αθλητών, με αποκορύφωμα τη στέψη τριών "χρυσών" Αυστραλών Ολυμπιονικών στους Ολυμπιακούς Αγώνες του 1980 στη Μόσχα, οι οποίοι απέδειξαν ότι δεν υπάρχουν φραγμοί και περιορισμοί στις φιλοδοξίες και στις επιδιώξεις του ασθματικού για μια φυσιολογική ζωή.

Παθογένεια του άσθματος

Είναι αλήθεια ότι οι ασθματικοί (ενήλικες και παιδιά) είναι υπερευαίσθητοι και υπεραντιδρούν σ' ορισμένα εξωγενή και ενδογενή ερεθίσματα, όπως αλλεργιογόνα (γύρεις λουλουδιών, φυτά, δέντρα, σκόνη, μύκητες), τροφές, λοιμώξεις, ψυχογενείς παράγοντες, άσκηση, εισπνοή κρύου αέρα), ενώ κατά τεκμήριο οι "φυσιολογικοί" άνθρωποι δεν αντιδρούν.

Η ασθματική κρίση μπορεί να εκδηλωθεί λίγα λεπτά μετά την έκθεση στους παραπάνω παράγοντες και εκδηλώνεται με βήχα (συνήθως ξηρό) και δύσπνοια. Τα συμπτώματα υποχωρούν 1-2 ώρες μετά, με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή (πρωινή φάση).

Αργότερα όμως (3-5 ώρες) μετά την έκθεση σ' αυτά, μπορεί να παρουσιαστεί δεύτερη αντίδραση, που συνοδεύεται συνήθως με τα ίδια συμπτώματα, αλλά υπαναχωρεί πολύ αργότερα (8-12 ώρες) ή και παρατείνεται ενίοτε μερικές φορές (επιβραδυνόμενη αντίδραση).

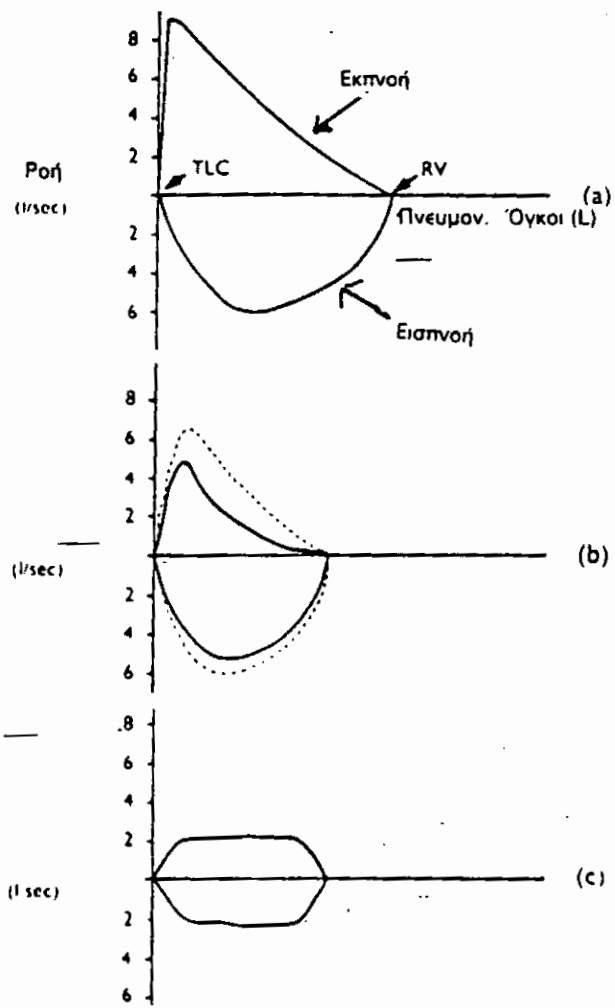
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣΚΑΙ ΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Τα σπουδιαότερα συμπτώματα είναι: βήχας ξηρός ή και βασανιστικός, με ή χωρίς απόχρεμψη, που μπορεί να είναι κολλώδης, η συρίττουσα αναπνοή (τα λεγόμενα ακροαστικά) και τέλος δύσπνοια στην κόπωση ή στην ηρεμία (σε προχωρημένα στάδια).

Εδώ χρειάζεται προσοχή, γιατί μπορεί ένας παρατεινόμενος, συνήθως ξηρός βήχας, σε παιδιά ή και σε ενήλικες, να υποδηλώνει ένα λανθάνον ή αφανές άσθμα, που κακώς από ασθενή και γιατρό αποδίδεται σε λοιμώξεις, φαρυγγίτιδες, λαρυγγίτιδες ή και σε νευρώσεις, και μη αντιμετωπιζόμενο σωστά με την αντιασθματική αγωγή να χρονίσει, με όλα τα επακόλουθα.

Άλλα ΠΡΩΙΝΑ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ συμπτώματα είναι: η εύκολη κόπωση, η νευρική διέγερση, το πτάρνισμα, η ρινόρροια και ο κνησμός.

Επίσης, ΝΥΚΤΕΡΙΝΑ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ συμπτώματα είναι: η ανεξήγητη δυσφορία, αϋπνία ή και νευροφυτικά συμπτώματα, που ενίοτε αποδίδονται σε άγχος και κακώς αντιμετωπίζονται με υπνωτικά. Τέλος, μπορεί να υπάρχει αύξηση της συχνότητας της αναπνοης και της καρδιάς (ταχύπνοια και ταχυκαρδία) ή και σπανιότερα κυάνωση (μελανή δηλαδή χρώση δέρματος, χειλέων, ονύχων).



Εικόνα 11 Καμπύλη Ροής - Όγκου: a: Φυσιολογική, b: Άσθμα, c: Εξωθωρακική απόφραξη, : Μετά Βρογχοδιαστολή.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΤΟ ΑΣΘΜΑ ΣΗΜΕΡΑ

Η διαγνωστική προσέγγιση περιλαμβάνει το καλό ιστορικό, τη φυσική εξέταση, την ακτινογραφία θώρακος και κύρια το λειτουργικό έλεγχο των πνευμόνων, που ο ειδικός πνευμονολόγος μπορεί καλύτερα να αξιολογήσει.

Οι κυριότερες τέλος λειτουργικές δοκιμασίες του αναπνευστικού του αρρώστου είναι:

- σπιρομέτρηση
- διάχυση
- ανάλυση
- ανάλυση αερίων αίματος
- δερματικά αλλεργικά τεστ
- δοκιμασίες πρόκλησης βρογχόσπασμου με εισπνεόμενες ουσίες ή αλλεργιογόνα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχει θεραπεία για το άσθμα;

Σήμερα έχουμε στη διάθεσή μας αρκετά μέσα με τα οποία μπορούμε να επαναφέρουμε αρκετούς ασματικούς ασθενείς στο φυσιολογικό τρόπο ζωής, περιλαμβανομένης και της αθλήσεως, εφ' όσον ο ασθενής το επιθυμεί. Στόχοι κάθε θεραπευτικής προσπάθειας του άσθματος πρέπει να είναι:

- Το άτομο να μην παρουσιάζει συμπτώματα, τόσο κατά τη διάρκεια της ημέρας, όσο και κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Να μην υπάρχουν περιορισμοί στον τρόπο ζωής του ασθενούς.
- Να μην υπάρχει ανάγκη για επείγουσες θεραπείες ή έκτακτες ιατρικές επισκέψεις.

Οι στόχοι αυτοί μπορούν να επιτευχθούν με:

1. Την εφαρμογή γενικών μέτρων.
2. Τη χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.

Στην εφαρμογή των γενικών μετρων περιλαμβάνονται:

- (α) Αποφυγή αλλεργιογόνων που αποδεδειγμένα προκαλούν κρίσεις. Η ανίχνευση των υπεύθυνων αλλεργιογόνων γίνεται με ειδικές εξετάσεις (δερματικά τεστ, εξέταση αίματος κ.ά.). Η αποφυγή των αλλεργιογόνων δεν είναι πάντα εύκολη (π.χ. αλλεργία στη σκόνη του δαπέδου). Στην περίπτωση του επαγγελματικού άσθματος, για την αποφυγή του αλλεργιογόνου το άτομο μπορεί να φθάσει έως και αλλαγή επαγγέλματος.

- (β) Έγκαιρη αντιμετώπιση των "κρυολογημάτων" του αναπνευστικού.
- (γ) Αποφυγή εισπνοής ερεθιστικών ουσιών όπως π.χ. καπνός τσιγάρου ή άλλων αναθυμιάσεων, όπως χρωμάτων, βενζίνης, βιομηχανικών ουσιών κ.ά.
- (δ) Αποφυγή έντονης άσκησης. Πολλοί ασθματικοί μπορούν να προσδιορίσουν και από μόνοι τους την ένταση της άσκησης πέρα από την οποία τους πιάνει δύσπνοια.
- (ε) Αποφυγή έκθεσης σε έντονες μεταβολές θερμοκρασίας και ιδιαίτερα εισπνοής ψυχρού αέρα.
- (στ) Αποφυγή έντονων συναισθηματικών φορτίσεων (λύπη - χαρά).

Παράλληλα με τα ανωτέρω γενικά μέτρα χορηγείται στον ασθενή και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Φάρμακα για το άσθμα

Τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση του άσθματος διακρίνονται σε:

- 1.- Ανακουφιστικά: ή όπως αλλιώς λεγονται βρογχοδιασταλτικά και είναι εκείνα που χορηγούνται πάνω στην κρίση και στοχεύουν στην άμεση ανακούφιση του ασθενούς από τη δύσπνοια.
- 2.- Προληπτικά: είναι αυτά που χορηγούνται στα ενδιάμεσα των κρίσεων διαστήματα και στοχεύουν στο να προλαμβάνουν την επέλευση νέων κρίσεων.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Τα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα δρουν στις συνεσπασμένες μυικές ίνες που περιβάλλουν τους βρόγχους προκαλώντας χαλάρωση αυτών και κατά συνέπεια διάνοιξη των αποφραγμένων αεροφόρων οδών. Μερικά φάρμακα μπορούν να δράσουν και σαν ανακουφιστικά και σαν προληπτικά.

Αναφορικά εν συντομία τα κυριότερα φάρμακα είναι :

- τα βρογχοδιασταλτικά (ή συμπαθητικομιμητικά)
- τα αντιχολινεργικά
- οι μεθυλοξανθίνες (θεοφυλλίνη)
- τα αντιφλεγμονώδη (κορτιζόνη)
- τα προφυλακτικά (χρωμογλυκίνη - νεδοκρομίλη)
- τα αντιϊσταμινικά.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Όλα τα φάρμακα πρέπει απαραίτητα να δίνονται αποκλειστικά υπό μορφή ΕΙΣΠΝΟΩΝ, για να πάνε ακριβώς στον τόπο της βλάβης, που είναι οι πνεύμονες, και είναι ΛΑΘΟΣ να δίνονται υπό μορφή δισκίων, σιροπιών, ενέσεων ή σε υπόθετα, που για να δράσουν και να φθάσουν στους πνεύμονες θα πρέπει να περάσουν από το στομάχι, έντερο, ήπαρ, νεφρούς, αίμα και κατόπιν να φθάσουν στους πνεύμονες, προκαλώντας έτσι στα πιο πάνω όργανα αρκετές φορές σοβαρές βλάβες.

Τέλος, στα παιδιά μόλις γίνει η διάγνωση του άσθματος, πρέπει ν' αρχίζουν αμέσως τη θεραπευτική αγωγή, για να επιτραπεί στο παιδί η ενεργός συμμετοχή στη φυσιολογική ζωή, στις αθλοπαιδείες, στο σχολείο και να εμποδιστεί έτσι η ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων. Αναπόσπαστο κομμάτι βέβαια

της σωστής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί η σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθματικού ασθενή.

Πώς μπορεί ένας ασθματικός να βοηθήσει στη σωστή αντιμετώπιση της αρρώστιας του

Υπάρχουν ορισμένοι κανόνες που αν τους ακολουθήσει ο ασθματικός, τότε οι πιθανότητες να μην έχει συχνές κρίσεις είναι μεγάλες. Οι κανόνες αυτοί είναι:

1. Να επισκέπτεται συχνά το γιατρό του. Να μη διστάζει να ζητά τη συμβουλή του για ό,τι τον απασχολεί. Να μην αφήνει να χειροτερέψουν τα συμπτώματα για να ζητήσει τη βοήθεια του γιατρού. Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας μπορεί να σημαίνει δυσκολότερη αντιμετώπιση μιας "προχωρημένης κρίσης" ή ακόμη και κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς.

2. Εφαρμογή των γενικών μέτρων (στο Κεφάλαιο θεραπεία για το άσθμα).

3. Να παίρνει τακτικά τα φάρμακά του, όπως όρισε ο γιατρός του. Οι αυτοσχεδιασμοί στη θεραπεία του άσθματος είναι επικίνδυνοι. Έστω και αν τα συμπτώματα υποχώρησαν, να μη διακόπτει τη θεραπεία ούτε να μειώνει τις δόσεις των φαρμάκων χωρίς εντολή γιατρού. Πρέπει να γνωρίζει ότι το άσθμα είναι μια χρόνια πάθηση και η βελτίωση των συμπτωμάτων που αισθάνεται κανείς με τη χρήση των φαρμάκων είναι προσωρινή και γρήγορα τα συμπτώματα θα υποτροπιάσουν αν διακοπεί η θεραπεία.

Να μη φοβάται ο ασθενής τη συνεχή λήψη των αντιασθματικών φαρμάκων, αφού έχουν αποδειχθεί, μετά από τόσα χρόνια χρησιμοποίησης, ασφαλή.

Ουσιαστικά, ένα άτομο που βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση, μπορεί να παίρνει τα φάρμακά του για μήνες ή και χρόνια χωρίς σημαντικούς κινδύνους. Οι κίνδυνοι από τη διακοπή της θεραπείας είναι πολύ μεγαλύτεροι από τους θεωρητικούς κινδύνους των φαρμάκων.

4. Να μάθει ο ασθενής να εκτιμά μόνος του την κατάσταση των βρόγχων, χρησιμοποιώντας ροόμετρα. Τα ροόμετρα είναι φτηνά και εύχρηστα όργανα, που μπορούν γρήγορα να δείξουν την αναπνευστική επάρκεια ή ανεπάρκεια και μπορεί άμεσα να εκτιμήσει αν υπάρχει δυσκολία στην είσοδο και την έξοδο του αέρα στα πνευμόνια.

Το ροόμετρο δεν πρέπει να λείπει από κανέναν ασθματικό. Μπορεί ο ασθματικός, κάνοντας καθημερινές μετρήσεις που θα καταγράφονται σε ειδικό διάγραμμα, να παρακολουθεί την πρόοδο στη θεραπεία, την απόδοση της θεραπευτικής αγωγής, καθώς και επισήμανση πιθανής επιδείνωσης του άσθματος.

Αν μάλιστα καταγράφει καθημερινά ο ασθενής τον αριθμό των εισπνοών και τα άλλα φάρμακα που λαμβάνει, τότε βοηθά και τον εαυτό του και το γιατρό του, ο οποίος έχει ανά πάσα στιγμή την πορεία της νόσου.

Επίσης ο ιατρός μπορεί να δείξει και τη χρήση του ροομέτρου στον ασθενή. Αυτό συμβάλλει στην ανάπτυξη σωστής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς και κατά τεκμήριο θα αποβεί σε όφελός του, γιατί η κακή συνεργασιμότητα έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του.

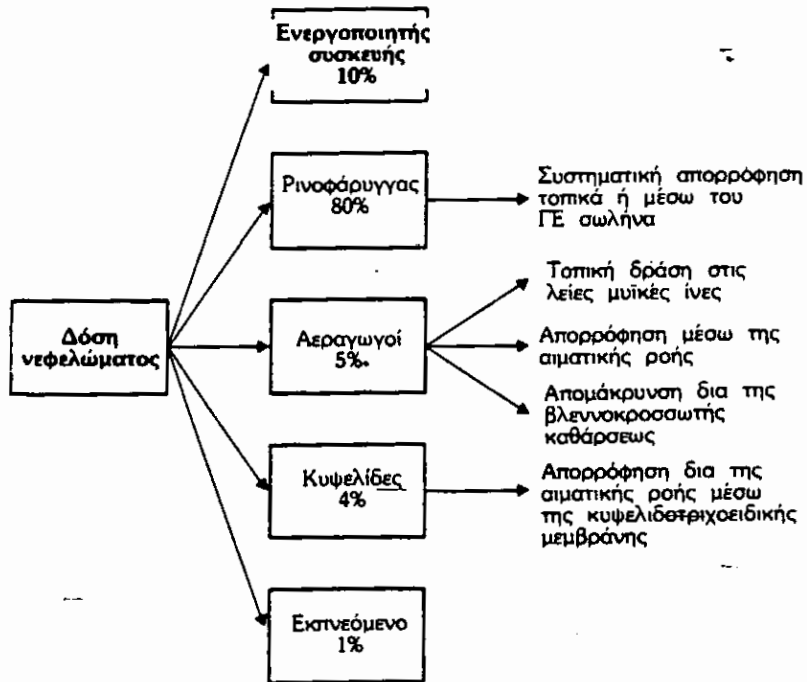
Πλεονεκτήματα εισπνοών

Οι εισπνοές συγκεντρώνουν σημαντικά πλεονεκτήματα έναντι των άλλων μορφών χορήγησης, γι' αυτό και σήμερα χρησιμοποιούνται ευρύτατα. Τα πλεονεκτήματα αυτά είναι:

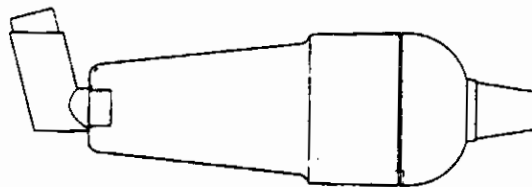
- 1.- Μεταφέρουν το φάρμακο κατευθείαν στο όργανο που πάσχει, δηλαδή στους βρόγχους. Δεν υπάρχει ταχύτερος τρόπος για να φτάσει και ν' αρχίσει να δρα ένα φάρμακο στους βρόγχους.
- 2.- Περιέχουν πάρα πολύ μικρές δόσεις φαρμάκου, που αντιστοιχούν μόλις στο 1/10 της δόσης που χορηγείται από το στόμα.
- 3.- Δεν υπάρχουν σημαντικές παρενέργειες. Επειδή με τις εισπνοές το φάρμακο κατευθύνεται μόνο στους βρόγχους, πρακτικά κανένα άλλο όργανο του οργανισμού μας δεν επηρεάζεται.

Οι εισπνοές βρογχοδιασταλτικών, λόγω της ευκολίας λήψεώς των, χρησιμοποιούνται τόσο για την αντιμετώπιση των κρίσεων όσο και στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων, για να διατηρούνται οι βρόγχοι ανοιχτοί και να προλαβαίνονται οι κρίσεις.

Οι εισπνοές βρογχοδιασταλτικών επίσης, αποτελούν ιδανικό τρόπο πρόληψης των ασθματικών κρίσεων που προκαλούνται από άσκηση. Πράγματι, αρκούν πολλές φορές 1-2 εισπνοές κάποιου βρογχοδιασταλτικού πριν από την άσκηση, για να προληφθεί κάποια ασθματική κρίση.



Εικόνα 12 Σχηματικό διάγραμμα που δείχνει την εναπόθεση και την τύχη ενός βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου που προωθείται και απελευθερώνεται από μια δοσιμετρική συσκευή υψηλής πίεσης ως νεφέλωμα.



Εικόνα 13 Πλαστικός κώνος σε σχήμα αχλαδιού (spacer) που χρησιμοποιείται για εισπνοή τερβουταλίνης και στεροειδών.

Οι εισπνοές στις συνιστώμενες δόσεις μερικές φορές μπορεί να προκαλέσουν έναν ελαφρό, αθώο τρόμο, ο οποίος συνήθως είναι παροδικός. Σπάνια επίσης μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ελαφράς ταχυκαρδίας. Και οι δυο αυτές ανεπιθύμητες ενέργειες δεν είναι επικίνδυνες.

Παρά τα σημαντικά πλεονεκτήματα που προσφέρουν οι εισπνοές, εν τούτοις υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που δεν απολαμβάνει πλήρως τα οφέλη που προσφέρουν. Αυτό οφείλεται στη μη κατανόηση του σωστού τρόπου λήψης των εισπνοών.

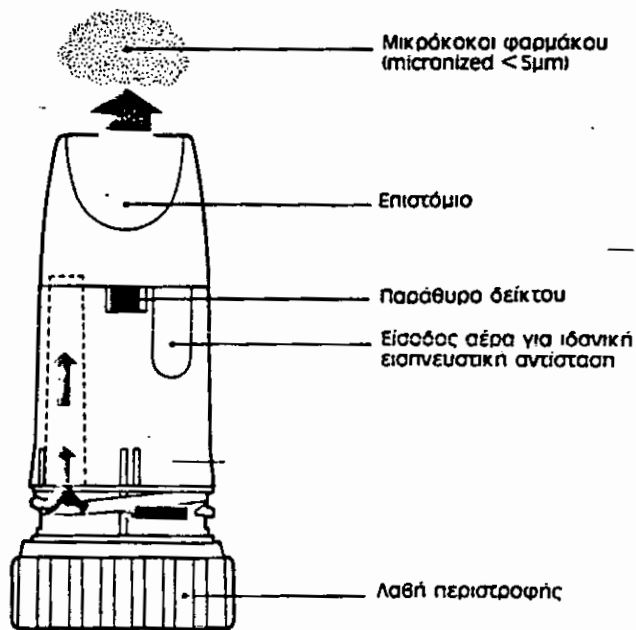
Οδηγίες για τη σωστή χρήση των εισπνοών

1. Αφαιρέστε το κάλυμα από το επιστόμιο της συσκευής και ανακινείτε έντονα τη συσκευή.
2. Εκπνεύσατε ήρεμα όσο πιο βαθειά μπορείτε, να αισθανθείτε ότι αδειάζουν τα πνευμόνα σας από τον αέρα που περιέχουν.
3. Τοποθετείστε το επιστόμιο της συσκευής στο στόμα με τα χείλη κλειστά γύρω από αυτό. Πάρτε βαθειά εισπνοή και πατήστε τη συσκευή για να απελευθερωθεί το φάρμακο και να παρασυρθεί με το εισπνεόμενο ρεύμα αέρα στα πνευμόνια σας.
4. Κρατήστε την αναπνοή σας για 10 δευτερόλεπτα (μετρώντας αργά ως το δέκα).

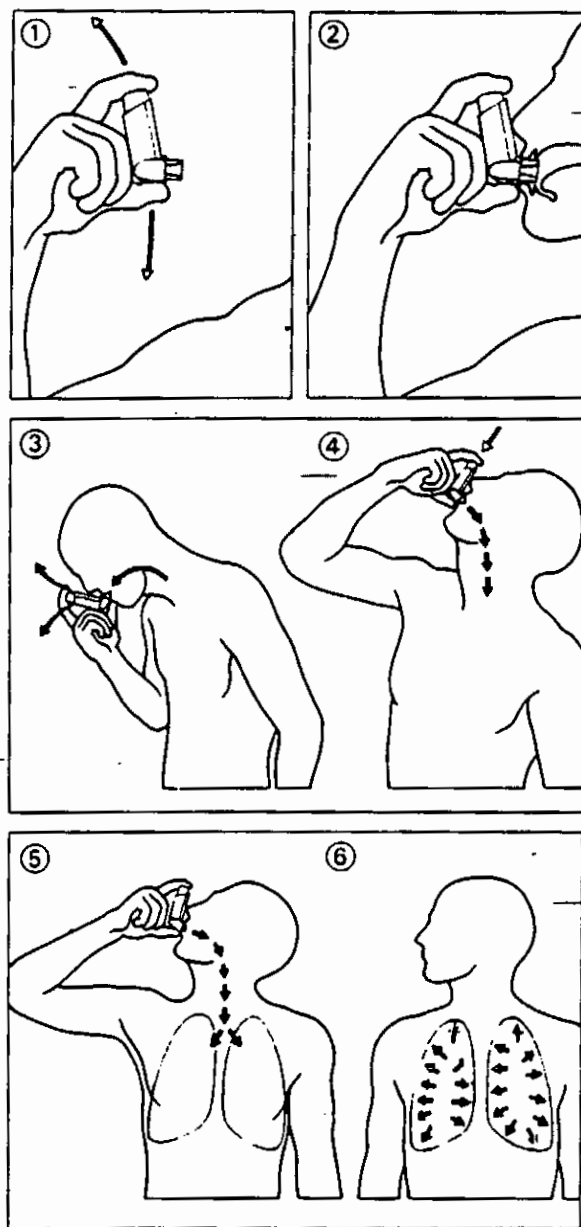
Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών το οποίο, παρ' όλες τις οδηγίες και τις επιδείξεις σωστής χρήσης των



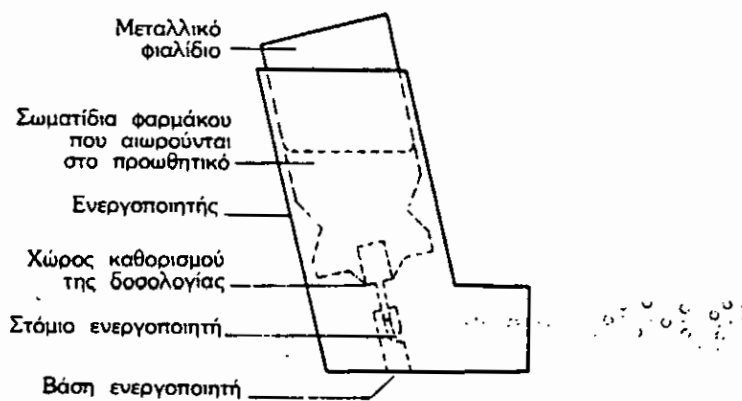
Εικόνα 14 Η εισπνοή σκόνης είναι ένας απλός τρόπος για την πρόληψη φαρμακευτικών ουσιών από τους βρόγχους. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από μικρά παιδιά. Το κοριτσάκι της εικόνας είναι μόνο 3 ετών.



Εικόνα 15 Σχηματική απεικόνιση της λειτουργίας της συσκευής turbuhaler με την οποία λαμβάνονται φάρμακα σε καθορισμένη δόση ανά εισπνοή. Η συσκευή λειτουργεί με την εισπνευστική προσπάθεια του ασθενούς χωρίς να περιέχει προωθητική ουσία.



Εικόνα 16 Οδηγίες για τη χρήση μιας δοσιμετρικής συσκευής υψηλής πίεσης (pressurized inhaler). 1. Ανακίνηση της συσκευής. 2. Τοποθέτηση του επιστομίου ανάμεσα στα δόντια και σύγκλειση των χελέων γύρω από το επιστόμιο. 3. Πλήρης εκστομή βραδέως μέχρι που να μην εξέρχεται αέρας από τους πνεύμονες. 4. Έκταση της κεφαλής προς τα πίσω με σύγχρονη έναρξη εισπνοής και ενεργοποίηση της συσκευής. 5. Συνέχιση μέχρι πλήρους εισπνοής και κράτημα της αναπνοής στην πλήρη εισπνοή για 2 δευτερόλεπτα τουλάχιστον. 6. Επανάληψη των παραπάνω μετά από 10 λεπτά.



Εικόνα 13 Τυπική δοσιμετρική συσκευή υψηλής πίεσης που χρησιμοποιείται για τη νεφελοποίηση και την απελευθέρωση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων στους πνεύμονες σε εισπνοές (pressurized inhaler). Το εναιώρημα κρυστάλλων ή μικρών σωματιδίων του φαρμάκου προωθείται και διασκορπίζεται από τη συσκευή μέσω του προωθητικού από φρέον που περιέχεται στη συσκευή.

εισπνοών, εν τούτοις δεν καταφέρνει, για πολλούς λόγους, να επιτύχει την ορθή χρήση των εισπνοών σε σπρέι. Για τα άτομα αυτά έχουν επινοηθεί άλλοι ευκολότεροι τρόποι εισπνοής βρογχοδιασταλτικών, όπως οι συσκευές ή η εισπνοή του σπρέι με συσκευές που παγιδεύουν το εκτοξευόμενο νέφος φαρμάκου και που δίνουν τη δυνατότητα στον ασθενή να το εισπνεύσει άνετα.

Ποια η θέση της κορτιζόνης στη θεραπεία του άσθματος

Είναι αλήθεια ότι υπάρχει μια προκατάληψη του κόσμου στη λήψη κορτιζόνης και πολλοί ασθενείς αρνούνται τη θεραπεία που περιέχει κορτιζόνη. Πρέπει όμως να γίνει σωστό ότι στην ουσία δεν πρόκειται για φάρμακο, αλλά για ορμόνη, που παράγεται στον οργανισμό μας (επινεφρίδια), κυκλοφορεί μέσα μας και είναι απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού μας.

Η χρήση της κορτιζόνης για την αντιμετώπιση του άσθματος, όπως την υποδεικνύει ο γιατρός, είναι βέβαιο ότι θα οφελήσει και δεν θα βλάψει. Όταν ο γιατρός αποφασίζει να χορηγήσει κορτιζόνη, σημαίνει ότι την έχει ανάγκη ο ασθενής, χωρίς να σημαίνει απαραίτητα ότι το άσθμα είναι βαρύ.

Η σωστή χρήση του φαρμάκου αυτού έχει σώσει πολλές ζωές, ενώ ολοένα και περισσότερα επιστημονικά δεδομένα έρχονται στο φως, που μαρτυρούν την ευεργετική επίραση του φαρμάκου στην πρόληψη μόνιμων βλαβών των βρόγχων. Αντίθετα, υπάρχουν άπειρα παραδείγματα όπου η καθυστέρηση στη χορήγηση της κορτιζόνης οδήγησε σε σοβαρή επιδείνωση του άσθματος και έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή του ασθματικού. Άλλωστε, από την ανάλυση των

περιστατικών θανάτων από άσθμα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς είτε δεν έπαιρναν κορτιζόνη είτε έπαιρναν σε ανεπαρκή δόση..

Σημειωτέον ότι τα τελευταία χρόνια έχουμε στη διάθεσή μας εξαιρετικά αποτελεσματικές μορφές κορτιζόνης, που χορηγούνται υπό μορφή εισπνοών. Αυτό σημαίνει ότι μπορούμε να χορηγήσουμε μικρότατες δόσεις, οι οποίες δρουν τοπικά στους βρόγχους χωρίς να υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης των παρενεργειών που εμφανίζονται όταν το φάρμακο χορηγείται από το στόμα ή υπό μορφή ενέσεων.

Πόσο τακτικά πρέπει να επισκέπτεται ο ασθενής το γιατρό του

Το πόσο συχνά πρέπει να παρακολουθείται ο ασθενής το καθορίζει ο γιατρός, εκτιμώντας τη βαρύτητα και τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να καθυστερήσει η επίσκεψη στο γιατρό όταν:

- Τα φάρμακα και ιδιαίτερα οι εισπνοές δεν προκαλούν την ίδια ανακούφιση που προσέφεραν προηγουμένως ή όταν υπάρχει ανάγκη αύξησης των εισπνοών για να υπάρξει ανακούφιση. ΠΡΟΣΟΧΗ: δεν πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των εισπνοών πέραν του επιτρεπομένου ορίου, γιατί και καλύτερο αποτέλεσμα δεν θα υπάρξει, αλλά και κίνδυνος εμφάνισης σοβαρών παρενεργειών.
- Όταν ο ασθενής ξυπνά το βράδυ με δύσπνοια.
- Όταν η δύσπνοια κατά τη διάρκεια της ημέρας δεν επιτρέπει δραστηριότητες που προηγούμενα έκανε ο ασθενής.
- Υπάρχει προοδευτική μείωση των τιμών που παίρνουμε με το ροόμετρο.

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Κατά καιρούς έχουν εφαρμοσθεί διάφοροι τρόποι θεραπείας του άσθματος, που δεν στηρίζονται στη χορήγηση φαρμάκων. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή των μορφών αυτών θεραπείας αμφισβητούνται σε επιστημονικά σχεδιασμένες μελέτες. Έτσι, η εφαρμογή τους δεν είναι δυνατό προς το παρόν να συστηθεί από το γιατρό, που στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και όχι σε εμπειρικές εντυπώσεις μεμονωμένων περιστατικών μιας νόσου, που χαρακτηρίζεται από μεταβλητότητα στη βαρύτητα των συμπτωμάτων, καθώς και στη χρονική διάρκεια και εμφάνιση ή εξαφάνιση των συμπτωμάτων.

Αντίθετα, οι περισσότερες μελέτες που έγιναν με επιστημονική μεθοδολογία, δεν βρήκαν αποτελεσματικές τις μεθόδους αυτές θεραπείας του άσθματος. Οι μορφές της θεραπείας αυτής είναι:

1. Ο μηχανικός ιονισμός του αέρα του περιβάλλοντος του ασθενούς με αρνητικά ιόντα.
2. Η Yoga, που εφαρμόζεται στις Ινδίες αρκετά χρόνια.
3. Η ομοιοπαθητική, με την εφαρμογή της οποίας αναφέρονται αποτελέσματα σε άτομα που είχαν αλλεργική ρινίτιδα και όχι βρογχικό άσθμα. Πάντως αναφέρονται ελάχιστες αντικειμενικές αποδείξεις για να στηρίξουν την εφαρμογή ομοιοπαθητικής στη θεραπεία του άσθματος.
4. Η ύπνωση. Η ύπνωση έχει εφαρμοσθεί αρκετά χρόνια πριν για τη θεραπεία του βρογχικού άσθματος με μικρή και προσωρινή βελτίωση της νόσου. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι μερικοί ασθματικοί εμφάνισαν βελτίωση των συμπτωμάτων,

αύξηση της PEFR και μείωση της χρήσης των βρογχοδιασταλτικών, ενώ σε άλλους μειώθηκε ο βαθμός της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας. Αυτά τα αποτελέσματα αφορούσαν ασθενείς με υψηλό βαθμό επιδεικτικότητας στην ύπνωση.

5. Οι βελονισμοί.
6. Η χειρουργική αφαίρεση του καρωτιδικού σωματίου, μονόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα ή η διατομή του πνευμονογαστρικού, έχουν εφαρμοσθεί όχι μόνο χωρίς κανένα αποτέλεσμα, αλλά με δυσμενείς μετεγχειρητικές επιπλοκές ή συνέπειες.
7. Η φυσική άσκηση.
8. Άλατα χρυσού.

Η θεραπεία του βρογχικού άσθματος περιλαμβάνει:

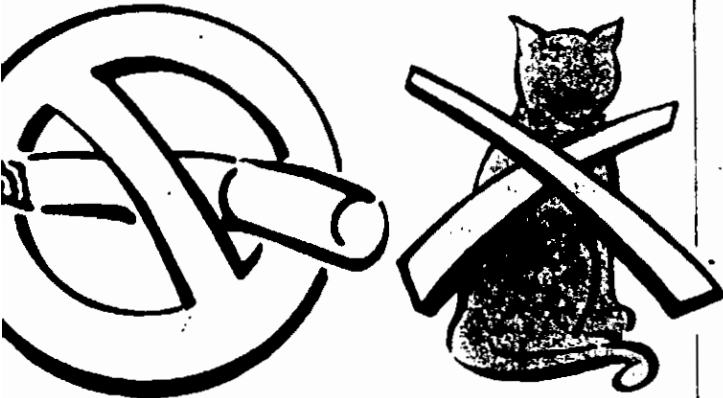
- α) Τη χορήγηση φαρμάκων:
 1. Συμπαθητικομιμητικά
 2. Θεοφυλλινούχα
 3. Αντιχολινεργικά
 4. Κορτικοστεροειδή
 5. Χρωμογλυκονικό νάτριο.
- β) Την αποφυγή αλλεργιογόνων.
- γ) Την αναπνευστική φυσιοθεραπεία.
- δ) Την καταπολέμηση των επισυμβαίνουσών λοιμώξεων.

Η φαρμακευτική αγωγή χορηγείται για την πρόληψη των παροξυσμών, την αντιμετώπιση των παροξυσμών με σκοπό τη διατήρηση ανοιχτών των αεραγωγών των βρόγχων και τη μείωση των αντιστάσεων στη ροή του αέρα στους βρόγχους.

ΑΣΘΜΑ

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΤΕ

► Βρείτε αυτά που σας προκαλούν παροξυσμό και προσπαθείστε να τα αποφύγετε.



► Παιρνετε τα φάρμακα σας ακριβώς όπως σας τα έχει συστήσει ο γιατρός.



ΓΙΑΤΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΑΣ ΣΥΝΕΣΤΗΣΕ ΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Το φάρμακο αυτό αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό τμήμα της θεραπευτικής αγωγής, επειδή περιορίζει το οίδημα μέσα στους πνεύμονες, το οποίο οίδημα αν μείνει αθεράπευτο μπορεί να προκαλέσει παροξυσμούς.

Όταν χρησιμοποιείται τακτικά, το φάρμακο συντήρησης προσφέρει ένα είδος ασφάλειας έναντι των ασθματικών παροξυσμών και της επιβαρυσμένης υγείας μακροπρόθεσμα.

ΠΡΕΠΕΙ ΟΜΩΣ ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΤΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΟΣΗ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΣΥΣΤΗΘΕΙ ΓΙΑ ΝΑ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΧΑΙΡΕΣΤΕ ΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΑ ΖΩΗ.

ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΣΠΝΕΩ ΤΟ ΑΝΤΙΑΣΘΜΑΤΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΟΤΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΙΣΚΙΑ ΚΑΙ ΣΙΡΟΠΙΑ:

Επειδή το εσπνεόμενο φάρμακο πάει απ' ευθείας στους πνεύμονες, όπου και χρειάζεται.

ΓΙΑΤΙ ΤΟΤΕ ΧΡΕΙΑΖΟΜΑΙ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΟ:

Γιατί σταματάει τον συριγμό και ανακουφίζει από το σφίξιμο στο στήθος.

Αυτό όμως δεν επιδρά στο οίδημα, το οποίο χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να αντιμετωπισθεί και να προληφθεί.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ

Εάν χρειάζεται να χρησιμοποιείτε το ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΟ φάρμακο συχνότερα από πριν ΠΕΣΤΕ ΤΟ ΣΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ

Όταν η ανακούφιση δεν διαρκεί όσο πριν, ΠΕΣΤΕ ΤΟ ΣΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ.

ΕΑΝ ΔΕΝ ΕΝΕΡΓΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΤΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ.

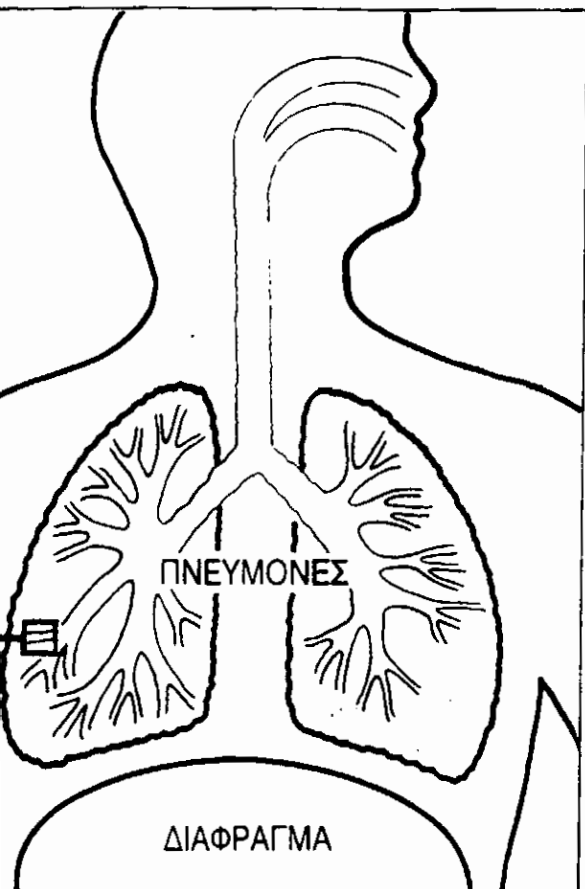
Όνομα

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Με τη βοήθεια των φαρμάκων αυτών και με την αποφυγή των εκλυτικών παραγόντων, θα αισθάνεστε καλά και δραστήριος για τη ζωή.

Προσφορά της εταιρείας FISONS Pharmaceuticals στους ασθματικούς ασθενείς



ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΕΤΕ ΤΟ ΑΣΘΜΑ ΣΑΣ:

Το άσθμα είναι μια πάθηση η οποία προσβάλλει τις αναπνευστικές οδούς (αεραγωγούς) μέσα στους πνεύμονες.

Είναι μια συνηθισμένη κατάσταση, περίπου ένας στους είκοσι υποφέρει από άσθμα.

Η εισπνοή καπνού ή σκόνης προκαλεί βήχα.

Στα φυσιολογικά άτομα αυτό είναι όλο.

Οι πνεύμονες όμως των ασθματικών ατόμων είναι πολύ περισσότερο ευαίσθητοι. Οι ασθενείς αυτοί εκτός από το βήχα, παρουσιάζουν συριγμό και δύσπνοια όταν εισπνέουν αυτά που τους προκαλούν άσθμα ή όταν ασκούνται έντονα.

ΞΕΡΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΑΣΘΜΑ;

Οι παράγοντες που προκαλούν ασθματική αντίδραση περιλαμβάνουν γύρεις, κατοικίδια ζώα, σκόνη σπιτιού, καπνό τσιγάρων, καυσαέρια, ρύπανση ατμόσφαιρας, άσκηση, λοιμώξεις αναπνευστικού όπως κρυολογήματα και γρίπη, ξαφνικές μεταβολές θερμοκρασίας ή υγρασίας, ακόμη και συγκινησιακή ένταση.



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ

ΞΕΡΕΤΕ ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΤΟ ΑΣΘΜΑ;

σε κάθε πνεύμονα υπάρχει ένα δίκτυο πολύ αν διακλαδιζόμενων αναπνευστικών σωλήρων ονομάζονται αεραγωγοί.

αεραγωγοί αυτοί έχουν τους δικούς τους μύες ποίους όμως δεν μπορείτε να ελέγχετε όπως ελέγχετε τους μύες των ποδιών και των χεριών.



Το ευαίσθητο εσωτερικό τοίχωμα του αεραγωγού φλεγμαίνει και πριζεται.

ΟΙΔΗΜΑΤΩΔΗΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ



Μέσα στους αεραγωγούς παράγεται κολλώδης βλέννη η οποία μπορεί να αποφράξει τον αεραγωγό.

ΑΠΟΦΡΑΓΜΕΝΟΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ



Στο άσθμα οι μύες συσπώνται. Αυτό δημιουργεί στένωση των αεραγωγών με συνέπεια να μπορεί να μπει και να βγει λιγότερος αέρας. Γι' αυτό αισθάνεστε σφίξιμο.

ΣΤΕΝΩΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ

Οι στενευμένοι ή αποφραγμένοι αεραγωγοί προκαλούν συριγμό, βήχα και δύσπνοια.

ΟΜΩΣ ΟΛΑ ΑΥΤΑ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΟΥΝ

Εκπαίδευση ασθενών με άσθμα

Σκοπός της εκπαίδευσης του κάθε ασθενούς είναι ο εφοδιασμός αυτού και της οικογένειάς του με τις κατάλληλες πληροφορίες, έτσι ώστε ο ασθενής να ενθαρρύνεται ν' ακολουθεί με συνέπεια τις ιατρικές οδηγίες και να μπορεί ν' αναγνωρίζει τις διακυμάνσεις της νόσου του, ώστε να παίρνει τα ανάλογα μέτρα.

Η πληροφόρηση που θα δοθεί εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή ανάλογα με τις δυνατότητές του, το μορφωτικό του επίπεδο και τη διάθεσή του ν' αναλάβει δραστηριότητες. Η κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη παίζουν σημαντικό ρόλο στη θετική αντίμετώπιση της νόσου.

Αρχικά ο ασθενής χρειάζεται πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και απλές πληροφορίες όσον αφορά τα διαθέσιμα είδη θεραπείας. (Π.χ. θα μπορούσε να γίνει επίδειξη διαφόρων συσκευών εισπνοής φαρμάκων, έτσι ώστε ν' αποφασίσει ο ασθενής ποια συσκευή θα χρησιμοποιήσει).

Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρυνθούν να διακόψουν το κάπνισμα, να πληροφορηθούν για τους πιθανούς παράγοντες που προκαλούν παρόξυνση της νόσου τους, είτε από το επαγγελματικό είτε από το ευρύτερο περιβάλλον τους (αλλεργία). Η πληροφόρηση αυτή δεν θα πρέπει να στοχεύει στον περιορισμό των δραστηριοτήτων του ασθενούς. Π.χ. δεν θα δοθεί οδηγία για διακοπή της ασκήσεως, αλλά θα ληφθούν μέτρα για πρόληψη της παρόξυνσης με την άσκηση.

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται για να εκφράζουν τις απορίες τους για τη νόσο και τις προσδοκίες τους για τη θεραπεία.

- Για τους περισσότερους ασθενείς είναι λογικό να θέλουν:
 - Απουσία συμπτωματολογίας τη μέρα και τη νύχτα.
 - Καλύτερη δυνατή πνευμονική λειτουργία (PEFR).

Οι προφορικές οδηγίες του θεράποντος ιατρού πρέπει να συνοδεύονται και από γραπτές, σχετικά με το άσθμα και τη θεραπεία του.

Ο ασθενής πρέπει να διδαχθεί τη μέτρηση της PEFR με το ροόμετρο, την καταγραφή της, την εκτίμηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και τη βαρύτητα της νόσου.

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Προεμμηνορροϊκό άσθμα

Περίπου το 1/3 των γυναικών που βρίσκονται στην περίοδο πριν την εμμηνόπαυση και έχουν άσθμα, εμφανίζουν επιδείνωση του άσθματος, είτε πριν την έμμηνο ρύση είτε κατά την έμμηνο ρύση.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι μεταβολές στην πορεία του άσθματος, σε σχέση με την έμμηνο ρύση, είναι μικρές και συνήθως αντιμετωπίζονται με την προσαρμογή της θεραπείας. Σε μερικές περιπτώσεις η επιδείνωση του άσθματος είναι σημαντική και η δοκιμαστική χορήγηση προγεστερόνης ενδομυϊκά επέφερε πλήρη βελτίωση των συμπτωμάτων του άσθματος.

Θεραπεία του άσθματος στην εγκυμοσύνη

Όπως αναφέρθηκε, το άσθμα δεν είναι νόσος απαγορευτική για την εγκυμοσύνη, αλλά οπωσδήποτε χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και χειρισμό εκ μέρους του Πνευμονολόγου, ώστε η εγκυμοσύνη να φτάσει στο αίσιο τέλος με καλή υγεία για τη μητέρα και το παιδί. Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

- 1) Ποια είναι η επίδραση της εγκυμοσύνης στο άσθμα. Και
- 2) Ποια είναι η επίδραση του άσθματος και των φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του άσθματος, τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και στο έμβρυο.

Από μελέτη που έγινε πρόσφατα σε 198 εγκύους με άσθμα στη Φιλανδία, τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά. Οι ασθματικές έγκυες δεν είχαν διαφορές από τις μη ασθματικές έγκυες, όσον αφορά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το βάρος του νεογνού, την περιγεννητική θνησιμότητα, τη βαθμολογία κατά Apgar, τα αναπνευστικά προβλήματα του νεογνού, την υπερχολερυθριναιμία και στις συγγενείς διαμαρτύες περί τη διάπλαση.

Η μόνη διαφορά που βρέθηκε στις ασθματικές έγκυες ήταν μια μικρή αύξηση της προεκλαμψιας και μεγαλύτερη συχνότητα τοκετών με καισαρική τομή (28% έναντι 17% των μη ασθματικών).

Επίσης βρέθηκε πιο συχνή υπογλυκαιμία στα νεογνά από μητέρες που έπασχαν από σοβαρό άσθμα, σε σχέση με νεογνά από μητέρες με μη σοβαρό άσθμα.

Οι ασθματικές έγκυες έχουν πρόσθετα μηχανικά προβλήματα στην αναπνοή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μάλιστα τους τελευταίους μήνες, αλλά και ορμονικές μεταβολές, που

μπορεί να επηρεάσουν τη σοβαρότητα του άσθματος. Στο 40-50% των ασθματικών γυναικών δεν επηρεάζεται η προηγούμενη εικόνα του άσθματος κατά την εγκυμοσύνη, στο 25% περίπου βελτιώνεται, ενώ στο 25% επιδεινώνεται. Οι ασθματικές με σοβαρό άσθμα περιλαμβάνονται περισσότερο στο ποσοστό που επιδεινώνεται το άσθμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και που βελτιώνεται μετά τον τοκετό. Όταν το άσθμα έχει ρυθμισθεί σωστά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στον τοκετό εμφανίζονται ελάχιστα προβλήματα που σχετίζονται με το άσθμα και συνήθως αντιμετωπίζονται χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες.

Για την επίδραση των φαρμάκων στο έμβρυο δεν έχει διαπιστωθεί αυξημένη τερατογένεση μετά από λήψη της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη β_2 -διεγερτών, στεροειδών σε εισπνοές, νατριούχου κρομολίνης σε εισπνοές ή θειοφυλλίνης από το στόμα.

Εκτός της θειοφυλλίνης από του στόματος και μετά από χορήγηση κορτικοστεροειδών συστηματικά από του στόματος, δεν διαπιστώθηκαν συγγενείς διαμαρτίες περί τη διάπλαση. Αν τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται συστηματικά από τη σύλληψη ως τον τοκετό, μπορεί το παιδί να γεννηθεί ελλειποβαρές. Πάντως, μελέτες που έγιναν σε ζώα, έδειξαν ότι μετά από συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών μπορεί να παραμείνει σχισμή στην υπερώα. Επίσης έχουν περιγραφεί διαταραχές στα χρωμοσώματα των καλλεργειών ανθρώπινων λεμφοκυττάρων με θειοφυλλίνη.

Η λήψη φαρμάκων σε εισπνοές είναι ιδιαίτερα πλεονεκτική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επειδή οι συγκεντρώσεις φαρμάκων στο αίμα της εγκύου είναι τόσο χαμηλές που δεν είναι δυνατό να έχουν κάποια βλαπτική επίδραση στο έμβρυο. Με τη

συστηματική χορήγηση επιτυγχάνονται υψηλές τιμές των φαρμάκων στο αίμα και μερικά αντιασθματικά φάρμακα όπως η θειοφυλλίνη και οι μη-ειδικοί διεγέρτες, αλλά και οι ειδικοί β_2 διεγέρτες, διέρχονται τον πλακούντα και εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου. Σημεία τοξικότητας στο έμβryo έχουν περιγραφεί, κατά την εγκυμοσύνη ή μετά τον τοκετό, μετά από χορήγηση αδρεναλίνης ή θεοφυλλίνης, αν και από τη θεοφυλλίνη δεν έχουν αναφερθεί ιδιαίτερα προβλήματα, όταν χορηγείται με έλεγχο της στάθμης του φαρμάκου στο αίμα.

Η αδρεναλίνη σε υποδόρια χορήγηση και α -αδρενεργικοί διεγέρτες προκαλούν σπασμό των αγγείων της μήτρας και γι' αυτό αντενδείκνυνται στην έγκυο με βρογχικό άσθμα.

Η πρεδνιζολόνη διέρχεται τον πλακούντα αρκετά βραδέως σε σχέση με άλλα κορτικοστεροειδή και η συγκέντρωση των κορτικοστεροειδών στο αίμα του εμβρύου είναι αρκετά χαμηλότερη από τη συγκέντρωση του φαρμάκου στο αίμα της μητέρας. Αν τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται στην έγκυο συστηματικά σε δόσεις άνω των 10 mg πρεδνιζολόνης ημερησίως για μακρό χρονικό διάστημα, εκτός από το ελλειπές σωματικό βάρος το νεογνό εμφανίζει και σχετική φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια, η οποία δυνατό να συμβεί αν το νεογέννητο υποβληθεί σε κάποιο ασύνηθες stress, όπως μια λοίμωξη, σε διάστημα περίπου 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Παρά τους κινδύνους που αναφέρθηκαν σχετικά με τη συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών στην ασθματική έγκυο, τα φάρμακα αυτά δεν πρέπει να φυλάσσονται μόνο για να χορηγηθούν στο *status asthmaticus* (= s.A. οξεία ασθματική κρίση στην οποία ο βαθμός της βρογχικής στένωσης είτε είναι

σοβαρός από την αρχή είτε αυξάνει σε σοβαρότητα και επιμένει, παρά τη συνήθη ασθματική αγωγή).

Η υποξαιμία από την παρόξυνση του άσθματος είναι επικίνδυνη για τη μητέρα και πολύ περισσότερο για το έμβρυο, γιατί το έμβρυο έχει μικρή αντοχή στην υποξαιμία της μητέρας. Αυτό σημαίνει ότι η σοβαρή και παρατεταμένη κρίση άσθματος πρέπει να αποφευχθεί, ακόμη και με συστηματική χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών.

Συμπερασματικά μπορεί να λεχθεί ότι τα φάρμακα στην έγκυο γενικά, δεν πρέπει να δίνονται, ιδίως κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, εκτός και αν είναι απαραίτητα.

Τα φάρμακα που θα χορηγούνται στην έγκυο πρέπει να δρουν τοπικά και αποτελεσματικά και να μην απορροφώνται. Τέτοια φάρμακα είναι οι β_2 -διεγέρτες σε εισπνοές, η νατριούχος κρομογλυκίνη και δυνατόν τα τοπικά δρώντα κορτικοστεροειδή, χορηγούμενα σε εισπνοές και σε χαμηλές δόσεις. Η συστηματική χορήγηση μπορεί να έχει θεωρητικά κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες στο έμβρυο, αλλά στην πράξη, τόσο οι β_2 -διεγέρτες όσο και η θεοφυλλίνη φαίνεται να είναι ασφαλή.

Η θεοφυλλίνη μπορεί να επιτείνει τη λόγω εγκυμοσύνης ναυτία και τους εμέτους στην έγκυο και οι β_2 διεγέρτες μπορεί θεωρητικά να επιβραδύνουν τις ωδίνες του τοκετού. Τα κορτικοεστεροειδή για βραχύ διάστημα μπορούν να δοθούν συστηματικά χωρίς κινδύνους.

Η ασθματική μητέρα μπορεί να θηλάζει το βρέφος, καθότι τα φάρμακα που λαμβάνει με εισπνοές ανευρίσκονται στο μητρικό γάλα σε μικρές συγκεντρώσεις. Η πρεδνιζολόνη απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα σε μικρές ποσότητες και δεν δημιουργείται

πρόβλημα στο βρέφος, εκτός εάν χορηγείται σε πολύ μεγάλες δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Το φάρμακο που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα είναι η θεοφυλλίνη, που προκαλεί ευερεθιστότητα στο βρέφος. Για το λόγο αυτό η συγκέντρωση της θεοφυλλίνης στο αίμα της μητέρας πρέπει να διατηρείται στα κατώτερα επίπεδα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Άσθμα και χειρουργικές επεμβάσεις

Οι περισσότεροι ασθματικοί ασθενείς δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα προβλήματα όταν υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις, ακόμη και στο θώρακα. Αυτό προϋποθέτει τη συνεργασία του πνευμονολόγου με το χειρουργό και τον αναισθησιολόγο και την κατάλληλη προετοιμασία του ασθενή προεγχειρητικά αλλά και μετεγχειρητική αντιμετώπιση.

Ο ασθματικός ασθενής πρέπει να θεραπεύεται για το άσθμα 1-2 εβδομάδες πριν την εγχείρηση, ώστε οι λειτουργικές του εξετάσεις να βρίσκονται στα φυσιολογικά επίπεδα και σταθερά για όλο το 24ωρο.

Η αγωγή αυτή πρέπει να συνεχίζεται μετεγχειρητικά για δυο εβδομάδες τουλάχιστον. Τα φάρμακα που θα χορηγηθούν θα εξαρτηθούν από την ανταπόκριση του άσθματος στο προεγχειρητικό διάστημα.

Αν ο ασθενής λάμβανε μικρές δόσεις κορτικοστεροειδών μπορούμε να τις αυξήσουμε ή αν έπαιρνε για μεγάλο χρονικό διάστημα και θεωρείται πιθανή η καταστολή της λειτουργίας των επινεφριδίων, τα κορτικοστεροειδή αμέσως πριν την εγχείρηση, κατά την εγχείρηση και αμέσως μετά, πρέπει να δοθούν σε μεγάλες δόσεις.

Άσθμα και καρδιοπάθειες

Οι ασθματικοί αν αναπτύξουν ανεπάρκεια στεφανιαίων αγγείων ή υπέρταση και τους χορηγηθούν β-ανταγωνιστές, διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν επιδείνωση του άσθματος ή και οξεία σοβαρή παρόξυνση. Για το λόγο αυτό, στους ασθματικούς που έχουν υπέρταση, δεν πρέπει να χορηγούνται β-ανταγωνιστές, αλλά διουρητικά, methyldopa, captopril, prazosin ή nifedipine. Για την ανεπάρκεια των στεφανιαίων πρέπει να δίνονται νιτρώδη, verapamil ή nifedipine.

Αλλά και τα φάρμακα που χορηγούνται για το άσθμα μπορεί να προκαλούν προβλήματα στον καρδιοπαθή, όπως β₂-διεγέρτες σε υψηλές δόσεις ανεπάρκεια και τα κορτικοστεροειδή να επιδεινώσουν την υπέρταση και την καρδιακή ανεπάρκεια, λόγω κατακράτησης υγρών. Στις μικτές αυτές καταστάσεις χρειάζεται μέτρο και προσοχή στη χορήγηση των φαρμάκων, κατά τρόπο που να ωφελούν χωρίς να βλάπτουν.

Σακχαρώδης διαβήτης και άσθμα

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθματικοί που έχουν και σακχαρώδη διαβήτη προέρχονται κυρίως από την αυτόνομη διαβητική νευροπάθεια και τη λήψη στεροειδών. Η διαβητική νευροπάθεια συνοδεύεται από μειωμένη ανταπόκριση του αναπνευστικού στο ερέθισμα της υποξαιμίας.

Επειδή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση αναπνευστικής ανεπάρκειας σε κάθε παρόξυνση του άσθματος πρέπει αμέσως να ελέγχονται τα αέρια του αίματος και να χορηγείται οξυγόνο. Ιδιαίτερος κίνδυνος υπάρχει κατά την αναισθησία, τη λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων και τις λοιμώξεις.

Όταν χορηγούνται β_2 -διεγέρτες, κυρίως από του στόματος ή παρεντερικά, πρέπει να ελέγχεται τακτικά το σάκχαρο του αίματος, λόγω του κινδύνου υπεργλυκαιμίας. Ο κίνδυνος αυτός είναι ελάχιστος όταν δίνονται σε εισπνοές.

Είναι γνωστό ότι τα στεροειδή προκαλούν αύξηση του σακχάρου και του καταβολισμού των πρωτεϊνών. Όταν χορηγούνται στεροειδή σε ασθματικό που έχει σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να:

- ελέγχεται τακτικά το σάκχαρο
- τροποποιείται η δίαιτα και η δόση της ινσουλίνης.

Οι ασθενείς που εμφανίζουν στερινοειδή διαβήτη είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι. Ο κίνδυνος ελαχιστοποιείται με τη χορήγηση των κορτικοειδών σε εισπνοές, ακόμη και σε μεγάλες δόσεις, μέχρι 1.600 μg /ημερησίως.

Ηλικιωμένοι και άσθμα

Ο κίνδυνος θανάτου από άσθμα είναι μεγαλύτερος σε ηλικιωμένους ασθενείς. Σε ηλικίες άνω των 55 ετών συνήθως συνυπάρχουν και άλλα νοσήματα, όπως π.χ. ισχαιμική καρδιοπάθεια, που επιβαρύνεται από την εμφάνιση υποξαιμίας σε ασθματική κρίση.

Διάφορα φάρμακα τα οποία παίρνουν συχνά οι ηλικιωμένοι δυνατό να επιβαρύνουν το άσθμα. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, η ασπιρίνη, τα οφθαλμικά διαλύματα με β-αναστολείς, αντιυπερτασικά φάρμακα όπως β-αναστολείς, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης κ.ά.

Η συνύπαρξη άλλων νοσημάτων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη θεραπευτική αγωγή του άσθματος. Η αμινοφυλλίνη μπορεί να αυξήσει την κατακράτηση ούρων, σε υπερτροφία προστάτη. Η υπεργλυκαιμία και η υποκαλιαιμία δυνατό να επιταθούν με τη λήψη β₂-διεγερτών. Η συνύπαρξη βρογχίτιδας ή εμφυσηματος στους ηλικιωμένους αυξάνει την πιθανότητα ύπαρξης υπερκαπνίας και γι' αυτό, όταν δίνεται οξυγόνο, πρέπει να χρησιμοποιούνται συνήθως χαμηλές δόσεις.

Υπερθυρεοειδισμός

Ο υπερθυρεοειδισμός προκαλεί επιβάρυνση του άσθματος. Ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι γνωστός. Πιθανώς οφείλεται σε αυξημένο μεταβολισμό στεροειδών από τη θυροξίνη.

Πειραματόζωα στα οποία προκλήθηκε υπερθυροειδισμός εμφάνισαν μείωση της αποδόμησης προσταγλανδινών PGF, που αποτελούν ισχυρό βρογχοσπαστικό παράγοντα.

Οι ασθενείς με υπερθυροειδισμό ανταποκρίνονται ασθενέστερα στα αδρενεργικά φάρμακα και γι' αυτό χρειάζονται υψηλότερες δόσεις. Πάντως, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών αυξάνονται όταν υπάρχει υπερθυροειδισμός. Η χορήγηση προπανολόνης σε υπερθυροειδισμό πρέπει ν' αποφεύγεται γιατί, όπως αναφέρθηκε, οι β-αναστολείς προκαλούν βρογχόσπασμο.

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Η γαστροοισοφαγική ανάρροια, δηλαδή η αυτόματη δίοδος του γαστρικού περιεχομένου παλίνδρομα από το στομάχι στον οισοφάγο, είναι πολύ συχνή. Περίπου 7% των θεωρούμενων φυσιολογικών ατόμων παραπονούνται για καθημερινή ύπαρξη αισθήματος καύσου.

Σε ασθματικούς η συχνότητα της γαστροοισοφαγικής ανάρροιας είναι τρεις φορές μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό και συχνά συνοδεύεται από διαφραγματοκήλη. Ιδιαίτερα στα παιδιά τα ποσοστά είναι αυξημένα και αναφέρονται ποσοστά 47-63%. Μεταξύ 82 παιδιών με πνευμονία και άσθμα, τα 40 είχαν ανάρροια και τα 32 απ' αυτά βελτιώθηκαν μετά από φαρμακευτική αγωγή ή εγχείρηση.

Παρόλα αυτά, σήμερα η στενή αυτή σχέση αμφισβητείται. Σε μετρηση του pH του οισοφάγου δεν βρέθηκε αυξημένη ανάρροια μεταξύ ασθματικών και ομάδας ελέγχου. Η εκδήλωση συρριγμού στην ανάρροια αποδίδεται στην υπερευαισθησία από μικρές ποσότητες γαστρικού περιεχομένου που εισροφώνται. Συμπτώματα όπως δυσφαγία, αναγωγές, αίσθημα καύσου, όταν συνοδεύονται από νυχτερινό βήχα, βοηθούν σημαντικά τη διάγνωση. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις βοηθά η μέτρηση της κινητικότητας του οισοφάγου (μόνο μέτρια), αλλά κυρίως η μέτρηση του pH του οισοφάγου. Σημασία έχει η καταγραφή ιδίως τις νυχτερινές ώρες. Εκτιμάται η χρονική διάρκεια κατά την οποία το pH είναι μικρότερο του 4. Συνήθως η τιμή αυτή βρίσκεται σε χρόνο μέτρησης < 4%.

Για τη θεραπευτική αγωγή συνιστώνται:

- μικρά και συχνά γεύματα
- αποφυγή λιπαρών γευμάτων
- αποφυγή αλκοολούχων ποτών ή γάλατος πριν την κατάκλιση
- θεραπεία με H₂ ανταγωνιστές και μετακλωπαμίδη, η οποία αυξάνει την πίεση στο σφιγκτήρα του κατώτερου οισοφάγου.

Στα μικρά παιδιά και στους ηλικιωμένους η μετακλωπαμίδη πρέπει να αποφεύγεται, γιατί έχει αυξημένο ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως ψυχολογικές διαταραχές και εξωπυραμιδική συνδρομή.

Μόνο 5% από τους ενήλικες και 51% από τα παιδιά χρειάζονται χειρουργική διόρθωση.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟΤΟΚΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Συχνά παρουσιάζονται διάφορες επιπλοκές που σχετίζονται με τη θεραπεία του άσθματος, παρά με αυτό το άσθμα. Η χορήγηση βρογχοδιασταλτικών υπό μορφή αεροζόλ ή παρεντερικώς είναι δυνατό να επηρεάσει ποικιλοτρόπως τα αέρια του αίματος. Μετά την άρση του βρογχόσπασμου, οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν σαφή βελτίωση, άλλοι μικρή μεταβολή και άλλοι επιδείνωση της αρτηριακής PO_2 . Η επιδείνωση αυτή παρατηρείται σε ασθενείς με ήδη αξιόλογη υποξαιμία και αποδίδεται στη μείωση του λόγου αερισμού/αιμάτωσης, λόγω μεγαλύτερης σχετικά αύξησης της αιμάτωσης σε σχέση με τον αερισμό.

Η υπέρμετρη λήψη των βρογχοδιασταλτικών δυνατόν επίσης να συνοδεύεται από καρδιοτοξικότητα, που εκδηλώνεται με ταχυκαρδία και εκτακτο-συστολική αρρυθμία.

Τα κορτικοειδή που λαμβάνονται από το στόμα ή παρεντερικά δυνατό να προκαλέσουν επιπλοκές, οι συχνότερες των οποίων είναι το σύνδρομο Cushing, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, το πεπτικό έλκος, η οστεοπόρωση, οι συναισθηματικές διαταραχές και η υπερλιπιδαιμία με αύξηση κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις, καθώς και η αναζωπύρωση προϋπάρχουσας παλιάς φυματίωσης, αποτελούν σπάνιες επιπλοκές της κορτικοθεραπείας.

Τα εισπνεόμενα κορτικοειδή στερούνται αξιόλογων παρενεργειών, πλην της μυκητίωσης της στοματικής κοιλότητας, του στοματοφάρυγγα και λάρυγγα.

ΕΞΩΓΕΝΕΣ ΑΣΘΜΑ

Ορισμός

Το βρογχικό άσθμα είναι μια νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από διάχυτη και αυτομάτως αναστρέψιμη απόφραξη των αεραγωγών, η οποία συσχετίζεται με τη βρογχική υπεραντιδραστικότητα σε έναν αριθμό ερεθισμάτων που περιλαμβάνουν την ισταμίνη, τη μεταχολίνη, τον ψυχρό αέρα και την άσκηση. Ο ορισμός αυτός φαίνεται ανεπαρκής, διότι η αναστρέψιμη συρίττουσα αναπνοή και η βρογχική υπεραντιδραστικότητα μπορεί να παρατηρηθούν και σε άλλες νόσους, όπως η ιογενής βρογχιολίτις, η αλλεργική ρινίτις χωρίς άσθμα, η κυστική ίνωση κ.λπ. Η ωσινοφιλία του άσθματος υψηλότερη από 200 κύτταρα/ mm^3 , είναι συχνή και θεωρείται ως απαραίτητο στοιχείο για τη διάγνωση.

Ο επιπολασμός του άσθματος στις ανεπτυγμένες χώρες είναι μεταξύ του 3 και 5%. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι 9 εκατομ. άτομα πάσχουν από άσθμα. Το άσθμα είναι το πιο συχνό αίτιο απουσιών από το σχολείο, μεταξύ των χρόνιων νόσων της παιδικής ηλικίας. Επιπλέον, ο επιπολασμός του άσθματος φαίνεται ότι αυξάνει. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ των ετών 1973-1986 ο αριθμός των ασθματικών αγοριών αυξήθηκε σε 138% και ο αριθμός των ασθματικών κοριτσιών κατά 378%.

Αιτιολογία

Το εξωγενές άσθμα - γνωστό σήμερα ως αλλεργικό άσθμα - υπολογίζεται ότι αφορά τις περισσότερες περιπτώσεις άσθματος. Το 90% περίπου των ασθματικών κάτω των 30 ετών είναι αλλεργικοί, ενώ λιγότερο από το 50% των ασθματικών ηλικίας άνω των 40 ετών είναι αλλεργικά άτομα.

Τα αερομεταφερόμενα αλλεργιογόνα είναι το πιο συχνό αίτιο του αλλεργικού άσθματος. Τα αερο-αλλεργιογόνα προέρχονται συνήθως από φυσικές οργανικές πηγές, όπως έντομα, ζώα, γύρεις, μύκητες και πιο σύνθετα μείγματα, όπως οικιακή σκόνη ή σκόνη αποθηκών. Τα ακάρεα της οικιακής σκόνης του γένους *Dermatophagoides* αναγνωρίζονται ως οι κύριοι εκλυτικοί παράγοντες του χρόνιου αλλεργικού άσθματος. Ποσοστό πάνω από 50% των ασθματικών είναι αλλεργικοί στα ακάρεα αυτά.

Στην Παπούα της Ν. Γουϊνέας, ο επιπολασμός του άσθματος αυξήθηκε κατά 70 φορές στους ενήλικες μετά την εισαγωγή και χρήση βαμβακερών κλινοσκεπασμάτων. Τα κλινοσκεπάσματα αυτά βρέθηκε ότι ευνοούν την ανάπτυξη τεράστιων αριθμών ακάρεων και ότι η σκόνη από το κρεβάτι περιέχει περισσότερα από 1300 ακάρεα/γραμμάριο. Το επιδημικό άσθμα μπορεί συνεπώς να συσχετισθεί άμεσα με τα ζώφια αυτά.

Η συσχέτιση της έκθεσης στα ακάρεα του άσθματος έχει επιπλέον αποδειχθεί από το γεγονός ότι, επίπεδα του μείζονος αλλεργιογόνου των ακάρεων που υπερβαίνουν τα 10 μg/γρμ. οικιακής σκόνης (= 200 ακάρεα/γρμ. σκόνης) συσχετίζονται με την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Αντίθετα, επίπεδα του ίδιου αλλεργιογόνου μικρότερα από 1 μg/γρμ. σκόνης θεωρούνται

ασφαλή. Επιπλέον, ασθματικοί που απομακρύνθηκαν από τα σπίτια τους και έζησαν για έξι εβδομάδες σε περιβάλλον ελεύθερο από ακάρεα, βελτίωσαν σημαντικά τα συμπτώματα και είχαν σημαντική αναστροφή της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας.

Τα ακάρεα της οικιακής σκόνης δεν είναι μόνο εκλυτικοί παράγοντες του άσθματος, αλλά ευθύνονται και για την ανάπτυξη της νόσου. Μεταξύ των παιδιών με ατοπικούς γονείς, το 78% από αυτά που εκτέθηκαν τον πρώτο χρόνο της ζωής τους σε υψηλά επίπεδα αλλεργιογόνων των ακάρεων ανέπτυξαν άσθμα, σε αντίθεση με παιδιά που εκτέθηκαν σε χαμηλά επίπεδα αλλεργιογόνων και δεν ανέπτυξε κανένα άσθμα.

Κλινική συμπτωματολογία

Η κλασική συμπτωματολογία του άσθματος οφείλεται στα διαλείποντα και αναστρέψιμα επεισόδια βρογχόσπασμου και εκδηλώνεται ως βήχας, συρίττουςα αναπνοή και βράχυνση της αναπνοής. Η συμμετοχή της αλλεργίας υποδηλώνεται από τα ακόλουθα:

- έναρξη συμπτωμάτων πριν την ηλικία των 40 ετών
- ατομικό ιστορικό εκζέματος
- συχνά επεισόδια μέσης ωτίτιδας και υποτροπές "ιογενούς βρογχιολίτιδας" στην παιδική ηλικία
- οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό ατοπικής νόσου.

Η κλινική έκφραση του Αλλεργικού Άσθματος μπορεί να συνοψιστεί ως εποχιακές ή και διαλείπουσες ασθματικές κρίσεις, που συχνά σχετίζονται με συμπτώματα από τον

επιπεφυκότητα και τη μύτη. Η διάγνωση είναι εύκολη στην περίπτωση που υπάρχει ξεκάθαρη συσχέτιση μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της έκθεσης στο υπεύθυνο αλλεργιογόνο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το άτομο στο οποίο εκδηλώνεται η ασθματική κρίση μετά την επαφή του με ζώο που δεν υπάρχει στο σπίτι του ή στο σύνηθες περιβάλλον του, όπως γάτα, σκύλο, ποντικός, άλογο. Στην περίπτωση αυτή είναι μάλλον βέβαιο ότι οι τρίχες ή τα επιθήλια του συγκεκριμένου ζώου είναι υπεύθυνα για το άσθμα του ατόμου.

Σ' άλλες περιπτώσεις η πηγή του αλλεργιογόνου μπορεί να μην είναι τόσο εμφανής και οι ασθματικές κρίσεις να μη σχετίζονται με την άμεση επαφή του ατόμου με την ενδεχόμενη εστία του αλλεργιογόνου. Για παράδειγμα η επαφή με τα επιθήλια του αλόγου μπορεί να γίνει είτε αμέσως είτε εμμέσως, λόγω ενδύσεως ή αλλιώς (κάθισμα αυτοκινήτου - κουβέρτες κ.λπ. τα οποία είχαν έρθει σε επαφή άμεσα με το ζώο. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι οι ασθματικοί αντιδρούν σε πολλούς μη-αλλεργικούς παράγοντες, όπως: καπνός τσιγάρου, έντονες οσμές, λοιμώξεις αναπνευστικού, μεταβολές καιρού, άσκηση και stress.

Η φυσική εξέταση είναι ουσιώδης στην εκτίμηση της σοβαρότητας του άσθματος. Ο πλήρης έλεγχος στον τελείως ασυμπτωματικό ασθενή θα είναι φυσιολογικός. Κατά τη διάρκεια της ασθματικής κρίσης ο ασθενής δυνατό να εμφανίζει ανησυχία, ορθόπνοια, ταχύπνοια, παράταση εκπνοής, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών, συχνό βήχα, ηχηρή συρίττουσα αναπνοή και σε μερικές περιπτώσεις κυάνωση (σοβαρή κατάσταση). Η εξέταση του θώρακα κατά τη διάρκεια της κρίσης θα δείξει σημεία υποαερισμού και συρίττουσας αναπνοής, ενώ στο ήπιο άσθμα τα

σημεία αυτά είναι εμφανή μόνο στη βίαιη εκπνοή. Μερικές φορές μόνο είναι απαραίτητη η ειδική βρογχική πρόκληση με το αλλεργιογόνο για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του άσθματος.

Εάν τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της άνοιξης, εύκολα συσχετίζονται με τη γύρη των αγρωστωδών. Άλλο παράδειγμα εύκολης διάγνωσης είναι το τυπικό επαγγελματικό άσθμα, στο οποίο οι κρίσεις συμβαίνουν στο χώρο της εργασίας, ενώ το άτομο είναι ελεύθερο συμπτωμάτων τις ημέρες αργίας.

Στο χρόνιο άσθμα το ιστορικό παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη διάγνωση. Όταν η ρινο-επιπεφυκίτιδα και το άσθμα εκδηλώνονται κυρίως σε ένα μέρος, π.χ. κρεβατοκάμαρα, την ίδια ώρα, π.χ. ύπνος, τότε η αλλεργία στα ακάρεα, κατσαρίδες, επιθήλια οικόσιτων ζώων, είναι πιθανή. Όσον αφορά την αλλεργία στα ακάρεα, ορισμένες σημαντικές ερωτήσεις μπορούν να τεθούν στον ασθενή.

Η αλλεργία στα οικόσιτα ζώα είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί κλινικά όταν το ζώο ζει με τον ασθενή. Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συσχετίσει τις κρίσεις με την παρουσία του ζώου. Π.χ. η αλλεργία στα επιθήλια γάτας εκδηλώνεται 6-12 μήνες από την είσοδο του ζώου στο σπίτι. Η κλινική αξιολόγηση της αλλεργίας στους μύκητες είναι ακόμη πιο δύσκολη.

Τέλος, το άσθμα που προκαλείται από φάρμακα, τροφές ή συντηρητικά τροφίμων, είναι εύκολο στη διάγνωση όταν συνυπάρχουν κνησμός, κνίδωση ή άλλα συμπτώματα.

Δερματικές δοκιμασίες - εργαστηριακά ευρήματα

Οι δερματικές δοκιμασίες είναι πάντα απαραίτητες για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της αλλεργίας. Οι δερματικές δοκι-

μασίες νυγμού είναι προτιμότερες από τις ενδοδερμικές δοκιμασίες, γιατί είναι πιο αξιόπιστες και λιγότερο επικίνδυνες. Για τις Δ.Δ.Ν. χρησιμοποιούνται μόνο προτυπωμένα εκχυλίσματα.

Ο συστηματικός έλεγχος με Δ.Δ.Ν. πρέπει να περιλαμβάνει:

- ακάρεα οικιακής σκόνης
- επιθήλια σκύλου και γάτας
- εκχυλίσματα από κατσαρίδες
- μείγμα μυκήτων
- γύρη αγρωστωδών
- γύρη δέντρων.

Άλλες εξετάσεις

- Γενική αίματος (προσδιορισμός τύπου λευκών).
- Τ.Κ.Ε.
- Ακτινογραφία θώρακος και παραρρινίων.

Και πιο ειδικές εξετάσεις, όπως:

- Προσδιορισμός ειδικών IgE αντισωμάτων όταν δεν επιβεβαιώνεται η διάγνωση με δερματικές δοκιμασίες.

Λειτουργικός έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας

- Η σπειρομέτρηση είναι απαραίτητη για να προσδιορισθεί ο βαθμός του βρογχόσπασμου.
- Η βρογχική πρόκληση με μεταχολίνη ή ισταμίνη δεν είναι πάντα απαραίτητη όταν οι ασθενείς εμφανίζουν τυπικά συμπτώματα κατά την εξέταση.

- Όταν συνυπάρχουν άσθμα και ρινίτιδα, τα αποτελέσματα της ρινικής και της βρογχικής πρόκλησης συσχετίζονται ισχυρά.

Θεραπεία

Η αποφυγή του αλλεργιογόνου είναι ο κύριος στόχος της αγωγής. Η αποτελεσματικότητα της αποφυγής έκθεσης στο αλλεργιογόνο έχει αποδειχθεί στις περιπτώσεις επαγγελματικού άσθματος και στο αλλεργικό άσθμα από ακάρεα οικιακής σκόνης.

Η τακτική χορήγηση μόνο β_2 -αγωνιστών σε μορφή εισπνοών δυνατό να οφείλεται για την αύξηση της σοβαρότητας του άσθματος. Τα φάρμακα αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των οξέων επεισοδίων. Η υπερδοσολογία πρέπει να αποφεύγεται.

Όλοι οι ασθενείς με μέτριο ή σοβαρό άσθμα πρέπει να λαμβάνουν συνεχή αγωγή με εισπνεόμενα αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως χρωμόλυνη, nedocromil ή κορτικοειδή. Συνίσταται η χρήση ειδικού αεροθαλάμου για τις εισπνοές. Οι ευεργετικές δράσεις της χρήσης θεοφυλλίνης, αντιχολινεργικών και αντιϊσταμινικών φαρμάκων είναι μικρότερης σημασίας από τα εισπνεόμενα κορτικοειδή. Τα φάρμακα αυτά είναι επίσης χρήσιμα για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της ρινοεπιπεφυκίτιδας που συνυπάρχει συχνά με το άσθμα.

Τέλος, η ειδική ανοσοθεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική και πρέπει να περιλαμβάνεται στη μακρόχρονη στρατηγική της θεραπείας του αλλεργικού άσθματος.

Πίνακας 1 Τα συμπαθητικομιμητικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του άσθματος

<i>Όνομασία</i>	<i>Δόση από το στόμα σε mgr</i>	<i>Νεφέλωμα σε εισπνοές mcg</i>	<i>Διάρκεια δράσεως σε ώρες</i>
Ephedrine	50	—	5-8
Isoprenaline	20	100	1-3
Isoetharine	50	—	
Orciprenaline	20	750	3-5
Terbutaline	2,5 ή 5	250	4-6
Salbutamol	8	100	4-6
Fenoterol	2,5	200	5-8
Rimiterol	—	200	1-3
Hexoprenaline	0,5	200	2-3
Reproterenol	20	500	3-5
Clenbuterol	0,02	—	>8
Procaterol	—	—	
Salmeterol	—	50	12

Πίνακας 2 Δόσεις των β₂ αδρενεργικών διεγερτών όταν δίδονται σε εισπνοές

Όνομασία	Μορφή	Ισχύς	Συνήθεις δόσεις
Salbutamol	νεφέλωμα	100 µg/puff	200 µg 3-4 φορές την ημέρα
	εισπνεόμενες κάψουλες	200, 400 µg/κάψουλα (rotacaps)	400 µg 3-4 φορές την ημέρα
	διάλυμα για νεφελοποίηση	5 mg/ml	2,5-5 mg (διαλυμένο σε διάλυμα 0,1-0,2%) 3-4 φορές την ημέρα
Terbutaline sulfate	νεφέλωμα	250 µg/puff	250-500 µg 3-4 φορές την ημέρα
	ή turbuhaler	0,5 mg/εισπνοή	
	ή διάλυμα για νεφελοποίηση	2,5 mg/ml και 10 mg/ml	2,5-10 mg σε διάλυμα, 3-4 φορές την ημέρα
Fenoterol hydrobromide	νεφέλωμα	200 µg/puff	200-400 µg 3-4 φορές την ημέρα
	διάλυμα για νεφελοποίηση	5 mg/ml	0,5-2,5 mg 4 φορές την ημέρα (ως διάλυμα 0,025-0,125%)
Orciprenaline sulfate	νεφέλωμα	750 µg/puff	750-1500 µg 4-6 φορές την ημέρα
Rimiterol hydrobromide	νεφέλωμα	200 µg/puff	200-600 µg επαναλαμβανόμενα ανά 30 min, αν απαιτείται μέχρι 8 εισπνοές ανά 24ωρο
	ή διάλυμα για νεφελοποίηση		12,5 mg σε διάλυμα 0,5%

Πίνακας 3: Δόσεις των β₂ αδρενεργικών διεγερτών όταν χορηγούνται από το στόμα σε δισκία

Όνομασία	Μορφή	Ισχύς	Συνήθεις δόσεις
Salbutamol	Δισκία	2 mg, 4 mg	2-4 mg 3-4 φορές την ημέρα
	Δισκία (βραδείας απελευθέρωσης)	8 mg	8 mg το βράδυ ή δύο φορές την ημέρα
Terbutaline sulfate	Δισκία	5 mg	5 mg 2-3 φορές την ημέρα
	Δισκία (βραδείας απελευθέρωσης)	7,5 mg	7,5 mg το βράδυ ή δύο φορές την ημέρα
Orciprenaline sulfate	Δισκία	20 mg	20 mg 4 φορές την ημέρα

Πίνακας 4 Δόσεις των β₂ αδρενεργικών διεγερτών όταν χορηγούνται παρεντερικά σε σοβαρή παρόξυνση άσθματος*

Όνομασία	Μορφή	Ισχύς	Συνήθεις δόσεις
Salbutamol	Ενέσεις	0,5 mg/ml και 50 µg/ml για ενδοφλέβια, ενδομυϊκή ή υποδόρια χορήγηση	500 µg (ή 8 µg/kg βάρους σώματος) ενδομυϊκά ή υποδόρια επαναλαμβανόμενη ανά 4 ώρες 250 µg (ή 4 µg/kg βάρους σώματος) ενδοφλέβια επαναλαμβανόμενη αν χρειασθεί 3-20 µg/min
Terbutaline sulfate	Ενέσεις	0,5 mg/ml	250-500 µg υποδόρια ή ενδομυϊκά ή βραδέως ενδοφλέβια επαναλαμβανόμενη μετά 6 ώρες αν χρειασθεί 1,5-5 µg/min ως συνεχής ενδοφλέβια έγχυση
Orsiprenaline sulfate	Ενέσεις	0,5 mg/ml	500 µg βαθέως ενδομυϊκά επαναλαμβανόμενη μετά 30 min αν χρειασθεί

*Από Clark I.J.H., Cochrane G.M., Crompton G.K.: Bronchodilator Therapy, p. 211, 1984.

...Ένα από τα δώρα του "ελεύθερου κόσμου" στους πολίτες του, είναι το άγχος, η ανασφάλεια, η ψυχική υπερένταση...

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Σήμερα το επαγγελματικό άσθμα (Ε.Α.) είναι μια συχνή επαγγελματική νόσος. Η διάγνωση δεν είναι πάντα εμφανής και βασίζεται σε διάφορες δοκιμασίες, οι οποίες επιτελούνται διαδοχικά: λήψη λεπτομερούς ιστορικού, ανοσολογικός έλεγχος, καταστροφή των τιμών μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEFR), τεκμηρίωση της μη-ειδικής βρογχικής υπεραπαντητικότητας και ειδικές βρογχικές προκλήσεις (ΕΒΠ). Οι μηχανισμοί είναι περίπλοκοι και παραμένουν άγνωστοι γενικά.

Εισαγωγή

Το Ε.Α. είναι σήμερα μια από τις πιο συχνές επαγγελματικές αναπνευστικές παθήσεις. Το Ε.Α. ορίζεται ως η αναστρέψιμη απόφραξη των αεραγωγών, η οποία συσχετίζεται με την έκθεση στον ευαισθητοποιούντα παράγοντα στο χώρο της εργασίας. Στις περισσότερες χώρες η διάγνωση του Ε.Α. αποτελεί ιατρο-νομικό πρόβλημα και η ειδική βρογχική πρόκληση με τους ευαισθητοποιούντες παράγοντες αποτελεί τη μέθοδο αναφοράς για διάγνωση. Η έκθεση σε μια ουσία που προκαλεί ευαισθητοποίηση μπορεί να προκαλέσει την εκδήλωση διάφορων προτύπων βρογχικής ασθματικής αντίδρασης: άμεσης, πρώιμης - όψιμης, όψιμης και διφασικής, καθώς και άτυπες αντιδράσεις.

Ορισμοί

1. **Επαγγελματικό άσθμα:** μπορεί να ορισθεί ως το άσθμα που σχετίζεται αιτιολογικά με την έκθεση σε ευαισθητοποιούντα παράγοντα στο χώρο εργασίας. Ο ορισμός αυτός αποκλείει τη βρογχική απόφραξη που προκαλείται από ερεθιστικές ουσίες, άσκηση ή κρύο αέρα στο χώρο της εργασίας.
2. **Ευαισθητοποιούντες παράγοντες** είναι πολυάριθμοι. Περισσότεροι από 200 έχουν αναφερθεί. Οι υπεύθυνες ουσίες συχνά υποδιαιρούνται σε δυο μεγάλες κατηγορίες: υψηλού ή χαμηλού μοριακού βάρους, όπως προτάθηκε από τους Chan - Yeung.

Διερεύνηση

1. Κλινική διερεύνηση

Αρχικά δίδεται στον ασθενή ένα ανοικτό ερωτηματολόγιο που αφορά την αναπνευστική λειτουργία και τις επαγγελματικές συνθήκες. Συμπτώματα όπως βήχας, δύσπνοια, συρίττουσα αναπνοή και σύσφιξη του θώρακα καταγράφονται και συσχετίζονται με τις συνθήκες στο χώρο εργασίας. Η επιδείνωση κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά το ωράριο εργασίας και η βελτίωση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου ή των διακοπών καταγράφονται επίσης. Πρέπει να προσδιορισθεί η φύση των ουσιών στο χώρο της εργασίας. Πρέπει επίσης να λαμβάνονται πληροφορίες που αφορούν τη διάρκεια της έκθεσης και την έναρξη των συμπτωμάτων.

2. Ανοσολογικός έλεγχος

- Με δερματικές δοκιμασίες νυγμού στα συνήθη αλλεργιογόνα επιτελούνται σ' όλους τους ασθενείς.
- Ο προσδιορισμός των ειδικών IgE και λιγότερο συχνά των ειδικών IgG αντισωμάτων μπορεί να γίνει στις περιπτώσεις που είναι πιθανός ένας ανοσολογικός μηχανισμός.

3. Λειτουργική διερεύνηση

- Η σπιρομέτρηση πρέπει να γίνεται πάντα χρησιμοποιώντας το σπιρόμετρο σύμφωνα με τα πρότυπα της American Thoracic Society.
- Η μη-ειδική βρογχική υπεραπαντητικότητα στην ισταμίνη ή στα παράγωγα της ακετυλοχολίνης μετράται με τη χρήση προτυπωμένων μεθόδων, ιδανικά κατά την ώρα της εργασίας και πέρα απ' αυτή.
- Ειδική Βρογχική Πρόκληση (Ε.Β.Π.) που επιτελείται στο ειδικό δωμάτιο προκλήσεων.

Διάγνωση

Η διάγνωση του Ε.Α. είναι μερικές φορές εύκολη, όταν το άτομο παραμένει στη δουλειά του, έχει κλινικό ιστορικό που υποδηλώνει Ε.Α., έχει αυξημένα επίπεδα ειδικών IgE αντισωμάτων και έχει ένα πρότυπο μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEFR) και της βρογχικής υπεραπαντητικότητας, το οποίο επιδεινώνεται τις ώρες εργασίας συγκριτικά με τις ημέρες ανάπαυσης και έχει επίσης θετική Ε.Β.Π.

Χειρισμός του προβλήματος

Όταν ο ιατρός υποψιάζεται Ε.Α., η διάγνωση πρέπει να επιβεβαιωθεί. Πράγματι, οι τιμές της PEFV και η μη ειδική βρογχική πρόκληση μπορούν να γίνουν σαν το πρώτο βήμα, αλλά δεν επαρκούν για την απομάκρυνση του ασθενούς από τον εργασιακό χώρο. Οι ειδικές βρογχικές προκλήσεις πρέπει να επιτελεσθούν.

Όταν επιβεβαιωθεί η διάγνωση, ο εργαζόμενος πρέπει να απομακρυνθεί από την εργασία του. Αυτό είναι δύσκολο και απαιτείται η συνεργασία εργαζόμενου, εργοδότη και ειδικού ιατρού. Ο εργοδότης πρέπει να μεταθέσει τον εργαζόμενο σε άλλο εργασιακό χώρο, στον οποίο το άτομο δεν θα εκτίθεται στην ευαισθητοποιούσα ουσία. Δυστυχώς αυτό δεν είναι πάντα δυνατό και η λήψη προληπτικών μέτρων (προστατευτική μάσκα, έλεγχος του επιπέδου έκθεσης) είναι συχνά αναποτελεσματικά και δυνατό να προκληθεί μόνιμη βλάβη. Έτσι ο ασθενής συχνά απομακρύνεται από την εργασία του και πρέπει να αναζητήσει άλλη δουλειά σε άλλο χώρο, συχνά με επιβάρυνση στο εισόδημά του ή στη θέση του. Η πρακτική δεν είναι η ίδια σε όλες τις χώρες.

Παρακολούθηση και πρόληψη

Οι μελέτες παρακολούθησης των ατόμων με Ε.Α. δείχνουν ότι περισσότερα από τα μισά άτομα δεν αποκαθίστανται μετά από την απομάκρυνσή τους από το χώρο έκθεσης (δυτικός, κόκκινος

κέδρος, ισοκυανιούχα, κολοφώνιο, διάφοροι παράγοντες). Στις περιπτώσεις αυτές, η μη-ειδική βρογχική υπεραπαντητικότητα παραμένει για μήνες και χρόνια μετά την απομάκρυνση από το χώρο εργασίας. Η παραμονή του άσθματος σχετίζεται με τη διάρκεια της έκθεσης μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Οι βελτιώσεις στο εργασιακό περιβάλλον έχουν κοινωνικο-οικονομικά επακόλουθα, αλλά η πρώιμη διάγνωση του Ε.Α. είναι απαραίτητη. Έτσι, η συνεργασία εργαζομένων, εργοδοτών και ιατρών εργασίας είναι αναγκαία για την κατάρτιση προγραμμάτων παρακολούθησης στις βιομηχανίες υψηλού κινδύνου.

Συμπεράσματα

Η συχνότητα και οι μηχανισμοί του Ε.Α. παραμένουν συχνά άγνωστα και απαιτούνται περισσότερα δεδομένα:

- Βελτίωση του προσδιορισμού της συχνότητας του Ε.Α. μέσω επαρκών αναφορών ιατρών.
- Περισσότερες μελέτες επιπολασμού στις υψηλού κινδύνου βιομηχανίες, καθώς και μελέτες προσδιορισμού της επίπτωσης, οι οποίες δεν υπάρχουν επί του παρόντος.
- Μελέτη του εργαστηριακού χώρου με ειδικούς καταγραφείς.
- Μελέτη των μηχανισμών του Ε.Α. που οφείλεται σε χαμηλού μοριακού βάρους ουσίες.
- Καλλίτερος ιατρο-νομικός χειρισμός με υιοθέτηση προγραμμάτων αποκατάστασης και πρόνοια για πρόληψη των μόνιμων βλαβών.

Παράγοντες που προκαλούν άσθμα σε διάφορα επαγγέλματα

Επάγγελμα

Εργαζόμενοι με πειραματόζωα
Κτηνίατροι
Παρασκευαστές τροφίμων

Κτηνογρόφοι

Πτηνοτρόφοι

Εργαζόμενοι σε σιταποθήκες

Ερευνητές

Εργάτες βιομηχ. απορρυπαντικών

Εργάτες μετάξης

Παράγοντας

- Πρωτεΐνες ούρων, αποφολιδώματα
- Πρωτεΐνες ούρων, αποφολιδώματα
- Όστρακα, πρωτεΐνες αυτών, παγκρεατικά ένζυμα, παπαΐνη, αμυλάση
- Ζωύφια αποθηκευτικών χώρων
- Ζωύφια, εκκρίματα, φτερά
- Ζωύφια, ασπέργγιλλος, αγριόχορτα, γρασίδι
- Ακρίδες
- Ένζυμα
- Μεταξοσκώληκες

Φυτικές πρωτεΐνες

Αρτοποιοί

Παρασκευαστές τροφίμων

Αγρότες

Φορτοεκφορτωτές

Φαρμ. βιομ. υπακτικών

Ξυλουργοί

Ηλεκτρολόγοι

Εργάτες κατεργ. βάμβακος

Νοσοκόμες

- Αλεύρι
- Σκόνη καφέ, τσάι, παπάνη
- Σκόνη σόγιας
- Σκόνη σίτου (Ζωύφια, σίτος)
- Ισραηλία
- Σκόνη ξύλων
- Κολοφώνιο
- Βαμβάκι
- Ψύλλιον

Ανόργανες χημικές ουσίες

Διυλιστήρια

Επιμεταλλωτές

Επεξεργασία διαμαντιών

Συγκολλητές μετάλλων

Εργάτες διυλιστηρίων

Συγκολλητές

- Άλατα πλατίνας
- Άλατα νικελίου
- Άλατα κοβαλτίου
- Άλατα χρωμίου
- Βανάδιο
- Ατμοί χάλυβα

Οργανικές χημικές ουσίες

Βιομηχανία

Εργαζόμενοι νοσοκομείων

Αναισθησιολόγοι

Πτηνοτρόφοι

Βαφείς γουναρικών

Εργάτες ελαστικών

Εργάτες πλαστικών

Βαφείς αυτοκινήτων

Εργάτες χυτηρίων

- Αντιβιοτικών, πιπεραζίνη, μεθυλντόπα, σαλβουταμόλη, σιμετιδίνη
- Αντισηπτικά
- Ενφλουράνιο
- αρσόνιο
- Παραφαινυλενδιαμίνη
- Φορμαλδεύδη, αιθυλεν-διαμίνη, φθαλικός ανυδρίτης
- Διμεθυλ-αιθανολαμίνη, Διισοκυανικό τολουένιο
- Ρητίνη φουρφουράλ-αλκοόλης

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΑΣΣΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΥΠΑΙΘΡΟ

Η αλλεργία προσβάλλει συνήθως τους αγρότες που υποφέρουν από διάφορες μορφές οξείας φλεγμονής δέρματος. Οι φλεγμονές αυτές συχνά είναι αποτέλεσμα μικροτραυματισμών. Να γιατί αυτός που αλείφει με ιώδιο μια ασήμαντη από πρώτη άποψη γρατζουνιά, κάνει στην πραγματικότητα το πρώτο βήμα στην πρόληψη της αλλεργίας.

Η απλή τοξική δερματίτιδα προσβάλλει κυρίως τους οδηγούς τρακτέρ και θεριζοαλωνιστικών μηχανών, τους κτηνοτρόφους, βαμβακοκαλλιεργητές, καπνοπαραγωγούς κ.ά., σαν συνέπεια κάποιου εξωτερικού ισχυρού ερεθιστή. Η πάθηση αυτή εμφανίζεται στα ακάλυπτα μέρη του σώματος. Πάνω στο δέρμα εμφανίζεται ερυθρότητα, πρήξιμο, φουσκάλες με διαυγές κιτρινωπό υγρό και ίσως πύον. Οι φουσκάλες σκάνε ή ξεραίνονται, σχηματίζεται εχάρα, ξεφλούδισμα και το δέρμα ξαναπαίρνει την κανονική του όψη.

Ο συνεχής όμως τραυματισμός του δέρματος προκαλεί το σχηματισμό άφθονης κερατίνωσης (ρόζους). Στο δέρμα των εργαζομένων της υπαίθρου μπορεί να επιδράσει αρνητικά η σκόνη φυτικής ή ζωικής ή και μικτής προέλευσης, που περιέχει μόρια σπόρων, άχυρο κ.λπ.

Συχνά δημιουργούνται δερματίτιδες που οφείλονται σε φυσικούς ερεθιστές: σε πολύ υψηλή ή χαμηλή θερμοκρασία (έγκαυμα - κρυοπάγημα), στις ηλιακές ακτίνες κ.λπ. Ιδιαίτερα σοβαρές είναι οι δερματίτιδες που οφείλονται σε υψηλές

θερμοκρασίες (δερματίτιδες II και III βαθμού· η τελευταία προκαλεί νέκρωση των επιφανειακών στρωμάτων του δέρματος).

Οι ηλιακές ακτίνες μπορούν να προκαλέσουν κάτω από ορισμένες συνθήκες αλλεργία σε άτομα που δεν συνήθισαν τον ήλιο. Το μέγεθος της επίδρασης των ηλιακών ακτίνων στον οργανισμό εξαρτάται από το χαρακτήρα της ακτινοβολίας, τη διάρκειά της, την έκταση της επιφάνειας που δέχτηκε την ακτινοβολία και την κατάσταση του ανθρώπου τη στιγμή της ακτινοβολίας. Γι' αυτό πολύ σωστά οι αγρότες το καλοκαίρι προσπαθούν να καλύψουν το πρόσωπό τους από τον ήλιο με καπέλα.

Αίτια αλλεργίας μπορούν να είναι επίσης και οι χημικές ουσίες που χρησιμοποιούν οι αγρότες (μυκητοκτόνα, εντομοκτόνα, ζιζανιοκτόνα, αποφυλλωτικά), τα νέα είδη λιπασμάτων.

Δερματικές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν τα αζωτούχα λιπάσματα, το καρβαμίδιο, η αμμωνία, το νιτρικό κάλιο κ.ά. Επίσης οι οργανικές ενώσεις που περιέχουν φώσφορο και χλώριο (DDT, φθαλικό οξύ κ.ά.). Επίσης ενώσεις που περιέχουν χαλκό (θειϊκός χαλκός), αρσενικό, οργανικές ενώσεις υδραργύρου, χλωροφαινόλες κ.ά.

Άλλα αίτια αλλεργικών παθήσεων μπορεί να είναι η ρύπανση του δέρματος με ζιζανιοκτόνα, τριαζίνη, νικοτίνη, φορμαλίνη.

Επίσης αίτια αλλεργικών παθήσεων είναι κάποια φυτά: καπνός (φύλλα - μίσχοι - χυμός), το πευκέδανο, το ηράκλειο (αγριοκολοκυθιά), τα πριμουλοειδή, οι κρίνοι, τα σπαράγγια, οι ντομάτες, η συκιά, ο λυκίσκος, χόρτα του λιβαδιού, το

γεράνι, η δάφνη, τα χρυσάνθεμα κ.ά. ή το ξύλο μερικών δέντρων.

Οι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, πτηνοτρόφοι προσβάλλονται από αλλεργικές παθήσεις επειδή το δέρμα των χεριών τους έρχεται σε επαφή με διάφορα φυτά και καρπούς σε συνθήκες χαμηλής θερμοκρασίας και υγρασίας, με το μαλλί των ζώων, με τα φτερά των πουλερικών, τραυματίζονται τα χέρια τους από εργαλεία, ζωοτροφές κ.λπ.

Σε μερικούς αγρότες η αλλεργία είναι αποτέλεσμα διεύδυσης στο δέρμα διάφορων μικροβίων και ιών (δερματικό έλκος, φυματίωση δέρματος κ.ά.). Συχνά οι επαγγελματικές παθήσεις του δέρματος προσβάλλουν τα άτομα που η δουλειά τους σχετίζεται με λαχανικά και τρόφιμα, στην επιφάνεια των οποίων υπάρχουν φορείς μυκητωδών παθήσεων. Το δέρμα επίσης προσβάλλεται από τις κάμπιες, τα τσιμπούρια, τα έντομα κ.ά.

Τα προληπτικά μέτρα στις δερματίτιδες από αγροτικές εργασίες είναι:

1. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση ανηλίκων σε εργασίες με χημικές και δηλητηριώδεις ουσίες, γιατί αυτή η ηλικία είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην αλλεργία.
2. Οι αγρότες που προορίζονται για εργασίες με φυτοφάρμακα να περνούν τακτικά από ιατρική εξέταση και να ασχολούνται μόνο κατόπιν αδείας ιατρού.
3. Οι αποθήκες φύλαξης γεωργικών φαρμάκων να είναι μακριά από το σπίτι και κλειδωμένες πάντα και ν' αερίζονται καλά.
4. Τα φυτοφάρμακα να μη βρίσκονται κοντά σε πόσιμο νερό ή τρόφιμα.

5. Το ράντισμα να γίνεται πολύ πρωί ή βράδυ και να μη φυσά. Αν φυσά θα πρέπει ο αγρότης να βρίσκεται σε τέτοια θέση ώστε ο άνεμος ν' απομακρύνει τα φάρμακα από το σώμα του.
6. Οι στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής επιβάλλουν σε όσους εργάζονται με χημικές και δηλητηριώδεις ουσίες να φορούν φόρμες, γάντια, μάσκες, γυαλιά.

Για να προληφθεί η δερματίτιδα των πελμάτων που είναι συνέπεια της τριβής από στενά και άβολα παπούτσια, είναι απαραίτητα τα άνετα παπούτσια και η καταπολέμηση του ιδρώματος των ποδιών με συχνό πλύσιμο.

Ακόμη πιο τέλεια θα πρέπει να είναι τα μέτρα για την πρόληψη δερματίτιδας από τις ηλιακές ακτίνες. Όσοι εργάζονται με πετρελαιοειδή, πίσσες, πρισσόχαρτα κ.λπ. στον ήλιο, μπορεί να προσβληθούν από οξείες φλεγμονές δέρματος, τις ηλιακές δερματίτιδες. Στους ανθρώπους αυτούς εντείνεται η ευαισθησία στο ηλιακό φως, που κάτω από συνηθισμένες συνθήκες δεν θα προκαλούσε βλάβη. Για την προστασία των ακάλυπτων μερών του σώματος συνιστώνται προστατευτικές κρέμες 2-3% κινίνη και 10% σαλόλη. Για όσους εργάζονται στην ύπαιθρο ισχύουν τα ίδια.

Μεγάλο ρόλο παίζει η ατομική υγιεινή - το ντους με ζεστό νερό και σαπούνι για το καθάρισμα του δέρματος από τις βλαβερές χημικές ουσίες. Επίσης συνίσταται η επάλειψη των χεριών πριν τη δουλειά με κρέμα σιλικόνης. Μετά τη δουλειά τα πλυμένα χέρια καλό είναι να αλείφονται με κρέμα που περιέχει βιταμίνη Α.

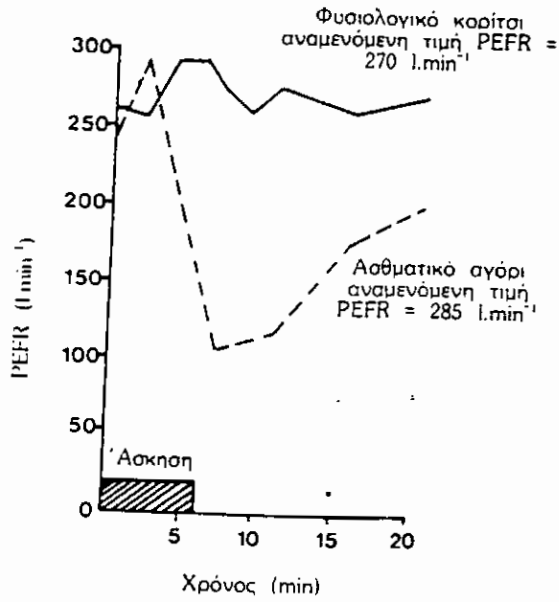
ΆΛΛΑ ΕΙΔΗ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

ΑΣΘΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΣΚΗΣΗ

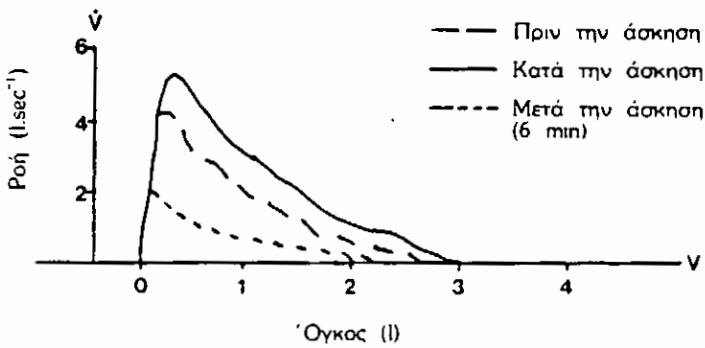
Έχει αποδειχθεί ότι το 85% των ασθματικών ατόμων (παιδιά και ενήλικες ιδιαίτερα) εκλύουν παροξυσμό μετά από σωματική άσκηση. Πάντως, περισσότερο επιτυχής θα ήταν ο όρος βρογχόσπασμος μετά από άσκηση και όχι άσθμα μετά από άσκηση.

Πρόσφατα πιστεύεται ότι η έκλυση αυτού του βρογχόσπασμου γίνεται είτε αντανακλαστικά μετά την είσοδο κρυού ή ξηρού αέρα στο τραχειοβρογχικό δένδρο, είτε από έκλυση βρογχοσυσπαστικών ουσιών, είτε και τα δυο. Το αξιοπερίεργο είναι ότι οι κινήσεις των άνω άκρων μπορεί να προκαλέσουν πιο εύκολα βρογχόσπασμο, παρά οι κινήσεις των κάτω άκρων. Επίσης η βρογχοσύσπασση είναι μεγαλύτερη κατά το τρέξιμο, παρά κατά την άσκηση με ποδήλατο και ακόμα μικρότερη με το κολύμπι, με την προϋπόθεση της ίδιας κατανάλωσης οξυγόνου και ότι είναι ίδιες οι συνθήκες θερμοκρασίας.

Ο λόγος της διαφορετικής αντίδρασης των αεραγωγών σε διαφορετικά είδη άσκησης μπορεί ίσως να αποδοθεί στο διαφορετικό βαθμό ύγρανσης του εισπνεόμενου αέρα, με αποτέλεσμα την απώλεια υγρασίας από την επιφάνεια των αεραγωγών. Μπορεί η κρίση να προληφθεί αν πριν την άσκηση δοθεί χρωμογλυκονικό νάτριο ή συμπαθητικομιμητικά φάρμακα ή παρασυμπαθητικολυτικά φάρμακα (χρωμογλυκίνη, νατριούχος κρομολίνη, κρομολίνη). Επίσης αιτία είναι και η αύξηση της θερμοκρασίας. Μετά την άσκηση αυξάνει η θερμοκρασία μέσα στους αεραγωγούς και ανάλογα με τη θερμοκρασία του εισπνεόμενου αέρα προκαλείται αγγειοδιαστολή. Αυτή η αγγειοδιαστολή των μικρών αγγείων των αεραγωγών προκαλεί οίδημα και πάχυνση του βλεννογόνου των βρόγχων.



Εικόνα 1 Οι μεταβολές της PEFR από την άσκηση σε ένα φυσιολογικό κορίτσι και ένα ασθματικό αγόρι του ίδιου σωματικού μεγέθους και των οποίων οι τιμές της PEFR αμέσως πριν την άσκηση ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Το ασθματικό άτομο ανέπτυξε τυπική εικόνα ασθματικής κρίσεως μετά από άσκηση (26).



Εικόνα 2. Καμπύλες ροής-όγκου σε έναν ασθματικό πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από 6 πρώτα λεπτά από τη δοκιμασία ασκήσεως σε κυλιόμενο τάπητα.

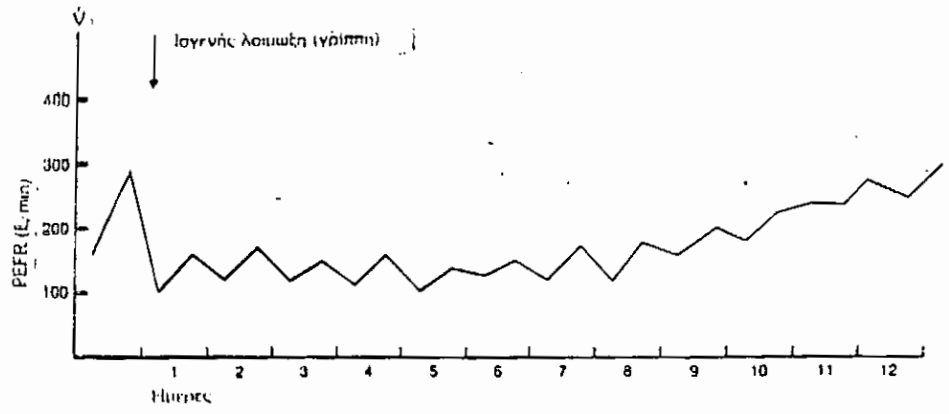
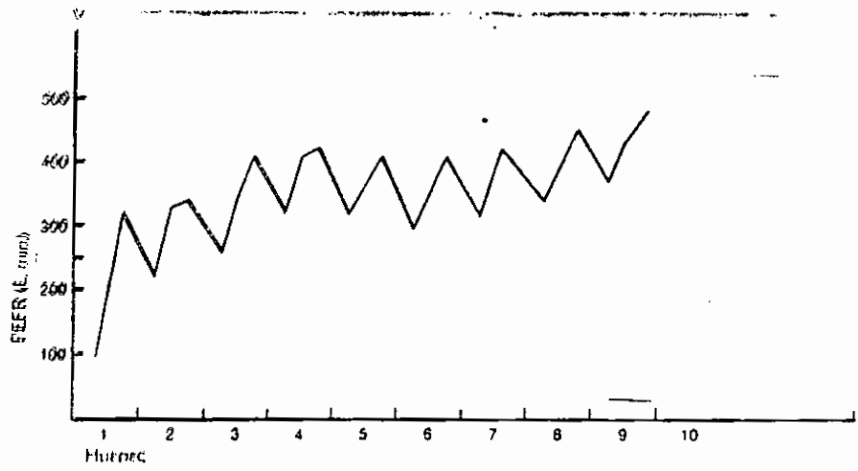
ΑΣΘΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ

Από τους ασθενείς με βρογχικό άσθμα, ποσοστό 2-10% αναφέρουν στο ιστορικό τους συμπτώματα άσθματος μετά από λήψη από του στόματος ασπιρίνης. Το ποσοστό πρέπει να είναι μεγαλύτερο αν γίνει έλεγχος σ' όλους τους ασθματικούς.

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων δεν έχει σχέση με τη δόση της ασπιρίνης και μερικά άτομα εμφανίζουν σοβαρή κρίση άσθματος και μετά από μικρή δόση. Το άσθμα αυτό στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ενδογενές. Οι άρρωστοι με το άσθμα μετά από λήψη ασπιρίνης συχνά, αλλά όχι πάντα, έχουν υπερπλαστική ρινίτιδα με ρινικούς πολύποδες και παραρρινοκολπίτιδες.

Στους περισσότερους ασθενείς το άσθμα είναι σοβαρό και χρόνια, με μεγαλύτερη συχνότητα στους ενήλικες απ' ό,τι στα παιδιά. Τα παιδιά έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν συνοδό ρινίτιδα. Οι ασθματικοί πρέπει να γνωρίζουν ότι δεν πρέπει να λαμβάνουν ασπιρίνη ή άλλα αντιφλεγμονώδη μη στεροειδή, όπως ινδομεθακίνη, ενώ μπορούν να λαμβάνουν παρακεταμόλη σαν αναλγητικό ή αντιπυρετικό. Βέβαια υπάρχουν και άρρωστοι με βρογχικό άσθμα που αναφέρουν βελτίωση των συμπτωμάτων μετά από λήψη ασπιρίνης.

Στα άτομα που παρουσιάζουν παροξυσμό άσθματος μετά από λήψη ασπιρίνης, εκτός της αποφυγής της, η λήψη χρωμογλυκίνης μπορεί να προλάβει σοβαρή κρίση άσθματος, εμποδίζοντας την έκλυση ισταμίνης μετά τη λήψη ασπιρίνης. Το βασικό για το άσθμα από ασπιρίνη είναι η αποφυγή της, αν και σε μερικές περιπτώσεις όπου η χορήγηση ασπιρίνης ήταν απόλυτα απαραίτητη, έγινε απευαισθητοποίηση με επιτυχία.



Εικόνα 3 - Διάγραμμα από τη μέτρηση και καταγραφή της PEFr δύο φορές την ημέρα (Α) σε ασθενή με παρόξυνση άσθματος χωρίς λοίμωξη και (Β) σε ασθενή με παρόξυνση άσθματος και ιογενή λοίμωξη (γρίπη).

Ο μηχανισμός που δρα η ασπιρίνη και προκαλεί παρόξυνση βρογχικού άσθματος δεν είναι γνωστός, αλλά θεωρείται ότι παρεμποδίζει την έκκριση των προσταγλανδινών και του αραχιδονικού οξέος (όπως PGE₂) που προκαλούν βρογχοδιαστολή δια της αναστολής της βράσης της κυκλοοξυγενάσης.

ΝΥΧΤΕΡΙΝΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Με τον όρο νυχτερινό βρογχικό άσθμα, που χρησιμοποιούν πολλοί συγγραφείς, δεν αναφέρονται σε κάποια ιδιαίτερη κατηγορία άσθματος, αλλά στο άσθμα που εμφανίζει επιδείνωση κατά τις νυχτερινές ώρες. Η επιδείνωση αυτή παρατηρείται στο 85% των ασθματικών, είτε το άσθμα είναι εξωγενές είτε ενδογενές.

Η επιδείνωση ή εμφάνιση των συμπτωμάτων του άσθματος σχετίζεται μάλλον με τον ύπνο του ασθενούς και όχι με τη χρονική περίοδο της νύχτας, όπως μπορεί να θεωρηθεί από τον τίτλο νυχτερινό άσθμα. Πάντως η σχέση του νυχτερινού άσθματος με τον ύπνο δεν είναι ακόμη ακριβώς γνωστή, επειδή δεν μπορεί να γίνει έλεγχος της πνευμονικής λειτουργίας χωρίς να διαταραχθεί ο ύπνος. Το ενδιαφέρον για το νυχτερινό άσθμα έγκεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι θάνατοι από άσθμα συμβαίνουν κατά τις πρώτες πρωινές ώρες. Το γεγονός αυτό επιβάλλει στο γιατρό να τροποποιεί τη θεραπεία του άσθματος, ώστε τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται να καλύπτουν σ' επαρκή δόση και διάρκεια αυτές τις ώρες που μπορεί ν' αποβούν μοιραίες για τη ζωή του ασθενούς αν αυτός υποθεραπεύεται.

Παθογενετικοί μηχανισμοί θεωρούνται: 1) η αύξηση του τόνου του παρασυμπαθητικού (υποθάλαμος), που παρατηρείται κατά τον ύπνο και προκαλεί στένωση των αεραγωγών οι οποίοι, λόγω του άσθματος, εμφανίζουν αυξημένη αντίδραση.

2) Η πτώση της συγκέντρωσης αδρεναλίνης στο πλάσμα αναστέλλει την απελευθέρωση ακετυλοχολίνης και διευκολύνεται έτσι η απελευθέρωση ισταμίνης από τα μαστοκύτταρα και προκαλείται βρογχόσπασμος.

3) Υπάρχει μια μικρή πειραματική απόδειξη ότι το νυχτερινό άσθμα προκαλείται από την αντίδραση στο άκαρι που βρίσκεται στα κλινοσκεπάσματα. Είναι δυνατό αυτή η έκθεση στο αλλεργιογόνο να έχει αυτό το αποτέλεσμα. Αν και η άποψη αυτή φαίνεται λογική, η παρουσία αλλεργιογόνων δεν αξιολογείται στις νυχτερινές κρίσεις άσθματος, γιατί οι ασθενείς τις συνεχίζουν και μετά την αλλαγή χώρου του ύπνου που κατά τεκμήριο δεν υπάρχουν αλλεργιογόνα.

4) Η αυξημένη βρογχική έκκριση και η μείωση της καθάρσεως των βρογχικών εκκρίσεων κατά τις νυχτερινές ώρες παίζει ρόλο στην παρόξυνση του άσθματος.

5) Η πτώση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος και του σώματος κατά τη νύχτα έχει αναφερθεί ως παράγοντας πρόκλησης παρόξυνσης του άσθματος κατά τη νύχτα, λόγω εισπνοής ψυχρού αέρα.

6) Επειδή η κατακεκλιμένη θέση κατά τον ύπνο διευκολύνει τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, θεωρείται πιθανή η συσχέτιση του νυκτερινού βρογχόσπασμου με τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Η χορήγηση βρογχοδιασταλτικών, όπως μεθυλξανθίνες και β_2 ανδρενεργικοί διεγέρτες, μπορεί να μεταβάλουν τον τόνο του κατώτερου σφιγκτήρα του οισοφάγου και να διευκολύνεται έτσι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

ΨΥΧΟΓΕΝΕΣ ΑΣΘΜΑ

Εκείνο το οποίο είναι αποδεδειγμένο είναι ότι οι ασθματικοί μπορεί, μετά από συγκινησιακό ερέθισμα, να εκδηλώσουν κρίση άσθματος. Επίσης ασθματικοί με νευρωσικές διαταραχές μπορεί να εκδηλώσουν τοπική ασθματική κρίση μόνο με τη θέα λουλουδιών, έστω και αν αυτά είναι ψεύτικα, αν τα νομίσουν για αληθινά, επειδή η γύρη των λουλουδιών τους προκαλεί συνήθως κρίση. Δεν είναι σωστή όμως η υπόθεση ότι ένα φυσιολογικό άτομο μπορεί με μια κρίση stress να παρουσιάσει ασθματικό παροξυσμό.

Προσβολές άσθματος εμφανίζουν οι ασθματικοί ασθενείς που είναι ευσυγκίνητοι, με χαμηλό βαθμό αυτοπεποίθησης και τάση αυτοκατηγορίας. Στα άτομα αυτά, μια μεγάλη ποικιλία διαταραχών, όπως άγχος, θυμός, φόβος, αίσθημα ενοχής, καταπίεση, λύπη, χαρά, προκαλούν παροξύνσεις άσθματος. Επειδή τα άτομα αυτά δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, εμφανίζουν εσωστρέφεια και έτσι δεν εκφράζουν ελεύθερα τα συναισθήματά τους, με αποτέλεσμα την επίταση του άγχους και την εμφάνιση ασθματικού παροξυσμού.

Για το μηχανισμό εκλύσεως της παροξύνσεως του άσθματος ενοχοποιείται ο υπεραερισμός που συνήθως ακολουθεί τις συναισθηματικές διαταραχές, προκαλώντας παρόμοια κατάσταση μ' εκείνη της άσκησης, αλλά και αντανάκλαστικά μέσω του παρασυμπαθητικού και των φλοιωδών κέντρων του εγκεφάλου, χωρίς να προηγηθεί υποεαερισμός. Ο βρογχόσπασμος αυτός αναστέλλεται με τη χορήγηση ατροπίνης.

Η άποψη ότι το άσθμα είναι "ψυχογενής νόσος" οδήγησε στο συμπέρασμα ότι, ελέγχοντας ψυχολογικά έναν ασθματικό, θα μπορούσε να ελεγχθεί το άσθμα του. Αυτή η άποψη οδήγησε ασθματικούς ασθενείς σε αυτοκατηγορία αλλά και υποθεραπεία όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του

άσθματος. Πάντως, σήμερα η άποψη αυτή για την ψυχολογική αιτία του άσθματος δεν υποστηρίζεται πλέον από τους γιατρούς αλλά μόνο από τους ασθενείς. Είναι πλέον εμφανές ότι ψυχολογικοί παράγοντες δεν μπορούν να προκαλέσουν άσθμα. Σ' έναν ασθενή όμως με προϋπάρχον άσθμα, οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι δυνατό να επιδεινώσουν το άσθμα. Οι κρίσεις του άσθματος δυνατό να φοβίσουν τόσο πολύ τον ασθενή ώστε να δυσκολευτεί να ξεχωρίσει το αίτιο από το αποτέλεσμα.

Υπάρχει σημαντικός αριθμός ψυχοπαθητικών ατόμων μεταξύ των ασθματικών. Οι ασθενείς αυτοί είναι δύσκολοι στο χειρισμό τους, διότι είναι απρόθυμοι να συνεργαστούν με το γιατρό και να εφαρμόσουν τις οδηγίες του. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να έχουν ανάγκη και από ψυχιατρική βοήθεια προκειμένου ν' αντιμετωπισθεί σωστά και αποτελεσματικότερα η νόσος.

Στα ασθματικά παιδιά η ψυχοπαθολογία των γονέων μπορεί να είναι πιο σημαντικό πρόβλημα απ' αυτή των παιδιών. Μερικοί γονείς "χρειάζονται να έχουν τα παιδιά τους άρρωστα". Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν βελτίωση του παιδικού άσθματος όταν το παιδί γίνεται εσωτερικό σε σχολείο και απομακρύνεται έτσι από το περιβάλλον και την υπερπροστασία ή την ψυχολογική καταπόνηση.

Επίσης αναφέρεται ότι η ύπνωση είναι δυνατό να μεταβάλει την ευαισθησία του δέρματος σ' αυτά τα άτομα, παρά την ανίχνευση αντισωμάτων στον ορό του αίματος με την αντίδραση Prausnitz-Kustner.

Σπάνια οι ασθματικοί ασθενείς κάτω από έντονη συναισθηματική ένταση μπορεί να εμφανίσουν εκούσιες προσβολές εκπνευστικού συριγμού, συμπιέζοντας το θώρακα με ενεργητικές έντονες συσπάσεις των θωρακικών και κοιλιακών μυών.

ΑΝΟΣΟΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

ΠΝΕΥΜΟΝΙΤΙΔΕΣ ΥΠΕΡΒΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

Οι παθήσεις αυτές ονομάζονται επίσης και αλλεργικές εξωγενείς κυψελίτιδες και ανήκουν στην ομάδα των πνευμονιών κοκκιωματωδών νόσων. Οι Π.Υ. σχετίζονται με μαζική και συχνά παρατεταμένη έκθεση σε οργανικής προέλευσης αντιγόνα, τα οποία ευρίσκονται στο οικιακό ή επαγγελματικό περιβάλλον.

Σε αντίθεση με το άσθμα, τα αντιγόνα προκαλούν βλάβη στο διάμεσο πνευμονικό ιστό, στις κυψελίδες και σε μικρή αναλογία στους βρόγχους και στα βρογχιόλια. Τα υπεύθυνα αντιγόνα είναι εξαιρετικά πολύπλοκα. Οι πιο συχνά σχετιζόμενοι μικροοργανισμοί είναι οι θερμόφιλοι ακτινομύκητες, οι οποίοι απαντώνται στα μουχλιασμένα ξηρά χόρτα, στα λιπάσματα, στη σκόνη των αποθηκών των σιτηρών και στα σιστήματα κλιματισμού. Η εισπνοή χημικών ουσιών (π.χ. ισοκυανιούχα, που χρησιμοποιούνται σε βερνίκια, βαφές και πλαστικά) αποτελούν μια πλέον αντιγονική πηγή, η οποία συχνά παρατηρείται στις ανεπτυγμένες χώρες. (Πίνακας1).

Κλινικά σημεία

Μετά από 6-8 ώρες από την επαφή με το αντιγόνο εκδηλώνονται τα γενικά συμπτώματα: κακουχία, πυρετός, αρθραλγίες. Και συμπτώματα από το αναπνευστικό: βήχας, δύσπνοια και περιστασιακά συριγμός κατά την ακρόαση.

Όλα τα συστηματικά και αναπνευστικά συμπτώματα εξαφανίζονται μέσα σε 24-36 ώρες και επανεμφανίζονται μετά από νέα έκθεση στο αντιγόνο.

Διάγνωση

Ορισμένα στοιχεία οδηγούν στη διάγνωση της Π.Υ.:

- 1) Η παρουσία αντισωμάτων (ιζηματικών) έναντι του παθογόνου αιτίου επιβεβαιώνει την έκθεση, αλλά όχι και τη νόσο. Οι ιζηματίνες απαντώνται στο 10% των περιπτώσεων με αληθή Π.Υ.
- 2) Το βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα αποδεικνύει λεμφοκυτταρική κυψελιδίτιδα, αλλά ενδοκυψελιδική λεμφοκυττάρωση υπάρχει επίσης και σε ορισμένα εκτεθέντα, αλλά ασυμπτωματικά άτομα.
- 3) Βλαστική μεταμόρφωση των λεμφοκυττάρων του περιφερικού άσθματος.
- 4) Και κυρίως η δοκιμασία πρόκλησης με ελεγχόμενη εισπνοή του αντιγόνου στο εργαστήριο. Η δοκιμασία αυτή δεν στερείται κινδύνων, ειδικά όταν χρησιμοποιούνται ισχυρά αντιγόνα, όπως μουχλιασμένα ξηρά χόρτα. Τέτοιες δοκιμασίες φυλάσσονται μόνο για τις δύσκολες διαγνώσεις, ιδιαίτερα των επαγγελματικών παθήσεων. Η βιοψία του πνεύμονα (βρογχοσκοπικά) χρησιμοποιείται μόνο στην περίπτωση αποτυχίας όλων των άλλων τεχνικών.

ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΣΠΕΡΓΙΛΩΣΗ

Η νόσος αποτελεί συνδυασμό προϋπάρχουσας και συχνά σοβαρού άσθματος ακτινολογικών ανωμαλιών, άμεσης δερματικής ευαισθησίας στον ασπέργιλο, αυξημένης IgE, ηωσινοφιλίας κατά τη διάρκεια οξέων επεισοδίων. Οι ακτινολογικές ανωμαλίες συνίστανται σε παροδικές πνευμονικές διηθήσεις και μερικές φορές σε βρογχοκήλες και σπάνια σε ατελεκτασία οφειλόμενη σε απόφραξη από μυκήλιο.

Πορεία και θεραπεία

Η πρόγνωση της Α.Β.Π.Α. είναι σοβαρή αλλά δύσκολο να προβλεφθεί. Η νόσος είναι δυνατό να εμφανισθεί νωρίς κατά την παιδική ηλικία και να παραμείνει σε ύφεση για μεγάλο διάστημα και κατόπιν να οδηγήσει σε εκτεταμένη και μη αναστρέψιμη ίνωση. Έχουν προσδιορισθεί πέντε στάδια:

- 1) Οξεία φάση
- 2) Αποδρομή
- 3) Έξαρση
- 4) Κορτικοεξαρτώμενο άσθμα
- 5) Μη αναστρέψιμη πνευμονική ίωση

Η θεραπεία βασίζεται στη χορήγηση κορτικοειδών, τα οποία χρησιμοποιούνται αρχικά σε διακεκομμένη χορήγηση και επαναλαμβάνονται κατά τη διάρκεια των οξέων επεισοδίων και όταν εγκατασταθεί χρόνιο άσθμα απαιτείται συνεχής χορήγηση.

Η συστηματική αγωγή με αντιμυκητιασικά φάρμακα είναι χωρίς χρησιμότητα.

Πίνακας 1. Πνευμονίτιδες υπερευαισθησίας.

Όνομα	Μορφή έκθεσης	Υπεύθυνο αντιγόνο
«Πνεύμων αγρότου» (Farmer's lung) «Πνεύμων εργάτου μανιταριών» (mushroom - worker's lung) Βαγάσωση	Σωροί χόρτων που υπάρχουν μύκητες Λιπάσματα Υπολειμματα σακχαροκαλάμου	Θερμόφιλοι ακτινομύκητες Micropolyspera faeni Thermopolyspora vulgaris
Multster's lung Woodworker's lung Suberosis Cheese-washer's lung Πνευμονίτιδα υπερευαισθησίας του καλοκαιριου (Ιαπωνία)	Ζυθοποιία Σκόνη ξύλων Σκόνη φελλών Ωρίμανση του τυριού Ενδοοικιακό περιβάλλον	Μύκητες Aspergillus Alternaria Penicillium frequentans Penicillium casei Trichosporon cutaneum
«Πνεύμων εκτροφέων πτηνών» (Bird - breeder's lung)	Απεκκρίματα πτηνών	Ζώϊκες πρωτείνες Πρωτείνες πτηνών
Νόσος από τις συσκευές εφύγρανσης (Humidifier disease)	Επιμόλυνση των δεξαμενών των συσκευών εφύγρανσης	Ακτινομύκητες Αμοιβάδες κ.λπ. (Ενδοτοξίνες;)
Πλαστικά, βερνίκια, Στοιμηχανία χρωματων κ.λπ.		Χημικοί παράγοντες Δισκουανιούχο τολουένιο Φθαλλικός ανυδρίτης Τριμελλιτικός ανυδρίτης κ.λπ.

ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΕΣ

Το σύνδρομο Churg-Stauss είναι η πιο χαρακτηριστική έκφραση της διαταραχής αυτής. Το σύνδρομο συνδυάζει σοβαρό άσθμα, πνευμονική διήθηση, περιφερική νευροπάθεια, εξαιρετικώς πολύμορφες δερματικές βλάβες και καρδιακές διαταραχές (οφειλόμενες σε βλάβες των στεφανιαίων), καθώς και συχνές γαστρεντερικές διαταραχές με τη μορφή ανεξήγητου κοιλιακού πόνου.

Εμφανίζονται πάντα ηωσινοφιλία και μετρίως αυξημένη IgE, αλλά η διάγνωση τίθεται με βιοψία (δέρματος, υός, νεύρου, ήπατος κ.λπ.), η οποία δεικνύει νεκρωτική αγγειΐτιδα συνδυαζόμενη με περιαγγειακή ηωσινοφιλική φλεγμονώδη αντίδραση και σχηματισμό εξωαγγειακών κοκκιωμάτων.

Η εικόνα της οζώδους πολυαρτηριΐτιδας είναι συχνά παρόμοια με αυτή του συνδρόμου Churg-Stauss, αλλά η πνευμονική συνδρομή είναι συχνά δευτερεύουσα. Πολλοί επιστήμονες αρνούνται τη διάκριση μεταξύ των δυο νόσων και πιστεύουν ότι είναι επικαλυπτόμενες εικόνες μιας νοσολογικής οντότητας.

Η αλλεργική αγγειΐτις διαφέρει από το παραπάνω σύνδρομο. Αποτελεί σοβαρή κατάσταση και συχνά πυροδοτείται από φαρμακευτική αγωγή και αποδράμει αυτόματα στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Πίνακας 2. Πορεία και εφαρμογή θεραπείας σύμφωνα με το στάδιο της ΑΒΓΑ.

ΣΤΑΔΙΟ	α/α ΘΩΡΑΚΟΣ*	ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑ	ΟΛΙΚΗ IgE	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ
I (οξύ επεισόδιο)	Διήθηση	Αυξημένη	+++	0.5 mg/kg/ημέρα (διαλείπουσα)
II (ύφεση)	0	0	+	0
III (έξαρση)	Διηθήσεις	Αυξημένη	+++	Ναι (διαλείπουσα)
IV (Κορτικο- εξαρτωμένο ασθμα)	Μεταβλητή	Μεταβλητή	++	Ναι (Συνεχής)
V (Ύληωση)	Διάμεση Ύληωση	0	+	?

* πιθανός συνδυασμός με κεντρική βρογχεκτασία, σε όλα τα στάδια.

Πίνακας 3. Ταξινόμηση των Ηωσινοφιλικών Συνδρόμων του Πνεύμονος (ΗΣΠ)
(Fraser και Paré).

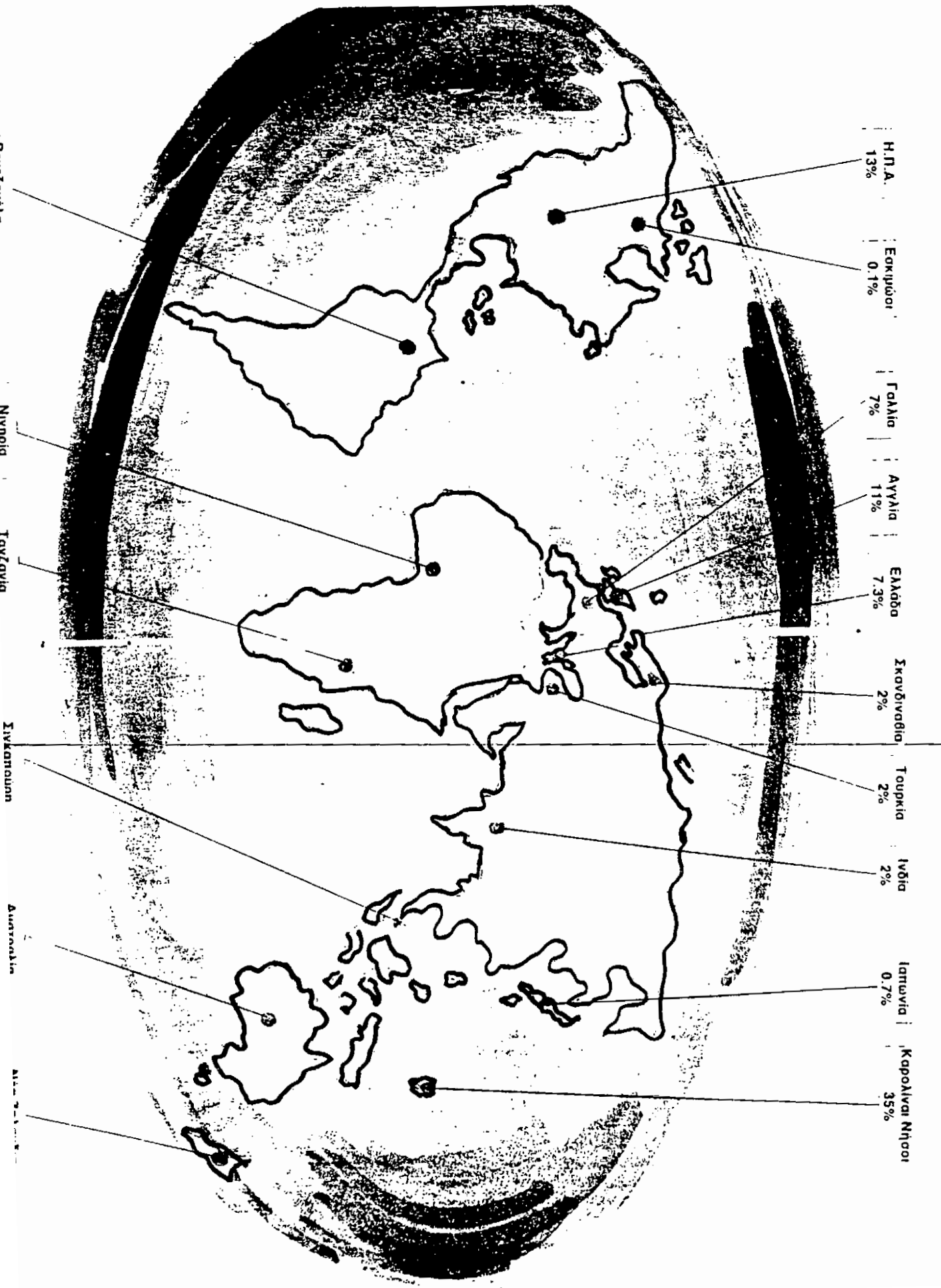
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΟΝΟΜΑΣΙΑ
ΗΣΠ γνωστής αιτιολογίας	Παράσιτα	Σύνδρομο Löffler Τροπική ηωσινοφιλία Γραμμοειδή, ή δερμα- τική μυϊάσις (larva migrans)
	Μύκητες	ΑΒΠΑ
	Ιατρογενή	Ποικίλης αιτιολογίας
ΗΣΠ και αγγειίτις	Συστηματική νεκρωτική αρτηρίτις	Σύνδρομο Churg-Strauss Αγγειίτις του Zeek Οζώδης περιαρτηρίτις (PAN);
Ιδιοπαθής ΗΣΠ	Παροδική πνευμονική ηωσινοφιλία	Σύνδρομο Löffler
	Παρατεταμένη πνευμονική ηωσινοφιλία	Ρευματοειδής αρθρίτις Νόσος του Carrington Υπερηωσινοφιλία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

**...Το παιδί θ' ανατρέφεται με πνεύμα
κατανοήσεως, ανοχής, φιλίας μεταξύ των λαών,
ειρήνης και παγκόσμιας αδελφοσύνης...**

(Διακήρυξη δικαιωμάτων του παιδιού)

Συχνότητα του παιδικού βρογχικού άσθματος σε διάφορες Χώρες



ΑΛΛΕΡΓΙΚΟ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί αύξηση του επιπολασμού του βρογχικού άσθματος, καθώς και αύξηση του αριθμού των θανάτων από άσθμα στα παιδιά και τους εφήβους. Τα παραπάνω δεν ερμηνεύονται μόνο από την καλύτερη διάγνωση της νόσου ή από γενετικές μεταβολές στον πληθυσμό. Πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι ευθύνεται το διαρκώς επιθετικότερο περιβάλλον στο οποίο ζούμε που αυξάνει την έκθεση του ατόμου σε αλλεργιογόνα και ερεθιστικούς παράγοντες.

Παρά την αυξημένη γνώση, όσον αφορά την παθοφυσιολογία και τη σωστή θεραπεία, το βρογχικό άσθμα στα παιδιά εξακολουθεί και σήμερα να υποδιαγιγνώσκεται και να θεραπεύεται πλημμελώς. Αυτό επιτάσσει την εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης, όχι μόνο στους ασχολούμενους με την υγεία, αλλά επίσης στα παιδιά με άσθμα και στους γονείς τους. Οι γενικοί γιατροί κατέχουν θέση-κλειδί στη μάχη κατά του άσθματος.

Ορισμός και επιπολασμός

Το άσθμα είναι μια από τις καλούμενες "ατοπικές παθήσεις" και η οποία έχει ισχυρή γενετική βάση. Η γενετική προδιάθεση (σε ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά) δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Το άσθμα ορίζεται κλινικό, ως υποτροπιάζοντα επεισόδια (≥ 3) βρογχικής απόφραξης, η οποία

εκλύεται μετά την έκθεση του ατόμου σε αλλεργιογόνα ή άλλα εκλυτικά αίτια (συμπεριλαμβανομένων των ιογενών λοιμώξεων) και ο βρογχόσπασμος ανατάσσεται μερικά ή ολικά με βρογχοδιασταλτικά ή κορτικοειδή.

Ο βήχας (ξηρός ή παραγωγικός) και η συρίττουσα αναπνοή είναι τυπικά συμπτώματα, αν και δεν είναι αποκλειστικά του άσθματος. Ιστοπαθολογοανατομικά, υπάρχει ηωσινοφιλική βρογχίτις και πάχυνση της βασικής μεμβράνης του βλεννογόνου, όχι μόνο στις σοβαρές μορφές άσθματος, αλλά ακόμη και στις περιπτώσεις με ήπιο ή περιστασιακό άσθμα, ακόμη και σε ασυμπτωματικές περιόδους. Η φλεγμονή συμβάλλει στη δημιουργία βρογχικής υπεραπαντητικότητας, η οποία αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της καθημερινής συμπτωματολογίας του άσθματος.

Κύρια διαφορική διάγνωση του άσθματος για τη βρεφική ηλικία αποτελεί η "βρογχίτιδα με συρίττουσα αναπνοή", η οποία εμφανίζεται σε περισσότερο από 20% των βρεφών και περίπου 10% των παιδιών έχουν ιστορικό δύο ή πλέον επεισοδίων βρογχίτιδας με συρίττουσα αναπνοή. Φυσιολογικά, τα πρώτα επεισόδια βρογχίτιδας με συρίττουσα αναπνοή εμφανίζονται τους πρώτους 15 μήνες της ζωής. Τα περισσότερα από τα παιδιά που εμφανίζουν συρίττουσα αναπνοή κατά τη διάρκεια των ιογενών λοιμώξεων, χάνουν την τάση αυτή σε λίγα χρόνια. Στην πράξη, λιγότερο από το 25% των παιδιών αυτών χαρακτηρίζονται ως ασθματικά κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας. Αντίθετα, τα παιδιά που εμφανίζουν συρίττουσα αναπνοή μετά την έκθεσή τους σε αλλεργιογόνο ή εμφανίζουν το πρώτο επεισόδιο βρογχίτιδας με συρίττουσα αναπνοή μετά την ηλικία των 2 χρόνων, συνήθως διαγιγνώσκονται ως ασθματικά άτομα αργότερα.

Οδηγίες για τη διάγνωση του άσθματος έχουν δοθεί από τη Σουηδική Εταιρεία Αλλεργιολόγων για τις Αλλεργικές Παιδιατρικές Παθήσεις (Πιν. 1) και στοχεύουν στην αποτελεσματικότερη λήψη θεραπευτικών και προφυλακτικών μέτρων.

Το βρογχικό άσθμα, όπως ορίστηκε, εμφανίζεται στο 4-12% των παιδιών ηλικίας 6 ή πλέον χρόνων. Υψηλότερες τιμές επιπολασμού έχουν αναφερθεί σε ορισμένες περιοχές. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων έχουν ηπιο ή μετρίως σοβαρό άσθμα και στο περισσότερο από το 80% των περιπτώσεων συνυπάρχουν εκδηλώσεις και άλλης ατοπικής νόσου, όπως αλλεργικής ρινίτιδας και ατοπικής δερματίτιδας.

Συχνότητα του παιδικού άσθματος

Υπάρχει μεγάλη διακύμανση της συχνότητας του άσθματος, όχι μόνο από χώρα σε χώρα αλλά και μεταξύ διαμερισμάτων της ίδιας χώρας. Η μεγάλη διακύμανση οφείλεται και στο ότι δεν χρησιμοποιούνται από όλους τους γιατρούς τα ίδια κριτήρια για τον ορισμό του άσθματος, αλλά και σε παράγοντες που πραγματικά μπορούν να επηρεάσουν τη συχνότητα της νόσου. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω ιδιαιτερότητες, έχουν αναφερθεί οι παρακάτω συχνότητες σε διάφορες χώρες:

Αυστραλία	5 - 19%
Σκανδιναυία	0,7 - 4,2%
Μ. Βρετανία	3 - 12%
Νήσοι Δ. Καρολίνας	45 - 47%

Νέα Γουϊνέα	0,3%
Η.Π.Α.	13%
Εσκιμώοι	0,1%
Γαλλία	7%
Ελλαδα	7,3%
Τουρκία	2%
Ινδία	2%
Ιαπωνία	0,7%
Βενεζουέλα	7%
Νιγηρία	1%
Τανζανία	8%
Σιγκαπούρη	5%
Ν. Ζηλανδία	8%

Όπως βλέπουμε, το άσθμα είναι συχνότερο στο δυτικό κόσμο απ' ό,τι στον τρίτο, καθώς επίσης πιο συχνό σε αστικοβιομηχανικές περιοχές απ' ό,τι σε αγροτικές. Επίσης αδρά το άσθμα είναι περίπου πιο συχνό στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια.

Φυσική πορεία και πρόγνωση

Σε πολλά παιδιά το άσθμα αρχίζει με βρογχίτιδα με συρίττουσα αναπνοή κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας. Η ατοπική δερματίτις δυνατό να προηγείται ή όχι από την εκδήλωση του άσθματος. Περίπου το 50% των παιδιών με ατοπικό έκζεμα εκδηλώνουν προοδευτικά άσθμα ή αλλεργική ρινίτιδα.

Το άσθμα στα νήπια δυνατό να αρχίζει με βήχα σε συνδυασμό με το παιχνίδι ή το κλάμα ή κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ο παρατεινόμενος βήχας πέραν των 14 ημερών μετά από ένα κοινό κρυολόγημα, θεωρείται ένδειξη ύπαρξης βρογχικής υπεραντιδραστικότητας.

Στα περισσότερα ασθματικά παιδιά αρχίζουν συμπτώματα πριν την ηλικία των 4 χρόνων και στο 80% των παιδιών το άσθμα αρχίζει πριν την ηλικία των 5-7 ετών. Στα αγόρια το άσθμα αρχίζει νωρίτερα απ' ό,τι στα κορίτσια.

Σε μερικά παιδιά η σωστή διάγνωση καθυστερεί να τεθεί, επειδή θεραπεύονται ως πάσχοντα από βρογχίτιδα ή πνευμονία για πολλά χρόνια πριν γίνει αντιληπτό ότι πάσχουν από άσθμα. Πρέπει επίσης να σκεπτόμαστε το άσθμα αν παρατηρούμε αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα ενός παιδιού, π.χ. ενώ συμμετείχε ενεργά σε ποδοσφαιρικό παιχνίδι παλαιότερα, τώρα απλώς παρακολουθεί.

Γενικά η πρόγνωση είναι καλή στα παιδιά που εμφανίζουν συρίττουσα αναπνοή κατά τη διάρκεια λίγων μόνο αναπνευστικών λοιμώξεων. Η πρόγνωση είναι χειρότερη αν τα επεισόδια είναι σοβαρά ή αν υπάρχει συρίττουσα αναπνοή ή βήχας μεταξύ των λοιμώξεων ή αν υπάρχουν άλλες εκδηλώσεις ατοπικής νόσου. Η πρόγνωση είναι επίσης πτωχότερη αν αναπτυχθεί ανωμαλία του θωρακικού τοιχώματος, γεγονός που υποσημαίνει την ανάγκη έντονης αγωγής.

Σ' όλες τις περιπτώσεις απαιτείται η λήψη προληπτικών μέτρων αποφυγής της έκθεσης στα αντίστοιχα αλλεργιογόνα ή στους ερεθιστικούς παράγοντες. Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου, στα κατοικίδια ζώα, στα ακάρεα, είναι ιδιαίτερης

Η διάγνωση θα πρέπει να είναι άσθμα σε κάθε παιδί που είχε:

- 3 ή περισσότερα επεισόδια βρογχικής απόφραξης (ανεξαρτήτως του εκλυτικού παράγοντα), εάν δεν υπάρχει άλλη ερμηνεία από άσθμα.
- Συμπτωματολογία και σημειολογία βρογχικής απόφραξης στην έκθεση σε αλλεργιογόνο, ήδη από το πρώτο επεισόδιο.
- Το πρώτο επεισόδιο βρογχίτιδας με συριττούσα αναπνοή ήταν στην ηλικία των 2 ή πλέον ετών.

Προτείνεται επίσης να θεωρείται η διάγνωση ως άσθμα στην περίπτωση βρογχίτιδος με συριττούσα αναπνοή σε ένα παιδί με τεκμηριωμένη ατοπική δερματίτιδα ή με άμεσο οικογενειακό ιστορικό βρογχικού άσθματος.

Πίνακας 1: Οδηγίες για διάγνωση του άσθματος από την Σουηδική εταιρεία αλλεργιολόγων για παιδιατρικές παθήσεις.

Πίνακας 2. Τα στάδια της αποφρακτικής βρογχίτιδος/άσθματος σε παιδιά ηλικίας 1-3 ετών. Κατόπιν αδείας από: Wennergren - Engstrom - Bjure (Acta Paediatr Scand 75: 465-9, 1986) by the Board of Swedish Allergists 1989.

Στάδιο..	Δραστηριότητα	Συνοπτικές αναπνοών	Εισόληκη	Χρόσηψη/Κυανωση	Συριττούσα αναπνοή	Αναπνοή / Τι πρέπει να γίνει
0	Φυσιολογική	20-30	ΟΧΙ	ΟΧΙ	—	Φυσιολογική
1	Φυσιολογική	25-30	ΟΧΙ	ΟΧΙ	-	Πιο έντονη συριττούσα αναπνοή κατά την άσκηση.
2	Με παύσεις	30-40	ΟΧΙ	ΟΧΙ	-	Παύση εκπνοής.
3	Μπορεί να παύσει μόνο	40-50	-	ΟΧΙ	--	Βίαιη εκπνοή. Αυξημένος ογκος θώρακος. Οξυνοση.
4	Επηρεασμένη -αι κατά την αναπνοή	>50	--	ΟΧΙ	---	Επηρεασμένα αέρια αίματος. Χορήγηση οξυγόνου
5	Επηρεασμένη εξανταγμένο αναπνοή. Μπορεί μόνο να ανασταίνει	>50	---	-	---	Σοβαρή επίθεση. Κυμαινόμενη αναπνοή. Ανάλυση αερίων αίματος.
6	Ο μέγιστος επηρεασμός επείγον κρούσιμόν	ποικίλλει	---	--	-	Ανεπαρκής αναπνοή «Σιωπηλός θώρακος» Απαιτείται αναπνευστήρας

σημασίας για την έναρξη του άσθματος στα γενετικώς προδιατεθειμένα άτομα. Ο περιορισμός των παραγόντων αυτών είναι ζωτικής σημασίας για την απώτερη πρόγνωση.

Περίπου το 50% των ασθενών είναι σχεδόν ασυμπτωματικοί 20 χρόνια μετά τη διάγνωση, αλλά πολλοί απ' αυτούς δείχνουν ακόμη βρογχική υπεραντιδραστικότητα. Επιπλέον, τουλάχιστον το 25% απ' αυτούς εμφανίζει υποτροπιάζοντα συμπτώματα τα επόμενα χρόνια ή δεκαετίες. Τα ασυμπτωματικά άτομα εμφανίζουν ταχύτερη πτώση των πνευμονικών λειτουργιών με την πάροδο της ηλικίας, γεγονός που υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα της πρώιμης και παρατεταμένης αγωγής θεραπείας του άσθματος από την παιδική ηλικία.

Κληρονομική προδιάθεση - περιβαλλοντικοί παράγοντες - αλλεργική προδιάθεση

Για να εκδηλωθεί το βρογχικό άσθμα στα παιδιά απαιτείται μια κληρονομική προδιάθεση και ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Μικρή εξαίρεση στον κανόνα αποτελούν οι βρογχιολίτιδες από αναπνευστικό συγκυτιακό ιό που προσβάλουν κυρίως μικρά βρέφη και προκαλούν παροδική αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας. Έτσι εκδηλώνεται η ασθματική συμπτωματολογία χωρίς να υπάρχει προηγούμενη κληρονομική προδιάθεση. Στις περιπτώσεις αυτές οι ασθματικές κρίσεις ελαττώνονται σε ένταση στα επόμενα λίγα χρόνια.

Η σημασία της κληρονομικότητας έχει αποδειχθεί με πολλές μελέτες σε οικογένειες ασθματικών. Βρέθηκε ότι η συχνότητα του βρογχικού άσθματος σε παιδιά που έχουν ασθματικούς και τους δυο γονείς είναι 63%, ενώ σε παιδιά με έναν ασθματικό γονέα είναι 20%. Η συχνότητα ελαττώνεται στο 6,5% όταν κανένας από τους δυο γονείς δεν έχει άσθμα.

Επίσης, μελέτες από τη Σουηδία που έγιναν σε δίδυμα αδέρφια, απέδειξαν ότι η συχνότητα του άσθματος μεταξύ των μονογενών διδύμων ήταν 19%, ενώ έπεφτε στο 4,8% αν τα δίδυμα ήταν διωγενή. Γενικά έχει υπολογισθεί η πιθανότητα άσθματος σε ένα παιδί με ασθματικούς και τους δυο γονείς ότι είναι 30% περίπου.

Τα αγόρια παρουσιάζουν βρογχικό άσθμα σε διπλάσια συχνότητα σε σχέση με τα κορίτσια. Η διαφορά αυτή ελαττώνεται μετά 14 χρόνια και έχει εν μέρει αποδοθεί σε ανατομικές διαφορές των αεροφόρων οδών. Τα αγόρια δηλαδή έχουν στενότερες αεροφόρες οδούς, παρουσιάζουν μεγαλύτερες πνευμονικές αντιστάσεις και συνεπώς παθαίνουν ευκολότερα βρογχόσπασμο.

Η αλλεργική προδιάθεση έχει συσχετισθεί στενά με το βρογχικό άσθμα. Αλλεργεία είναι η αυξημένη παραγωγή ειδικών IgE αντισωμάτων μετά από έκθεση σε κάποιο αλλεργιογόνο. Τα ασθματικά παιδιά είναι στην πλειοψηφία τους και αλλεργικά. Ωστόσο, πάνω από το 50% των παιδιών που είχαν κάποια μορφή αλλεργίας δεν παρουσίασαν ποτέ βρογχικό άσθμα. Πάντως η ύπαρξη αλλεργίας στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να θεωρείται σαν προγνωστικό στοιχείο για την πιθανή εμφάνιση βρογχικού άσθματος στο παιδί.

Οι κύριοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση ασθματικών κρίσεων είναι οι αναπνευστικές λοιμώξεις, τα αλλεργιογόνα, η ρύπανση της ατμόσφαιρας, το κάπνισμα, ορισμένες τροφές, η έντονη σωματική άσκηση και τέλος ψυχολογικοί παράγοντες.

Παιδιά με λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού οφειλόμενες σε αναπνευστικό συγκυτιακό ιό, ρινοϊό ή ιό parainfluenza παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν βρογχικό άσθμα αργότερα.

Διάφορα αλλεργιογόνα, όπως γύρεις, σκόνη κ.λπ. μπορεί να προκαλέσουν κρίσεις άσθματος σε ατοπικά άτομα. Αυτό μπορεί να συμβεί και με την εισπνοή αερίων όπως το διοξείδιο του θείου, το όζον κ.λπ. σε μεγάλες συγκεντρώσεις. Ορισμένες τροφές, όπως ξηροί καρποί, σοκολάτες, αυγά, γάλα, Coca-Cola, τεχνητοί χυμοί φρούτων, ευθύνονται για την πρόκληση κρίσεων βρογχόσπασμου. Ειδικά για τους τεχνητούς χυμούς υπεύθυνες θεωρούνται οι διάφορες χρωστικές ουσίες που περιέχονται σ' αυτούς.

Η έντονη άσκηση μπορεί να προκαλέσει βρογχόσπασμο μετά από κόπωση. Τέλος, έντονες συγκινήσεις είτε χαράς (γέλιο) είτε λύπης (κλάμα) μπορούν να προκαλέσουν ασθματική κρίση, συνήθως βραχείας διάρκειας, που υποχωρεί χωρίς φάρμακα. Πολλά παιδιά μάλιστα χρησιμοποιούν αυτές τις "ψυχογενείς κρίσεις" για να προκαλέσουν τη συμπάθεια ή τον οίκτο των γονέων τους και να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις τους.

Επιπλοκές άσθματος στα παιδιά

Οι επιπλοκές του βρογχικού άσθματος στα παιδιά διακρίνονται σε άμεσες, που εμφανίζονται στη διάρκεια μιας ασθματικής κρίσης και σε απώτερες, που αποτελούν συνέπειες τόσο της χρονιότητας της αρρώστιας όσο και της χρήσης ορισμένων φαρμάκων.

Άμεσες επιπλοκές

- α) Ατελεκτασία βρογχοπνευμονικών τμημάτων ή και πνευμονικών λοβών.
- β) Υποδόριο εμφύσημα στο λαιμό και στο άνω τμήμα του θώρακα.
- γ) Πνευμοθώρακας.
- δ) Status asthmaticus ή επιμένουσα ασθματική κρίση.

Απώτερες επιπλοκές

- α) Δυσμορφίες του θώρακα.
- β) Καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης.
- γ) Πληκτροδακτυλία.
- δ) Ψυχολογικά προβλήματα.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΑΣΘΜΑΤΟΣ

Ιστορικό

Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό άσθματος ή άλλων ατοπικών παθήσεων στο 50-80% των ασθματικών παιδιών. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο ενδοοικιακό περιβάλλον, όσον αφορά την έκθεση σε καπνό τσιγάρου ή στο τρίχωμα και επιθήλιο των οικόσιτων ζώων, καθώς επίσης και οι συνθήκες υγρασίας και εξαερισμού του σπιτιού. Πρέπει να αναζητώνται στο ιστορικό ενδείξεις ύπαρξης άλλης ατοπικής νόσου ή τροφικής αλλεργίας, σοβαρών λοιμώξεων ή άλλων παθολογικών καταστάσεων. Η έναρξη της παρούσας νόσου (άσθμα), η πρόσφατη συμπτωματολογία - έναρξη, διάρκεια, μορφή, απάντηση στην αγωγή και οι εκλυτικοί παράγοντες πρέπει να καταγράφονται.

Πιθανή αλλεργία και γνωστή έκθεση στα αντίστοιχα αλλεργιογόνα πρέπει να ερευνώνται. Περίπου το 80-90% των περιπτώσεων θα έχουν πιθανώς συμπτώματα κατά τη διάρκεια ενός κοινου κρυολογήματος ή μετά από έκθεση σε καπνό τσιγάρου. Πρέπει επίσης να διερευνώνται η σοβαρότητα και η συχνότητα των προσβολών, καθώς και η φυσική κατάσταση μεταξύ αυτών. Η παρούσα βρογχική απαντητικότητα πρέπει να καταγράφεται. Ποια είναι η επίδραση της σωματικής άσκησης ή η εισπνοή ουσιών με έντονη οσμή, π.χ. αρώματα, καπνός τσιγάρου; Υπάρχει διαταραχή του ύπνου; Υπάρχει ενδιαφέρον για ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες; Υπάρχουν απουσίες από το σχολείο που οφείλονται στη νόσο; Είναι το παιδί (ή η οικογένεια)

επηρεασμένο ψυχικά (κατάθλιψη) λόγω της νόσου; Ποιες είναι οι σχέσεις των μελών της οικογένειας και οι κοινωνικές συναναστροφές;

Μερικές φορές είναι απαραίτητο να συμπληρώνεται το ιστορικό με επίσκεψη στο σπίτι του παιδιού, με σκοπό την επιτόπια αναζήτηση πηγών αλλεργιογόνων ή άλλων εκλυτικών παραγόντων.

Φυσική εξέταση

Η γενική εμφάνιση, η θρέψη, η στάση πρέπει να καταγράφονται. Συχνά υπάρχει καθυστέρηση της ήβης στα ασθματικά παιδιά, αλλά σήμερα σπανίως παρατηρείται καθυστέρηση στο ύψος. Πρέπει επίσης να σημειώνεται κάθε ανωμαλία του θωρακικού τοιχώματος και η μυϊκή αδυναμία. Η ακρόαση του θώρακα (συρίττουςα αναπνοή, αναπνευστικοί ήχοι, βράχυνση της αναπνοής - ιδίως στα παιδιά άνω των 3 ετών) πρέπει να γίνεται με προσοχή πριν και μετά την αγωγή.

Επιπλέον πρέπει να εξετάζονται οι βλεννογόνοι και το δέρμα για σημεία ατοπικής δερματίτιδας.

Πνευμονικές λειτουργίες

Η οξυγόνωση του αίματος επηρεάζεται πρώιμα ή κατά τη διάρκεια ασθματικών κρίσεων. Στα τελευταία στάδια 5 και 6 (Πιν. 2) υπάρχει αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα. Τα αέρια

αίματος πρέπει να μετρώνται στα στάδια αυτά, διότι δίνουν σημαντικές πληροφορίες για τη σοβαρότητα της αναπνευστικής δυσλειτουργίας.

Στο μέτριας σοβαρότητας άσθμα η μέτρηση της μέγιστης εκπνευστικής ροής (PEFR) με ροόμετρο τύπου Wright είναι χρήσιμη για την εκτίμηση της βελτίωσης λόγω θεραπείας. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο πρέπει να γίνεται, εκτός αν ο ασθενής βελτιωθεί και μεταπέσει στο στάδιο 3 ή σε μικρότερο στάδιο και η τιμή της PEFR φτάσει στο 60% της μέγιστης καταγραφείσας τιμής πριν την κρίση. Σε παιδιά άνω των 6 ετών, η σπιρομέτρηση και η καταγραφή της ροής όγκου δίνει επιπρόσθετες πληροφορίες.

Η απόφραξη των μικρών αεραγωγών θα πρέπει να εκτιμάται σε παιδιά και εφήβους με χρόνια άσθμα, τουλάχιστον μια φορά το χρόνο και χρειάζονται ενδεχομένως επίβλεψη από ειδικό. Οι πιο περίπλοκες μεθοδολογίες μέτρησης των όγκων των πνευμόνων και των δυναμικών του πνεύμονα δεν είναι πολύ χρήσιμες στην καθημερινή πράξη, επειδή απαιτούν καταστολή στα μικρά παιδιά και μερικές φορές στην εφαρμογή μη-φυσιολογικών τεχνικών.

Η μη-ειδική βρογχική πρόκληση με ισταμίνη ή μεταχολίνη είναι χρήσιμη στην έρευνα και στην επιβεβαίωση της διάγνωσης του άσθματος. Η πιο καλή λειτουργική δοκιμασία στα ασθματικά παιδιά με φυσιολογικές τιμές PEF ή FEV₁ ($\geq 70\%$ της αναμενόμενης τιμής) είναι η δοκιμασία με άσκηση, είτε με απλό τρέξιμο ή σε κυλιόμενο τάπητα με επίβλεψη για έξι λεπτά και ανώτερες τιμές φύξεων 170/min.

Ακτινολογικός έλεγχος

Η ακτινογραφία θώρακος ενδείκνυται στην πρώτη βρεφική ηλικία για αποκάλυψη συγγενικών παθήσεων ή αργότερα για ύπαρξη ξένου σώματος. Κατά τη διάρκεια οξέων κρίσεων είναι συχνές οι μικρές ατελεκτασίες.

Η ακτινογραφία θώρακος ενδείκνυται κατά τη διάρκεια των ασθματικών κρίσεων, μόνο όταν τα συμπτώματα είναι άτυπα, π.χ. υπάρχει υποψία άλλης διάγνωσης (π.χ. ξένο σώμα) ή όταν υπάρχει επιπλοκή, όπως πνευμοθώρακας, αέρας στο μεσοπνευμόνιο ή βακτηριακή λοίμωξη των κατώτερων αεραγωγών.

Αλλεργιογόνος έλεγχος

Η αλλεργία μέσω του IgE μηχανισμού είναι από τις κυριότερες αιτίες άσθματος. Ο αλλεργιολογικός έλεγχος απαιτείται για την ταυτοποίηση του υπεύθυνου αλλεργιογόνου με το οποίο έρχεται σε καθημερινή επαφή ο ασθενής και δεν είναι δυνατό να διαπιστωθεί από το ιστορικό (π.χ. σκύλος). Οι δοκιμασίες πρέπει να γίνονται με βάση το ιστορικό του ασθενούς και την παρούσα έκθεσή του στα αντίστοιχα αλλεργιογόνα. Έλεγχος σε τροφικά αλλεργιογόνα πρέπει να γίνεται σε παιδιά κάτω των 5 ετών και όταν υπάρχει υποψία αλλεργίας σ' αυτά. Τα οικόσιτα ζώα και τα ακάρεα είναι τα κατ' εξοχήν ύποπτα αλλεργιογόνα.

Οι δερματικές δοκιμασίες νυγμών με προτυπωμένα εκχυλίσματα πρέπει να προτιμώνται. Οι Δ.Δ.Ν. πρέπει να

επαναλαμβάνονται με αντίστοιχα αλλεργιογόνα, ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς. Κανένα παιδί δεν είναι τόσο μικρό για να γίνουν Δ.Δ.Ν. θετικές δοκιμασίες ανευρίσκονται περίπου στο 90% των παιδιών με άσθμα σχολικής ηλικίας, που εξαρτάται από επιθήλια ζων, γύρεις και ακάρεα οικιακής σκόνης. Οι Δ.Δ.Ν. διαβάζονται σε δεκαπέντε λεπτά και τα αποτελέσματα ανακοινώνονται στον ασθενή και την οικογένειά του. Επίσης έχουν μειωμένο κόστος, σε σχέση με άλλες *in vitro* δοκιμασίες. Οι εξετάσεις αίματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέθοδος ελέγχου αδρής επιλογής (π.χ. Phadiatop).

Έλεγχος για ύπαρξη ειδικών αντισωμάτων στον ορό (π.χ. RAST) είναι δυνατός σήμερα για περισσότερα από 150 αλλεργιογόνα.

Θεραπεία

Οι στόχοι της σύγχρονης αντιασθματικής αγωγής είναι να μηδενίσουν τη θνητότητα και να αποκαταστήσουν τις καθημερινές φυσιολογικές δραστηριότητες του ασθενούς, με τους ιγότερους δυνατόν περιορισμούς. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος, στο οποίο η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ένα, αλλά σημαντικής σημασίας τμήμα. Πρέπει να εκπαιδεύονται ο ασθενής και η οικογένειά του στη λήψη των αποφάσεων για τη θεραπεία ή την τροποποίησή της, ανάλογα με τις ανάγκες. Αυτό σημαίνει αυτοέλεγχος και καθημερινή καταγραφή της PEF και των συμπτωμάτων σε ειδική κάρτα, πρέπει να γίνει συνήθεια. Πρέπει να δίνεται στην οικογένεια ένα

σχέδιο, πώς πρέπει ν' αντιδράσει στην περίπτωση επιδείνωσης της νόσου (Πιν. 3). Τα ασθματικά άτομα και οι οικογένειες τους πρέπει να γνωρίζουν πότε η κατάσταση είναι σοβαρή και πρέπει να επισκεφθούν τις Πρώτες Βοήθειες. (Πιν. 4).

Επείγουσα αντιμετώπιση ασθματικών κρίσεων

Πρέπει να χορηγείται O_2 στο θάλαμο επείγουσας αντιμετώπισης αν ο ασθενής είναι σε στάδιο 3 ή μεγαλύτερο. Βρογχοδιασταλτικά πρέπει να χορηγούνται επανειλημμένως. Από του στόματος κορτικοειδή χορηγούνται στα άτομα που λαμβάνουν κορτικοειδή με εισπνοή ή αν η φλεγμονή είναι σοβαρή.

Το παιδί δεν πρέπει να μένει ποτέ μόνο του και το περιβάλλον να είναι ήσυχο. Το νοσηλευτικό προσωπικό και οι γιατροί που φροντίζουν παιδιά στο θάλαμο οξέων περιστατικών δεν πρέπει να είναι καπνιστές ούτε να φορούν αρώματα.

Αποφυγή αλλεργιογόνων και εκλυτικών παραγόντων. Θεραπεία και πρόληψη

Τα ζώα πρέπει να απομακρύνονται από το σπίτι και να μην επιτρέπεται η είσοδος ξένου ζώου, ακόμα και αν το ασθματικό παιδί δεν έχει θετικές δερματικές δοκιμασίες στο ζώο αυτό. Να απαγορεύεται το κάπνισμα στο σπίτι. Να λαμβάνονται μέτρα μείωσης της υγρασίας του σπιτιού. Να λαμβάνονται μέτρα μείωσης του αριθμού των ακάρεων και των μυκήτων στο σπίτι.

Πίνακας 3. Θεραπευτικό σχήμα, το οποίο πρέπει να συμπληρώνεται από το γιατρό και το οποίο πρέπει να φέρει μαζί του ο ασθματικός ασθενής ή η οικογένειά του σε όλες τις επισκέψεις (επείγουσες ή τακτικές). («Επόμενη σελίδα» Πίνακας 4).

Θεραπευτικό σχήμα για τον (την)	.....	Ημερ. γέννησης	.....
Διεύθυνση	.....	.....	.....
Τηλέφωνο οικίας	.....	.....	.....
Ο γιατρός σας είναι	.....	Διεύθυνση	.....
Τηλ. για συμβουλές την ημέρα	.....	Τηλ.	.....
Για επείγον πρόβλημα τηλ.	.....	Τηλ.	.....
Χρησιμοποιείτε τα ακόλουθα φάρμακα σε τακτικές ώρες καθημερινά:			
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....
Προσθέστε τα ακόλουθα 15 λεπτά πριν την φυσική άσκηση:			
.....
Εάν η τιμή PEF είναι κάτω από % της καλύτερης τιμής, προσθέστε:			
.....
Άσκηση που πρέπει να προστίθεται, όταν είναι ανανκαίο:			
.....
Παρακαλώ να έχετε μαζί σας αυτό το θεραπευτικό σχήμα, καθώς και την ημερήσια κάρτα καταγραφής των συμπτωμάτων, PEF, και των φαρμάκων τα οποία έχετε χρησιμοποιήσει, κατά την επόμενη τακτική σας επίσκεψη την και σε κάθε επείγουσα επίσκεψη.			
Στην επόμενη σελίδα δείτε τις οδηγίες πότε πρέπει να επισκεφθείτε επείγοντως ιατρό.			
.....	.....	.....	..... ο ιατρός

Το παιδί πρέπει να γνωρίζει τι πρέπει ν' αποφεύγει. Οι έφηβοι πρέπει να μάθουν ότι όχι μόνο δεν πρέπει να καπνίζουν, αλλά και ν' αποφεύγουν την έκθεση στον καπνό τσιγάρου που επιδεινώνει τη βρογχική φλεγμονή.

Ανοσοθεραπεία - απευαισθητοποίηση

Η μορφή της θεραπείας αυτής είναι αποτελεσματική στην αλλεργική ρινίτιδα, καθώς επίσης σε μετρίως σοβαρό άσθμα. Η ανοσοθεραπεία επιβάλλεται αν είναι αδύνατη η αποφυγή έκθεσης στο αλλεργιογόνο (όχι όμως για να μείνουν τα οικόσιτα ζώα στο σπίτι). Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος συστηματικής αντίδρασης, ιδιαίτερα στα άτομα με κατεσταλμένες πνευμονικές λειτουργίες και υπεραντιδραστικούς αεραγωγούς. Επομένως, πρέπει να υπάρχει πάντα η δυνατότητα και οι συνθήκες αντιμετώπισης ενός πιθανού αναφυλακτικού επεισοδίου. Η ανοσοθεραπεία πρέπει να γίνεται πάντα από ειδικούς Αλλεργιολόγους.

Φαρμακευτική αγωγή - συμπτωματική και προληπτική

Όλα τα ασθματικά άτομα πρέπει να διαθέτουν βρογχοδιασταλτικά για να χρησιμοποιήσουν όταν τα χρειάζονται ή πριν τη σωματική άσκηση. Τα βρογχοδιασταλτικά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε καθημερινή βάση, παρά μόνο στο σοβαρό άσθμα, μαζί με χρωμογλυκίνη και εισπνεόμενα κορτικοειδή.

Ο τύπος του βρογχοδιασταλτικού (β_2 -διεγέρτης, επινεφρίνη, βρωμιούχο ιπρατρόπιο κ.ά.) και ο καλύτερος τρόπος χορήγησης, καθώς και η σωστή τεχνική χορήγησης, πρέπει να ελέγχονται επανειλημμένως στις επισκέψεις παρακολούθησης. Τα από του στόματος βρογχοδιασταλτικά σπάνια ενδείκνυνται.

Νεφελοποιητής απαιτείται για την εισπνοή βρογχοδιασταλτικών και προφυλακτικών φαρμάκων για παιδιά ηλικίας 2 ή περισσότερων ετών. Ειδικός θάλαμος και συσκευή εισπνοής σκόνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί από παιδιά μεγαλύτερα των 2-4 ετών. Κατά τη διάρκεια των κρίσεων οι συσκευές εισπνοής του φαρμάκου σε μορφή σκόνης δεν είναι οι καταλληλότερες, διότι απαιτείται σημαντική εισπνευστική προσπάθεια. Εάν το παιδί δεν έχει ήπιο άσθμα, πρέπει να τίθεται σε καθημερινή προφυλακτική αγωγή.

Η χρωμογλυκίνη είναι το φάρμακο πρώτης επιλογής, αλλά δυνατόν ν' απαιτηθεί και χρήση κορτικοειδών για την οξεία φάση ή τη μακροχρόνια αγωγή του σοβαρού άσθματος. Η μακροχρόνια αγωγή με κορτικοειδή στα παιδιά πρέπει πάντα να ελέγχεται από ειδικό γιατρό, λόγω του κινδύνου των παρενεργειών.

Φυσιοθεραπεία

Ο φυσιοθεραπευτής είναι ο καταλληλότερος για την εκτίμηση των τεχνικών αναπνοής, της μυικής ισχύος και του αυτοέλεγχου της δραστηριότητας των αναπνευστικών μυών. Είναι πολύ σημαντικό, ο ασθενής να διδαχθεί να αναπνέει με τη μύτη

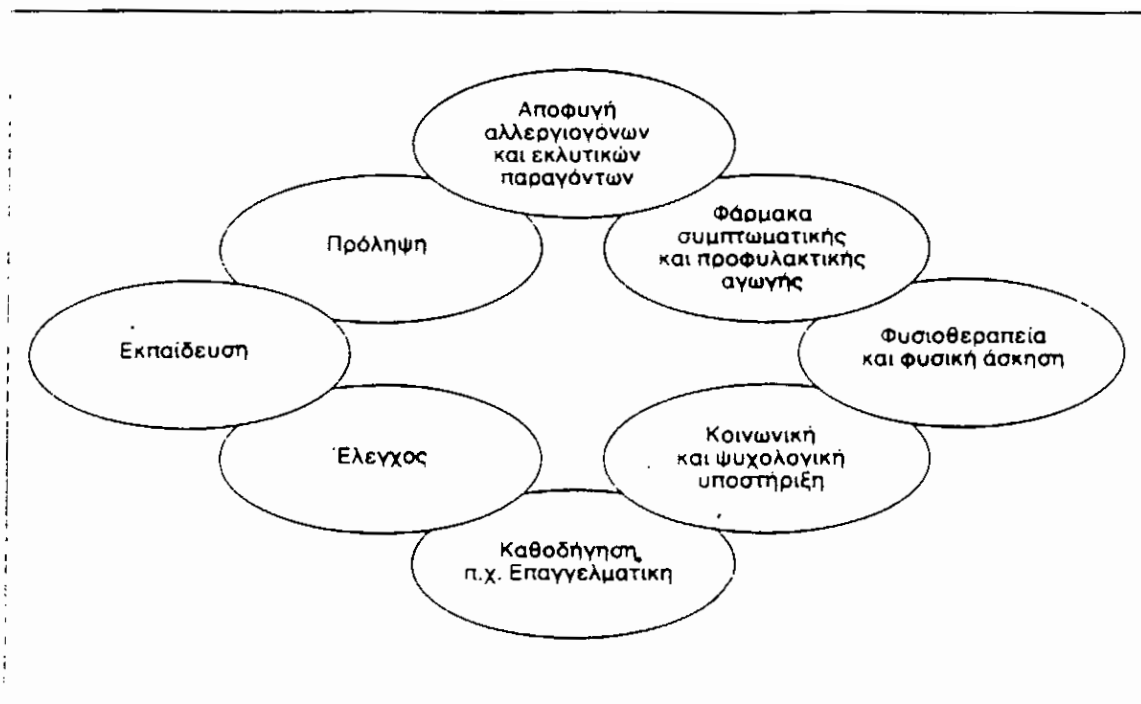
και να εκπνέει με μισόκλειστα χείλη κατά τη διάρκεια των κρίσεων. Ο ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να μάθουν τη σωστή τεχνική εισπνοής του φαρμάκου σε μορφή σκόνης, πώς να ελέγχουν τις τιμές του PEF, πώς να βήχει ο ασθενής και την κατάλληλη θέση για ευκολότερη αναπνοή και ανάπαυση στη διάρκεια των κρίσεων. Ο ασθενής πρέπει να μάθει να χρησιμοποιεί το διάφραγμα αντί τους επικουρικούς αναπνευστικούς μύες. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης της φυσικής δραστηριότητας είναι πολύ σημαντικό κομμάτι της θεραπείας του άσθματος.

Οδηγίες

Οι έφηβοι με βρογχικό άσθμα πρέπει να υποβάλλονται σε σωστό επαγγελματικό προσανατολισμό. Προβλήματα μπορεί να προκληθούν όχι μόνο μετά την έκθεση σε αλλεργιογόνα, αλλά και με την επαφή με ερεθιστικούς παράγοντες, π.χ. σκόνη, χημικά και συχνές αλλαγές στη θερμοκρασία περιβάλλοντος. Η κατάσταση γίνεται πιο πολύπλοκη αν συνυπάρχει και ατοπική δερματίτις, ιδιαίτερα με τη μορφή εκζέματος των χεριών. Οι έφηβοι με ατοπική δερματίτιδα πρέπει να ενημερώνονται για το γενετικό - κληρονομικό χαρακτήρα της νόσου.

Εκπαίδευση

Η ομάδα που θα εκπαιδεύσει τον ασθενή και την οικογένειά του σε θέματα ανατομίας, φυσιολογίας της αναπνοής, την ίδια



Εικ. 1. Η ανωγή του άσθματος μπορεί να περιγραφεί ως αλυσίδα - ο ασθενέστερος κρίκος είναι συνήθως η εφαρμογή κανόνων υγιεινής στο σπίτι και η αποφυγή ή ο περιορισμός της έκθεσης στο αλλεργιογόνο.

			Βρογχοδιασταλτικά
		Βρογχοδιασταλτικά όταν χρειάζονται	Χρωμογλυκικό Νάτριο
	Βρογχοδιασταλτικά όταν χρειάζονται	Χρωμογλυκικό Νάτριο	Στεροειδή (εισπνεόμενα)
ΑΣΘΜΑ	ΗΠΙΟ - ΣΠΟΡΑΔΙΚΟ	ΜΕΤΡΙΑΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ	ΒΑΡΥ ΑΣΘΜΑ

Εικ. 2. Προτεινόμενη φαρμακοθεραπεία σε συσχέτιση με την βαρυτητα του ασθματος.

τη νόσο, την πρόγνωση, τη σωστή θεραπεία κ.λπ. πρέπει ν' αποτελείται από τον ειδικό ιατρό, το φυσιοθεραπευτή και μια ειδικά εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια (ή νοσηλεύτη). Ο κοινωνικός λειτουργός και ο ψυχίατρος (ή ψυχολόγος) μπορούν να προσφέρουν πολλά στο ασθματικό παιδί και στις οικογένειές τους. Οι πληροφορίες πρέπει να δίνονται με γραπτό ή προφορικό λόγο.

Η οικογένεια πρέπει να γνωρίζει τρόπους αποφυγής έκθεσης στο αλλεργιογόνο ή σε ερεθιστικούς παράγοντες, καθώς και μεθόδους περιορισμού αυτών. Επίσης πρέπει να λαμβάνει ένα εξατομικευμένο σχέδιο χειρισμού του άσθματος. Πρέπει επίσης να γνωρίζουν πώς τα διάφορα φάρμακα επηρεάζουν τη βρογχική φλεγμονή και τη βρογχική απόφραξη, πότε να μειώνουν ή ν' αυξάνουν τη φαρμακοθεραπεία και πότε να επισκέπτονται επειγόντως το γιατρό. Οι διάφορες συσκευές για την εισπνοή φαρμάκων πρέπει να επιδεικνύονται με λεπτομέρεια. Επίσης πρέπει να ελέγχεται επανειλημμένα η σωστή τεχνική εισπνοής των φαρμάκων.

Το ασθματικό παιδί πρέπει να μάθει όχι μόνο τι να αποφεύγει, αλλά και πώς να χειρίζεται διάφορες καταστάσεις. Ο χειρισμός του άσθματος δεν πρέπει να οδηγήσει σε υπερπροστασία του παιδιού. Οι έφηβοι ασθματικοί δυνατό να χρειάζονται επιπλέον υποστήριξη και έλεγχο για να αποφευχθεί η κακή συνεργασία λόγω της αρνητικής θέσης που συχνά έχουν, λόγω της φυσικής συμπεριφοράς για την ηλικία αυτή.

Ο ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να ενημερώνονται ταυτόχρονα σε θέματα όπως απομάκρυνση του ζώου από το σπίτι ή το κάπνισμα στο σπίτι. Τα αδέρφια πρέπει να μάθουν πώς να

προσφέρουν υποστηρικτική αγωγή στον άρρωστο αδελφό ή αδελφή. Οι οικογένειες πρέπει να αισθάνονται άνετα στο να θέτουν ερωτήσεις μέχρι να καταστούν ικανές στη φροντίδα του ασθματικού παιδιού. Μερικές φορές απαιτείται εκπαίδευση στο τυπικό "σχολείο άσθματος" σε ενδο- και εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς. Μια τέτοια τακτική απαιτεί συνήθως 8 ώρες διαλέξεων και συζητήσεων.

Οι οικογένειες πρέπει να γνωρίζουν τους αντικειμενικούς στόχους της αγωγής και να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες. Πρέπει επίσης να εκπαιδευτούν στο πώς να ελέγχουν τη σοβαρότητα του άσθματος με την καταγραφή των ημερήσιων συμπτωμάτων και τιμών της PEF. Τα παιδιά με συχνά υποτροπιάζον άσθμα πρέπει να επισκέπτονται το γιατρό τους σε τακτά διαστήματα (όχι μόνο σε καταστάσεις ανάγκης) και οι οικογένειές τους πρέπει να γνωρίζουν σε ποιον να τηλεφωνούν και πότε. Μόνο οικογένειες με υψηλό επίπεδο γνώσης για το άσθμα μπορούν να βοηθήσουν το γιατρό και τα άλλα μέλη της ομάδας και είναι δυνατό να επιτευχθούν ακόμη καλύτερα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα

Η σύγχρονη αγωγή του άσθματος στοχεύει στη μείωση της βρογχικής φλεγμονής και υπεραντιδραστικότητας και στο να δώσει στο ασθματικό παιδί και στην οικογένειά του το νόημα του ελέγχου της κατάστασης της υγείας, ώστε να λαμβάνει ενεργό μέρος στην εφαρμοζόμενη αγωγή.

Η φαρμακοθεραπεία είναι μόνο ένα κομμάτι από τη συνολική αντιασθματική αγωγή, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει εκπαίδευση, φυσιοθεραπεία και προπάντων αποφυγή έκθεσης στα αλλεργιογόνα και ερεθιστικούς παράγοντες (ειδικά στα επιθήλια ζώων και στον καπνό τσιγάρου).

Τα βρογχοδιασταλτικά χρησιμοποιούνται σε καθημερινή βάση μόνο στο σοβαρό άσθμα. Η χρωμογλυκίνη είναι το πρώτο φάρμακο εκλογής για προφυλακτική αγωγή, διότι μειώνει τη φλεγμονή και στερείται πρακτικά παρενεργειών. Τα κορτικοειδή - αν και ισχυρότερα κατά πολύ από τη χρωμογλυκίνη - πρέπει να συστήνονται μόνο από τον ειδικό γιατρό, ο οποίος είναι σε θέση να καθορίσει την ελάχιστη απαιτούμενη δόση, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος των παρενεργειών.

Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία, αλλά πολύ αποτελεσματική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ (συνέχεια)

Β) Δέρμα

- α) Κνιδώσεις
 - Ιδιοπαθής
 - Χολινεργική
 - Ηλιακή
 - Φυσικές
- β) Αλλεργική δερματίτις
 - Ατοπική δερματίτις
 - Αλλεργική δερματίτις επαφης
- γ) Νυγμοί εντόμων
 - Αλλεργία στο δηλητήριο
 - Υμενοπτέρων

... Εμπειρίες δεν είναι αυτά που μας συμβαίνουν, αλλά αυτά που κάνουμε με όσα μας συμβαίνουν ...

ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ

ΤΟ ΔΕΡΜΑ

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΟ ΑΦΗΣ, ΠΙΕΣΕΩΣ, ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ

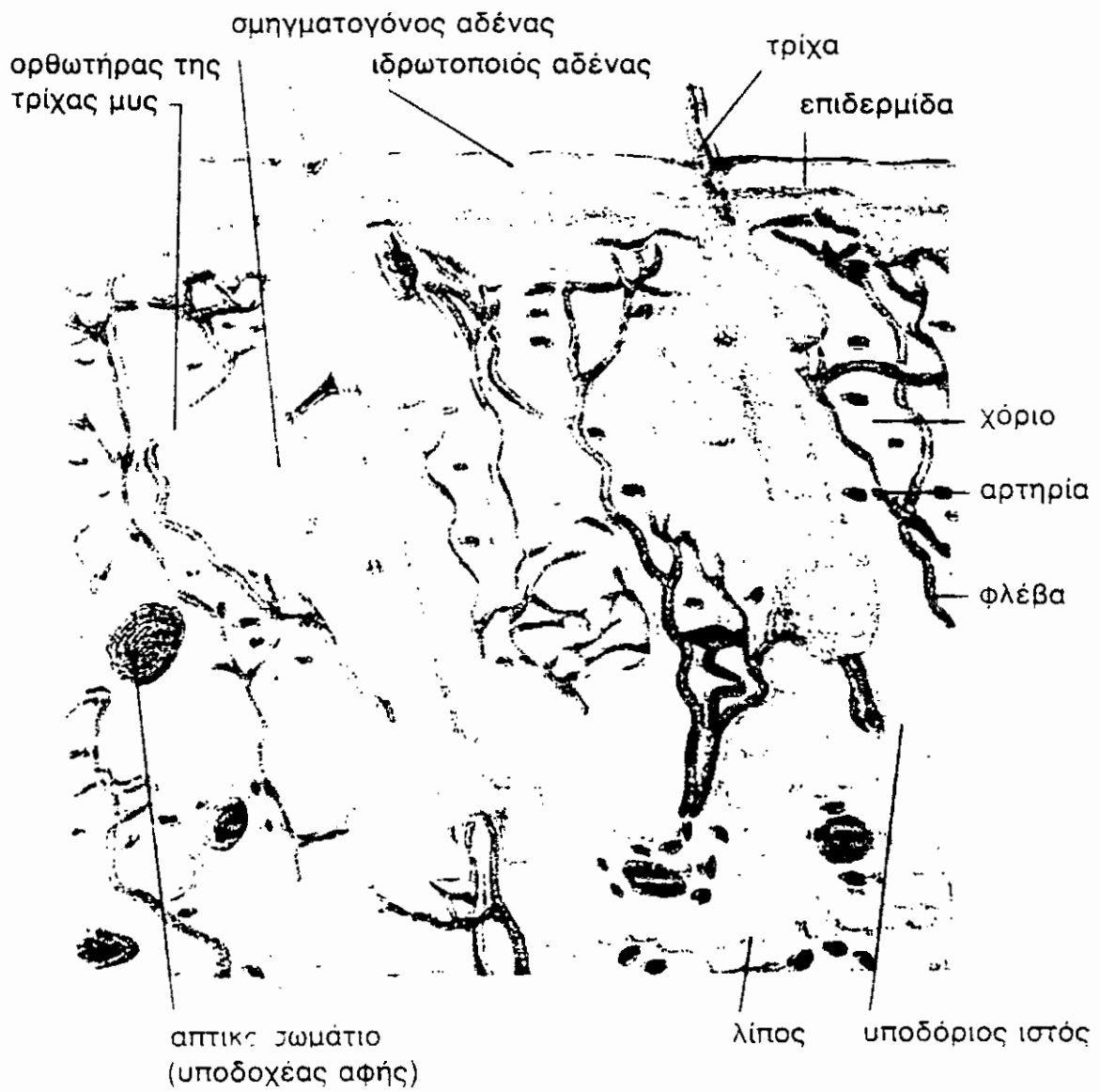
Ανατομία - Φυσιολογία

Το μεγαλύτερο σ' έκταση όργανο του ανθρώπινου σώματος είναι το δέρμα, που καλύπτοντας όλη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος αποτελεί το όριο μεταξύ του εξωτερικού και του εσωτερικού περιβάλλοντος. Υπάρχουν δυο τύποι δέρματος: αυτό που έχει έστω και υποτυπώδη τριχοφυΐα και το άτριχο δέρμα, όπως είναι το δέρμα των παλαμών και των πελμάτων. Η διαφορά τους είναι ότι το τριχωτό δέρμα διαθέτει σηματογόνους αδένες και ιδρωτοποιούς αδένες.

Το δέρμα είναι προστατευτικό για τους υποκείμενους ιστούς και αισθητήριο, γιατί διαθέτει υποδοχείς γενικών αισθήσεων.

Το δέρμα εμφανίζει τρεις στιβάδες: την επιδερμίδα, το χόριο και τον υποδόριο ιστό. Η επιδερμίδα αποτελείται από δύο επιμέρους στιβάδες: εξωτερικά την κερατίνη, που είναι ανθεκτική και συνεχώς ανανεώνεται και πιο μέσα τη βλαστική στιβάδα. Η βλαστική στιβάδα περιέχει ειδικά κύτταρα που περικλείουν κοκκία μιας χρωστικής που λέγεται μελανίνη. Στο ποσό της μελανίνης οφείλεται η διαφορετική χροιά του δέρματος, τόσο μεταξύ των φυλών όσο και μεταξύ των ανθρώπων της ίδιας φυλής.

Το χόριο αποτελείται από διάφορες ίνες συνδετικού ιστού και περιέχει αγγεία, νεύρα, ειδικά νευρικά σωματίδια, αδένες



Εικ. . Το δέρμα. Κατασκευή και τα εξαρτήματά του.

και λείους μύες (ορθωτήρες τριχών). Από το χόριο ξεκινούν διάφορα κεράτινα εξαρτήματα του δέρματος, όπως οι τρίχες και τα νύχια. Με τα άφθονα αγγεία του χορίου γίνεται η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος (αγγειοσυστολή στο κρύο, αγγειοδιαστολή στη ζέστη).

Ο υποδόριος ιστός είναι χαλαρός συνδετικός ιστός, ανάμεσα στον οποίο, σε πολλές περιοχές του σώματος, υπάρχει λίπος.

α) Αδένες του δέρματος: ιδρωτοποιοί και σμηγματογόνοι.

Ιδρωτοποιοί αδένες: παράγουν ιδρώτα. Υπάρχουν 2-3 εκατομμύρια, οι οποίοι, με την αποβολή του ιδρώτα, συντελούν στην απομάκρυνση άχρηστων ουσιών και τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.

Σμηγματογόνοι αδένες: αποβάλλουν το λιπαρό τους έκκριμα, το σμήγμα, στους θυλάκους των τριχών και στην επιφάνεια του δέρματος και το λιπαίνουν.

Ο μαστός: τροποποιημένη μορφή αδένα του δέρματος. Οι μαστοί (ο δεξιός και ο αριστερός) αναπτύσσονται στη θέση των παιδικών μαστών, στις γυναίκες μετά την ήβη. Αποτελούν δυο ημισφαιρικές προβολές του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Κάθε μαστός αποτελείται εξωτερικά από το δέρμα, τη θηλαία άλω και τη θηλή του μαστού.

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15-20 λοβούς, οι οποίοι παράγουν γάλα, μετά τον τοκετό, που διοχετεύεται στους εκφορητικούς πόρους και το περιμαστικό λίπος, που περιβάλλει το μαστικό αδένα κυρίως μπροστά. Η παραγωγή και η έκκριση γάλακτος ρυθμίζεται από ορμόνες.

Ο γυναικείος μαστός αποτελεί περιοχή δημιουργίας όγκων, οι οποίοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Κάθε γυναίκα πρέπει να γνωρίζει να αυτοεξετάζεται για τυχόν ανακάλυψη ογκιδίου και κατόπιν να συμβουλευτεί το γιατρό της. Η έγκαιρη διάγνωση (ανακάλυψη) και η θεραπεία ενός ογκιδίου, ακόμη και κακοήθους (καρκίνου) αποτελεί την πιο σίγουρη καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού.

β) Το δέρμα ως αισθητήριο όργανο

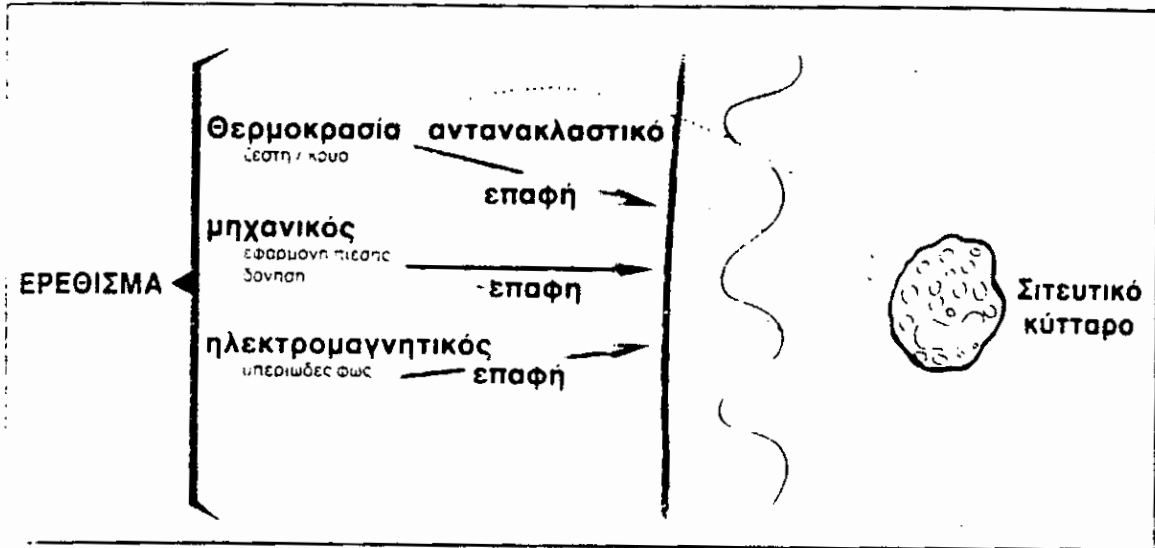
Στο δέρμα υπάρχουν ελεύθερες νευρικές απολήξεις και ειδικές νευρικές συσκευές, που αποτελούν υποδεκτικά όργανα των διάφορων επιφανειακών γενικών αισθήσεων.

Υποδεκτικά όργανα για την αίσθηση του πόνου είναι οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις που φθάνουν μέχρι την επιδερμίδα. Για την αίσθηση της αφής και της πίεσης είναι τα οπτικά σωμάτια του Meissner, για την αίσθηση του θερμού τα σωμάτια του Ruffini, για την αίσθηση του ψυχρού οι κορύνες του Krause, για την ισχυρή πίεση τα σωμάτια του Pacini κ.ά.

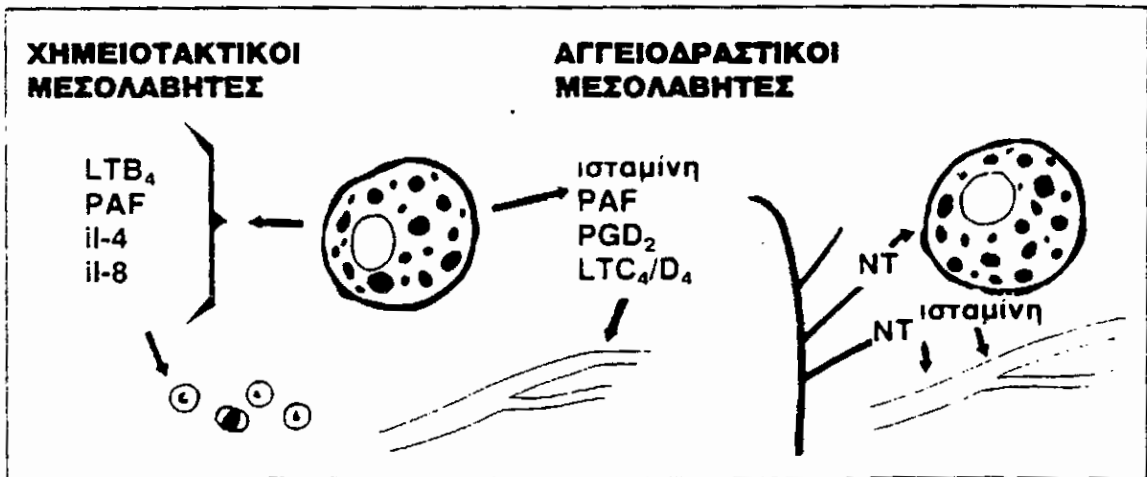
Από τα υποδεκτικά αυτά όργανα αρχίζει η αισθητική οδός των γενικών αισθήσεων, η οποία, με τα αισθητικά νεύρα, καταλήγει μέσω του νωτιαίου μυελού στην αισθητική περιοχή του εγκεφάλου (βρεγματικός λοβός). Στην αισθητική περιοχή αναγνωρίζονται και γίνονται αντιληπτές οι διάφορες γενικές αισθήσεις.



Εικ. 1 Κλινική εικόνα γενικευμένης κνιδωτικής αντίδρασης



Εικ. 2 Φυσικοί παράγοντες που προκαλούν διάφορες μορφές κνίδωσης λόγω επαφής ή αντανακλαστικά (σχηματισμός πολύ μικρών πουφών).



Εικ. 3 Βασικοί μηχανισμοί της δερματικής κνιδωτικής αντίδρασης, οι οποίοι ερμηνεύουν τον σχηματισμό του πουφού από την άμεση δράση της ισταμίνης και το σχηματισμό ερυθρήματος από τη δράση των νευροπεπτιδίων (ΝΠ) και της λόγω του αξονικού αντανακλαστικού εκλυόμενης ισταμίνης. Η συμμετοχή των άλλων αγγειοδραστικών μεσολαβητών των σιτευτικών κυττάρων, παραμένει αδιευκρίνιστη. Οι προερχόμενοι από τα σιτευτικά κύτταρα χημειοτακτικοί παράγοντες δύνανται να ερμηνεύσουν τη φλεγμονώδη διήθηση, η οποία παρατηρείται συχνά, ιδιαίτερα στις κνιδωτικές αντιδράσεις μακρύτερης διάρκειας.

ΚΝΙΔΩΣΕΙΣ (UTRICARIA)Ορισμός και τύποι κνίδωσης

Η κνίδωση (προέρχεται από τη λέξη κνίδα = τσουκνίδα, που και αυτή προέρχεται από τη λατινική λέξη *utrica* = τσουκνίδα), περιλαμβάνει ένα φάσμα παθήσεων του δέρματος, αλλεργικής ή αγνώστου αιτιολογίας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από τοπική ή γενικευμένη πομφώδη αντίδραση.

Ο πομφός ορίζεται από τέσσερα χαρακτηριστικά:

1. Κεντρικό οδιημα με
2. περιβαλλόμενο αντανακλαστικό ερύθημα,
3. ενοχλητικό κνησμό
4. παροδικό χαρακτήρα, με αποκατάσταση της φυσιολογικής μορφής του δέρματος σε λίες ώρες.

Το αγγειοοίδημα είναι βαθύτερη και πιο εκτεταμένη εξοίδηση των ιστών και συσχετίζεται με την κνίδωση στο 50% των περιπτώσεων.

Η κνίδωση ταξινομείται με βάση την κλινική της εμφάνιση, συμπεριλαμβανομένων της διάρκειας και της συχνότητας των βλαβών (Πίνακας 1), τα αίτια που την προκαλούν (Πιν. 2). Με τον τρόπο αυτό η κνίδωση διακρίνεται σε οξεία, όταν διαρκεί λίγες μόνο εβδομάδες και σε χρόνια, όταν η διάρκειά της υπερβαίνει τις δεβδομάδες. Η χρόνια κνίδωση δυνατόν να είναι συνεχής ή να εμφανίζεται με υφέσεις και εξάρσεις.

Η κνιδωτική αγγειίτις χαρακτηρίζεται από πιο επιμένοντες πομφούς και ιστολογικές αλλοιώσεις αγγειίτιδας των δερματικών αγγείων. Η κνίδωση εξ επαφής περικλείει ένα ευρύ φάσμα

καταστάσεων, κατά τις οποίες η άμεση φυσική επαφή με αντιγόνα αλλεργιογόνα, ακόμη και με φυσικούς παράγοντες προκαλείται άμεσου τύπου κνιδωτική αντίδραση.

Οι φυσικές κνιδώσεις περιλαμβάνουν πομφώδεις αντιδράσεις με τοπικό ή αντανακλαστικό χαρακτήρα, οι οποίες είναι αποτέλεσμα της απάντησης σε μηχανικά ερεθίσματα, αλλαγές στη θερμοκρασία ή στην ακτινοβολία των ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων (Εικ. 2). Οι κνιδώσεις από μηχανικά αίτια περιλαμβάνουν τον πολύ κοινό συμπτωματικό δερμογραφισμό, με ταχεία εμφάνιση του πομφού και την κνίδωση εκ πίεσεως επιβραδυνόμενου τύπου, η οποία εμφανίζεται 4-8 ώρες μετά την άσκηση της πίεσεως και επιμένει για 1-3 ημέρες.

Η έκθεση στη ζέστη ή το κρύο μπορεί να προκαλέσει τοπική ή γενικευμένη κνίδωση και συμβαίνει αντίστοιχα σε ψυχρές και θερμές περιοχές.

Η οικογενής κνίδωση εκ ψύχους συμβαίνει κυρίως μετά την έκθεση σε ψυχρό αέρα. Η ηλιακή κνίδωση εμφανίζεται στα προσβεβλημένα άτομα μετά την έκθεσή τους σε ποικίλα μήκη της υπεριώδους ακτινοβολίας.

Η μελαγχρωστική κνίδωση εκφράζεται με τον τοπικό σχηματισμό πομφών μετά από φυσικό τραυματισμό των υπερχρωστικών δερματικών βλαβών, οι οποίες αποτελούν βλαστική μεταμόρφωση των δερματικών σιτευτικών κυττάρων.

Τα πιο συχνά από τα πολυάριθμα αίτια της κνίδωσης αναφέρονται στον Πίνακα 2 με βάση τους υποκείμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς. Στην οξεία κνίδωση, το αίτιο αναγνωρίζεται σε περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων και εμπλέκονται συνήθως ανοσολογικοί μηχανισμοί.

Χολινεργική κνίδωση

Η συγκίνηση, ο φόβος, ο θυμός, η λύπη - και η χαρά - και διάφορες άλλες συναισθηματικές καταστάσεις και μεταπτώσεις είναι δυνατό να προκαλέσουν δερματική αντίδραση τύπου κνιδωτικού. Το κνιδωτικό στοιχείο εμφανίζεται ξαφνικά, διαρκεί πολύ λίγο, δεν συνοδεύεται από κνησμό και έχει χαρακτηριστική μορφή.

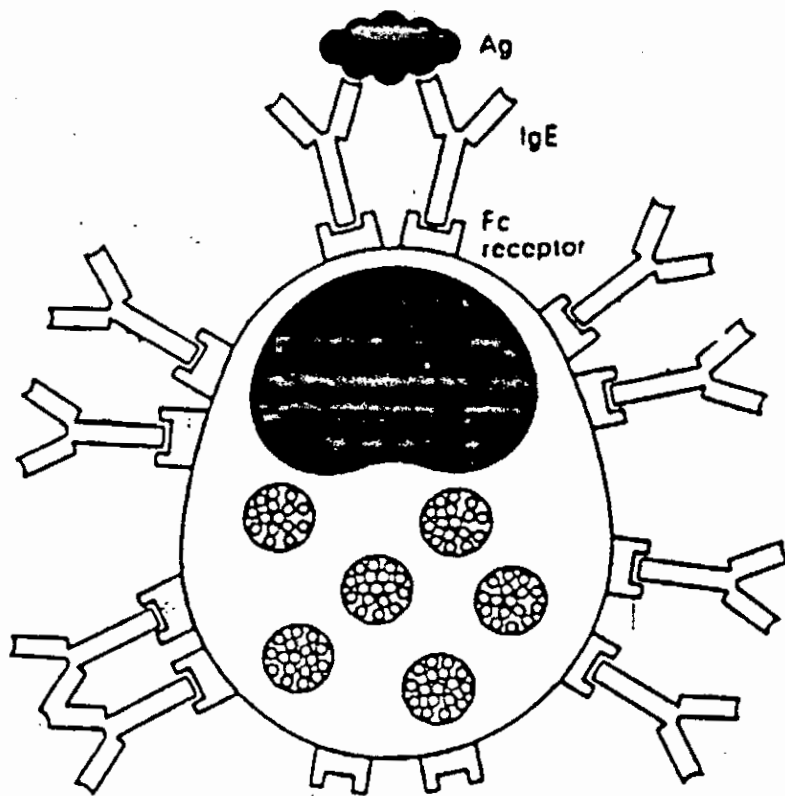
Τα ίδια περίπου ισχύουν και για την κνίδωση που προκαλείται μετά από έντονη φυσική προσπάθεια ή μυική άσκηση. Εδώ τα κνιδωτικά στοιχεία εμφανίζονται 15-20 λεπτά της ώρας μετά το τέλος της προσπάθειας και υποχωρούν γρήγορα.

Η κνίδωση που οφείλεται σε φυσικούς και κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες λέγεται χολινεργική. Φαίνεται δε ότι οι βασικές δραστικές ουσίες που την παράγουν δεν είναι η ισταμίνη, αλλά η ακετυλοχολίνη ή σεροτονίνη και οι κινίνες.

Γενικά η χολινεργική κνίδωση αφορά νεαρά άτομα. Χαρακτηρίζεται, τις περισσότερες φορές, από μικρά δερματικά στοιχεία. Κάθε στοιχείο εμφανίζει κέντρο βλατιδώδες, ωχρό, μεγέθους κεφαλιού καρφίτσας και περιφέρεια πλατιά, ρόδινη ή κόκκινη. Μπορεί να διαρκέσει - με εξάρσεις και υφέσεις - πολλά χρόνια (συνήθως 3-5).

Συμπτώματα και σημεία

Ο αφόρητος κνησμός και το αίσθημα καύσου είναι τα κυριότερα συμπτώματα. Οι χαρακτηριστικοί πομποί και το αγγειοοίδημα είναι τα κύρια κλινικά σημεία. Έχουν αναφερθεί



Σχήμα 1 Η γεφύρωση δύο υποδοχέων IgE (Fc receptor) από ένα μόριο αλλεργιογόνου (Ag) προκαλεί αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων.

Πίνακας 1: Ταξινόμηση της κνίδωσης με βάση την διάρκεια και τα κλινικά χαρακτηριστικά.

Οξεία κνίδωση (≤ 6 εβδομάδων)
Χρονία συνεχής κνίδωση
Χρονία υποτροπιάζουσα κνίδωση
Κνιδωτική αγγειίτις
Φυσική κνίδωση
Κνίδωση εξ επαφής
Μελαγχρωματική κνίδωση

Πίνακας 2: Ταξινόμηση της κνίδωσης με βάση τους μηχανισμούς και τα εκλυτικά αίτια.

1. ΚΝΙΔΩΣΗ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ

- α) IgE - εξαρτώμενοι μηχανισμοί, προκαλούμενοι από:
- φάρμακα, εμβόλια
 - τροφές
 - δηλητηρία εντόμων
 - αεροαλλεργιογόνα
 - εξ επαφής κνίδωση
 - μηχανικός ερεθισμός (urticaria factitia) (επίσης IgE)
 - χαμηλή θερμοκρασία (κνίδωση εκ ψύχους) (επίσης IgE, IgG, IgA, IgM)
- β) IgE - εξαρτώμενοι μηχανισμοί, προκαλούμενοι μέσω:
- σκωλήκων, παρασιτών
 - λοιμώξεων από μύκητες
 - ιογενών λοιμώξεων
 - ορμονών
 - υοσχευμάτων
- γ) Μηχανισμοί εξαρτώμενοι από το συμπλήρωμα
- κνιδωτική αγγειίτις
 - αντιδράσεις σε δεξτράνες
 - κνίδωση επαφής εκ θερμότητας (μερικώς)
 - ορονοσία

II. ΚΝΙΔΩΣΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΚΛΥΟΥΝ ΙΣΤΑΜΙΝΗ

α) Φάρμακα

- αλκαλοειδή (μορφίνη, κωδεΐνη, ατροπίνη, σκοπολαμίνη, κουράριο, παπαβερίνη, πιλοκαρπίνη, κινίνη).
- θειαμίνη, γαλλικό οξύ, ακτινοσκιερές ουσίες.

β) Τροφές

- φράουλες, εσπεριδοειδή
- οστρακοειδή
- κόκκινο κρασί
- λευκωματίνη

γ) Διάφορες άλλες ουσίες

- βακτηριδιακές τοξίνες
- δηλητήρια από έντομα και θαλασσιες μέδουσες
- συνθετικά πολυπεπτιδία (comrouna 48/80), πεπτόνες

III. ΦΥΣΙΚΗ ΚΝΙΔΩΣΗ

α) Κνίδωση από μηχανικά αίτια

- Urticaria factitia (δερμογραφική κνίδωση)
- κνίδωση εκ πίεσεως επιβραδυνόμενου τυπου
- κνίδωση εκ δονησεως

β) Κνίδωση από θερμικά αίτια

- κνίδωση εκ ψύχους (επαφής, αντανακλαστική, οικογενής)
- κνίδωση επαφης, εκ θερμότητας
- χολινεργική κνίδωση

γ) Κνίδωση από ηλεκτρομαγνητικά αίτια

- ηλιακη κνίδωση

ΑΝΑΦΥΛΑΚΤΟΕΙΔΕΙΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ (ΜΗ-ΑΝΟΧΗΣ)

α) Φάρμακα (αντιφλεμονωδη π.χ. ασπιρίνη, ινδομεθακίνη)

β) Ακτινοσκιερές ουσίες

γ) Πρόσθετα τροφών (χρωστικές, συντηρητικά)

V. ΜΑΣΤΟΚΥΤΩΣΗ

α) Εντετοπισμένο μονηρες η πολλαπλά μαστοκυτωματα

β) Γενικευμενη δερματικη ή/και συστηματικη μαστοκύτωση

Πίνακας 3: Διαγνωστική προσέγγιση στην κνίδωση.

1. Βραχύ ιστορικό
2. Φυσική εξέταση
3. Έλεγχος για δερμογραφισμό
4. Συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε πίνακας 4)
5. Σημειωματάριο που αφορά δυνητικά εκλυτικούς παράγοντες, συμπτωματολογία και απάντηση στη θεραπεία.
Σε συνάρτηση με το ύποπτο αίτιο
6. Δίαιτα η αποκλεισμός φαρμάκων
7. Δερματικές δοκιμασίες νυγμού (prick tests)
8. Από του στόματος ή δερματική πρόκληση
9. Εργαστηριακές εξετάσεις για
 - α) ηωσινοφιλία
 - β) έλεγχο παρασίτων (κόπρανα, ορολογικά)
 - γ) καλλιέργειες για βακτηρίδια ή μύκητες
 - δ) Ορολογικός έλεγχος ιογενών λοιμώξεων
 - ε) Έλεγχος για αυτοάνοσες νόσους.
10. Οδοντιατρικός έλεγχος (οδοντικά αποστήματα)
11. Έλεγχος για φυσικές κνιδώσεις

Πίνακας 4: Ερωτηματολόγιο επιβοηθητικό στη διάγνωση της κνίδωσης.

1. Συχνότης και διάρκεια των κνιδωτικών βλαβών
2. Συσχέτιση με το χρόνο της ημέρας
3. Μορφή των βλαβών (μέγεθος, κατανομή)
4. Ξυνηπάρχον αγγειοοίδημα
5. Οικογενειακό ιστορικό για κνίδωση, ατοπία
6. Συμπτωματολογία
7. Προηγούμενη ατοπική, λοιμώδης ή ορμονική νοσος
8. Φυσικοί παράγοντες ως εκλυτικά αίτια
9. Πρόσφατη λήψη φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων ενέσεων, ανοσοποιήσεων
10. Προηγούμενες αντιδράσεις σε φάρμακα
11. Καπνιστικές συνήθειες
12. Επαγγελματικές δραστηριότητες
13. Συσχέτιση με διακοπές ή ελεύθερο χρόνο
14. Χειρουργικές ή άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις
15. Αντιδράσεις σε τσιμπήματα εντόμων
16. Συσχέτιση με την εμμηνο ρύση
17. Απάντηση στη θεραπεία.

σε μικρή συχνότητα και συμπτώματα από άλλα συστήματα, όπως αίσθημα δύσπνοιας ή γαστρεντερικά ενοχλήματα.

Στη χρόνια κνίδωση έχει αναφερθεί και υπεροξύτητα στομάχου. Δυνατόν σε ορισμένες μορφές να συνυπάρχουν κεφαλαλγίες, μικρός πυρετός ή αρθραλγίες. Σε περίπτωση υποκείμενης οργανικής νόσου μπορεί να συνυπάρχει και η αντίστοιχη συμπτωματολογία.

Διαγνωστικές δοκιμασίες

Τα πρώτα βήματα για τη διάγνωση του αιτίου της κνίδωσης είναι απλά και περιλαμβάνουν τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, όσον αφορά τους δυνητικά εκλυτικούς παράγοντες, καθώς και την επισκόπηση του δέρματος για την πιστοποίηση της μορφής των βλαβών (Πιν. 3). Η αποτύπωση των βλαβών με ένα μαρκαδόρο βοηθά στην αποκάλυψη της παροδικής φύσης αυτών κατά τη διάρκεια επόμενης επισκόπησης.

Ο έλεγχος ύπαρξης δερμογραφισμού είναι εύκολη διαδικασία. Στη χρόνια κνίδωση, που το αίτιο της νόσου δεν είναι εύκολα εμφανές, ο ασθενής μπορεί να ζητηθεί να απαντήσει σε ένα λεπτομερές ερωτηματολόγιο (Πιν. 4) και να κρατά ημερολόγιο όσον αφορά τους δυνητικά εκλυτικούς παράγοντες, τα συμπτώματα και το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι περιορισμένης διαγνωστικής αξίας (Πιν. 3).

Στις περιπτώσεις που υπάρχει υποψία ύπαρξης φυσικής κνίδωσης, οι βλάβες μπορούν εύκολα να αναπαραχθούν με την

Πίνακας 5: Βασικές αρχές στη θεραπεία της κνίδωσης

1. Διάγνωση:
 - του εκλυτικού αιτίου και της ειδικής μορφής της κνίδωσης
2. Απομάκρυνση του αιτίου.
 - θεραπεία υποκειμένης νόσου, απομάκρυνση του κεντριού του εντόμου, πλασμαφαίρεση στην ηλιακή κνίδωση.
3. Αποφυγή των εκλυτικών παραγόντων
 - οδηγίες για εναλλακτικά φάρμακα, δίαιτα
4. Συμπτωματική αγωνή
 - τοπικά: κρύα επιθέματα, UV-light
 - συστηματικά: αντιισταμινικά, ανθελονοσιακά (στην αγγειίτιδα)
5. Απευαισθητοποίηση
 - ανοσοθεραπεία με το υπεύθυνο αλλεργιογόνο (:)
 - ελεγχόμενη αυξανόμενη έκθεση στο φυσικό παράγοντα (κρύο, ζέστη, φως).

εφαρμογή του υπεύθυνου φυσικού παράγοντα. Στην κνίδωση εκ πίεσεως επιβραδυνόμενου τύπου πρέπει να αναμένεται η εμφάνιση βλαβών 4-8 ώρες από την εφαρμογή της πίεσης.

Θεραπεία

Η απομάκρυνση του αιτίου παραμένει ο κύριος θεραπευτικός στόχος. Όμως, η συμπτωματική αγωγή που απελευθερώνει τον ασθενή από τα συμπτώματα είναι το πρώτο βήμα της θεραπευτικής προσέγγισης. Εάν προγραμματίζονται δερματικές δοκιμασίες και τα συμπτώματα δεν είναι πολύ έντονα, τότε δυνατόν να είναι ανακουφιστική η χρήση ενός διαλύματος που δροσίζει το δέρμα. Στη σπάνια περίπτωση πολύ σοβαρών αντιδράσεων δυνατό ν' απαιτηθεί η χρήση φαρμάκων όπως η αδρεναλίνη ή τα κορτικοειδή.

Οι πιο αποτελεσματικές ουσίες στην καταστολή των κνιδωτικών αντιδράσεων είναι τα αντιϊσταμινικά, γεγονός που υπογραμμίζει τον παθογενετικό ρόλο της ισταμίνης στην κνίδωση. Τα νεώτερα μη-κατασταλτικά αντιϊσταμινικά είναι πρώτης επιλογής, με πιθανή προσθήκη ενός παλαιότερου αντιϊσταμινικού, όπως η υδροξυλίνη, το βράδυ, που θα καταστείλει τις σοβαρότερες αντιδράσεις και θα ηρεμήσει τον ασθενή.

Οι αντιδράσεις ερυθήματος δυνατό ν' απαντούν σε ασπιρίνη (η χρήση της όμως στη χρόνια κνίδωση τις περισσότερες φορές προκαλεί επιδείνωση), ενώ η κνιδωτική αγγειίτις απαντά σε δαψόνη, κορτικοειδή και ιντερφερόνη α.

Τα κορτικοειδή ελέγχουν καλά την κνίδωση εκ πίεσεως επιβραδυνόμενου τύπου και από τα αντιϊσταμινικά φαίνεται ότι προσφέρει σημαντικά η χρήση της σετιριζίνης.

ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΣ

Ορισμός

Η Α.Δ. (συνώνυμος όρος: ατοπικό έκζεμα) είναι μια χρόνια ή χρονίως υποτροπιάζουσα κνησμώδης, φλεγμονώδης, εκζεματοειδής δερματοπάθεια, έχουσα ένα φάσμα χαρακτηριστικών κλινικών ιδιοτήτων, η οποία αρχίζει από την παιδική ηλικία και συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή και συνυπάρχουν ανοσολογικές διαταραχικές και ποικιλόμορφη απάντηση στη φαρμακευτική αγωγή. Εκτεταμένες μελέτες σε οικογένειες και πληθυσμούς ατόμων με Α.Δ. και διδύμους έδειξαν ευρύ ποσοστό σύμπτωσης της νόσου με άλλες ατοπικές παθήσεις, που έφθασε το 86% στους μονοζυγωτικούς διδύμους συγκριτικά με 21% στους διζυγωτικούς και επιβεβαίωσαν τη γενετική βάση της νόσου. Οι ατοπικές παθήσεις και η Α.Δ. ιδιαίτερα, έχουν πολυπαραγοντική αιτιολογία και η κλινική τους έκφραση αποτελεί τη συνισταμένη γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Επιπολασμός και φυσική πορεία

Οι επιδημιολογικές μελέτες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμού έχουν εμφανώς δείξει σημαντική αύξηση των ατοπικών παθήσεων και ιδιαίτερα αυτών που οφείλονται στις γύρεις, κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Ο επιπολασμός της

Α.Δ. είναι αυξανόμενος τουλάχιστον στα παιδιά και υπολογίζεται περίπου στο 5-10% του παιδικού πληθυσμού μέχρι 7 ετών.

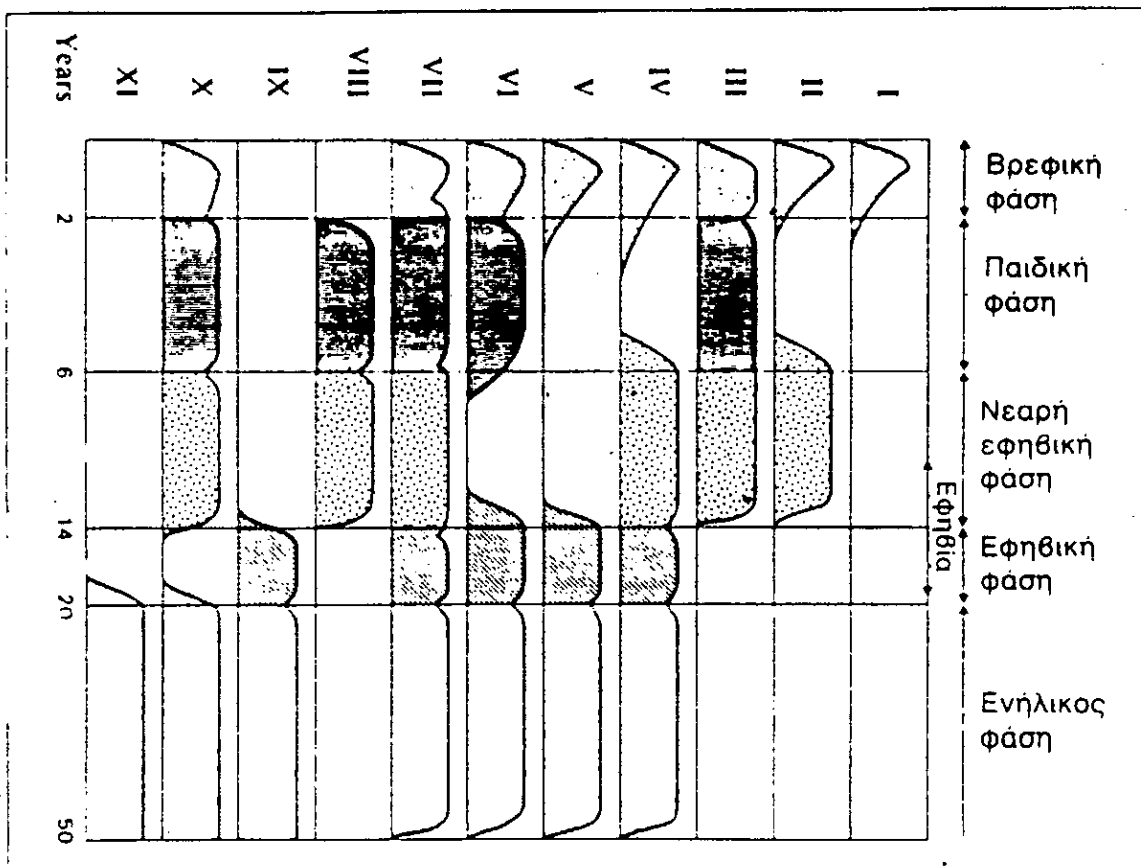
Η έναρξη της νόσου γίνεται κατά τη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, αλλά υπάρχουν αμφιλεγόμενες απόψεις όσον αφορά τη φυσική της πορεία και την πρόγνωση. Τα ποσοστά της επιμένουσας μετά την εφηβεία Α.Δ. που έχουν αναφερθεί, κυμαίνονται από 4-80%.

Τα υψηλά ποσοστά υποχώρησης της νόσου μπορούν να ερμηνευθούν μερικώς από το γεγονός ότι μερικοί ερευνητές δεν κάνουν διάκριση του βρεφικού εκζέματος σε ατοπική ή σμηγματοροϊκή δερματίτιδα, ενώ είναι γνωστό ότι η δεύτερη υποχωρεί πλήρως μετά το δεύτερο χρόνο της ζωής του παιδιού (Πιν. 1). Είναι λοιπόν πιθανό ότι η Α.Δ. επιμένει και πέραν της παιδικής ηλικίας, σε ποσοστό υψηλότερο απ' αυτό που γενικά πιστεύεται. Το 60,4% από 121 ασθενείς που επισκέφθηκαν για πρώτη φορά την κλινική είχαν μέση ηλικία 3,5 χρόνια και εξακολουθούσε να είχε κλινικά σημεία εκζέματος μετά από περίοδο παρακολούθησης 20,5 χρόνια.

Η πρώτη εκδήλωση της Α.Δ. μπορεί να παρατηρηθεί όχι μόνο αμέσως μετά την εφηβεία ή μεταξύ των ετών 20-30, αλλά και στις ηλικίες 50-60 ετών. Έντεκα τουλάχιστον μορφές υπάρχουν σε συνδυασμό με την προεία της νόσου (Εικ. 1). Στην κλινική πρακτική αναμένεται ότι 50-60% των παιδιών με Α.Δ. θα αναπτύξουν μετέπειτα αναπνευστική αλλεργία. Το 1/3 περίπου από αυτά θα αναπτύξει άσθμα και τα 2/3 αλλεργική ρινίτιδα (Πιν. 2 και 3).

Πίνακας 1:

Διαφορική διάγνωση	Βρεφική ατοπική δερματίτις	Σμηγματορροϊκή δερματίτις
Οικογενειακό ιστορικό ατοπίας	Θετικό στα 2/3	Αρνητικό
Έναρξη	Επίσης κατά το πρώτο τρίμηνο	Συνήθως το πρώτο τρίμηνο
Εντόπιση	Παρείες (Σμηγματόρροια τριχωτού κεφαλής νεογνών (milk crust), η περιρρινική και περιστοματική περιοχή είναι ελεύθερες), τράχηλος, βραχίονες, αργότερα οι καμπτικές επιφάνειες.	Σμηγματόρροια τριχωτού κεφαλής, βλέφαρα, ρινοχηλικά, οπισθοωτιαίως, παρατριμματικές
Εμφάνιση	Ερυθρηματο-βλατιδο-φυσσαλιδώδες, δρυφάδες, πιθανώς εξιδρωματικό, εσχάρες, μοιάζουν με μολυσματικό κηρίο, αργότερα λειχηνοποιείται.	Ερυθρηματώδες, γυροειδές, νομισματοειδές, λιπαρή απολέπιση, πιθανόν ψωριασιόμορφο.
Κνησμός	Εκσεσημασμένος	Ελάχιστος ή απουσιάζει
Δέρμα	Ξηρό, πιθανόν ιχθυόμορφο, ωχρο, πελιδνής χροίας	Λιπαρό
Δερμογραφισμός	Λευκός	Ερυθρός
Βιοχημικά ευρήματα:		
Ανοσοσφαιρίνα στο αίμα	Συχνά αυξημένα	Φυσιολογικά
Ελεύθερο IgE στον ορό	Συχνά αυξημένα	Φυσιολογική
Ειδική IgE (RAST)	Συχνά θετική για τροφές (γαλα ανελάδος, λευκωματίνη αυγού, αλεύρι σιταριού), αργότερα σε αεροαλλεργιογόνα	Αρνητική
Πορεία, πρόγνωση	Υποτροπές, συχνά χρόνια	Συνήθως ίαση
Επιπλοκές	Ατοπική ερυθροδερμία του Hill, ερπητοειδές έκζεμα.	Απολεπιστική ερυθροδερμία (Νόσος του Leiner)
Συμπαρουσείς ασθένειες	Αλλεργικό άσθμα, κνίδωση (τροφική αλλεργία)	Όχι συχνά



Εικ. 1. Πορεία της ατοπικής δερματίτιδας (Wüthrich, 1981).

Πίνακας 2: Αναπνευστική αλλεργία σε 121 παιδιά (<10 ετών) με ατοπική δερματίτιδα.

	Αριθμός ατόμων		Ηλικία έναρξης (έτη)
	n	%	
Βρογχικό άσθμα	34	(28.1%)	4.5 ± 3.4*
Εποχιακή ρινίτις	40	(33.1%)	7.6 ± 3.2
Χρόνια ρινίτις	14	(11.6%)	6.3 ± 4.1
Σύνολο ασθενών με αναπνευστική αλλεργία	66	(54.5%)	

* Το άσθμα εμφανίζεται σημαντικά ενωρίτερα από την ρινίτιδα ($p < 0.0001$).

Πίνακας 3: Αναπνευστική αλλεργία σε 132 ενήλικες ασθενείς (>15 ετών) με ατοπική δερματίτιδα.

	Αριθμός ατόμων	
	n	%
Βρογχικό άσθμα	49	(37.1%)
Εποχιακή ρινίτις	49	(37.1%)
Χρόνια ρινίτις	30	(22.7%)
Σύνολο ασθενών με αναπνευστική αλλεργία	77	(58.3%)

Πίνακας 4: Οδηγίες για τη διάγνωση της ατοπικής δερματίτιδας (Hamifin and Rajka 1980)

Πρέπει να υπάρχουν 3 ή περισσότερα βασικά χαρακτηριστικά:
κνησμός

Τυπική μορφολογία και κατανομή

α) Ληχεινοποίηση ή γραμμικότητα των καμπτικών επιφανειών.

β) Συμμετοχή προσώπου και καμπτικών επιφανειών στα βρέφη και στα παιδιά.

Χρόνια ή χρονίως υποτροπιάζουσα δερματίτις

Ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ατοπίας (άσθμα, αλλεργική ρινίτις, ατοπική δερματίτις).

Επιπλέον, 3 ή περισσότερα ελάσσονα χαρακτηριστικά:

Ξηροδερμία / Υπεργραμμικότητα παλαμών / Τριχοειδής κεράτωση

Αμέσου τύπου (τύπου I) δερματική αντιδραστικότητα

Αυξημένη ολική IgE στον ορό.

Πρώιμη ηλικία έναρξης

Συχνές λοιμώξεις δέρματος (κυρίως από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και από απλό έρπητα) / κατεσταλμένη κυτταρική ανοσία.

Τάση για εκδήλωση μη ειδικής δερματίτιδας χεριών και ποδιών.

Έκζεμα θηλών των μαστών.

Χειλίτις

Υποτροπιάζουσα επιπεφυκίτις

Γραμμές Dennie - Morgan

Κερατόκωνος

Πρόσθιος υποκαψικός καταρράκτης

Μαύροι κύκλοι στα μάτια.

Ωχροτής ή ερυθρήμα προσώπου

Pityriasis alba

Πτυχές προσθίου αυχένος

Εμφάνιση κνησμού στο ιδρώμα

Μη ανοχή στα μάλλινα και στα λιπαρά διαλυτικά

Θυλακικά στοιχεία (Peri-ollicular accentuation)

Δυσανεξία σε τροφές

Πορεία που επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς / συναισθηματικούς παράγοντες.

Λευκος δερμογραφισμός / επιβραδυνόμενη ωχρότης.

Πινακας 5: Παθογενετικοι παράγοντες στην ατοπική δερματίτιδα.

I. Κλινικά χαρακτηριστικά:

1. Γενετικοί παράγοντες
2. Μορφολογικές και λειτουργικές ανωμαλίες του δέρματος
3. Αυξημένη παρουσία χρυσιζοντος σταφυλόκοκκου στο δέρμα και ευαισθησία στις λοιμώξεις.
4. Διαταραχές λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος.
5. Ψυχολογικοί και ψυχοσωματικοί παράγοντες.

II. Ανοσολογικά / βιοχημικά χαρακτηριστικά:

6. Ανοσολογικές ανωμαλίες.
 - 6.1. IgE, IgE-συμπλέγματα (IgE βιοσύνθεσις).
 - 6.2. Διαταραχή ισορροπίας των υποπληθυσμών των T-κυττάρων.
 - 6.3. Διαταραχή στη λειτουργία των κοκκιοκυττάρων και μονοκυττάρων (χημειοταξία).
 - 6.4. Ρόχος των επιδερμικών κυττάρων Langerhans
7. Βιοχημικές ανωμαλίες
 - 7.1. Ρύθμιση κυκλικών νουκλεοτιδίων (cAMP-φωσφοδιεστεράσες).
 - 7.2. Ελλειμματική λειτουργία της δ -6-desaturase.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η Α.Δ. είναι μια ελκυστική νοσολογική οντότητα με πολλαπλές εκδηλώσεις. Καθώς δεν υπάρχουν παθογνωμονικά σημεία, η κλινική διάγνωση δυνατόν να είναι δύσκολη και από έμπειρους ιατρούς (Πιν. 4). Η νόσος διαδράμει μέσω ποικίλων φάσεων (βρεφική, παιδική, προεφηβική, εφηβική, νεαρών ενηλίκων, ενηλίκων, ηλικιωμένων) και προκαλεί γενικά τυπικές αντιδράσεις εξαρτώμενες από την ηλικία, τη διάρκεια της νόσου και την ατομική προδιάθεση. Η γνώση των ποικίλων εκδηλώσεων της Α.Δ., συμπεριλαμβανομένων και των άτυπων μορφών, ιδιαίτερα στα παιδιά, καθιστά ευκολότερη τη σωστή διάγνωση και θεραπεία.

ΒΡΕΦΙΚΗ ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΣ

Το βρεφικό έκζεμα χαρακτηρίζεται αρχικά από περιγεγραμμένη ερυθματώδη βλάβη, επί της οποίας στη συνέχεια εμφανίζονται διάσπαρτα οζίδια, μικρές φουσαλίδες, διάστικτες εξιδρωματικές περιοχές και σχηματισμός εσχάρας και στις δυο παρειές (Εικ. 3). Το χαρακτηριστικό ιδίωμα είναι ότι η ρινοχειλική περιοχή παραμένει απρόσβλητη.

Οι βλάβες είναι δυνατό να εμφανισθούν και σε άλλα σημεία του σώματος. Ο κνησμός είναι το χαρακτηριστικό σύμπτωμα του βρεφικού εκζέματος. Συνυπάρχει συχνά

δευτερογενής εκζεματοποίηση, με σχηματισμό φουσαλίδων ή ακόμη και βακτηριακή επιμόλυνση, κυρίως από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

Μεγαλώνοντας το παιδί εμφανίζεται κλινική εικόνα όμοια με αυτή των εφήβων και των ενηλίκων (εικ. 4-5). Ο κνησμός και η λειχηνοποίηση είναι οι κύριες βλάβες του δέρματος, στις καμπτικές επιφάνειες (αγκώνες - γόνατα), πρόσωπο, τράχηλο και άνω επιφάνεια κορμού. Οι δρυφάδες είναι αποτέλεσμα του κνησμού και συχνό εύρημα.

Κλινικά μπορεί να διαφοροποιηθούν διάφορες μορφές βλαβών, οι οποίες συχνά εμφανίζονται σε συνδυασμό με μη-ειδικές βλάβες που σχετίζονται συχνά με τον κνησμό:

- εκζεματοειδής αντίδραση και σχηματισμός βλατιδώδους - φουσαλιδώδους εξανθήματος και έντονη φλεγμονή λόγω κνησμού (Εικ. 6)
- η λειχηνοποίηση με τις χαρακτηριστικές βλάβες (πάχυνση, διηθημένες πλάκες κ.λπ.) (Εικ. 7)
- η αντίδραση δίκην κνήφης με σχηματισμό βλατίδων λόγω δρυφάδων (Εικ. 8)
- το νομισματοειδές έκζεμα με εκτεταμένες φλεγμονώδεις βλάβες (Εικ. 9)
- η αντίδραση δίκην σμηγματορροϊκής δερματίτιδος με ελαφρά απολεπιζόμενες ερυθρές βλάβες στην περιοχή της μασχάλης, τη μηρογεννητική περιοχή, την οπισθονωτιαία περιοχή και μερικές φορές στον κορμό (Εικ. 10)
- η θηλακιδώδης αντίδραση ή το πιτυριασιόμορφο λειχνοειδές έκζεμα (εικ. 11)

- η βλατιδώδης αντίδραση, στις εκτατικές επιφάνειες των γονάτων, των αγκώνων και της έξω επιφάνειας των χεριών (Εικ. 12).

Ελάσσονα σημεία Α.Δ.

Υπάρχουν ειδικές μορφές της εκδήλωσης της Α.Δ. που οφείλεται σε ειδικές περιοχές εμφάνισης των βλαβών. Τέτοιες περιοχές είναι:

- το ατοπικό έκζεμα των βλεφάρων (εικ. 13)
- τα χείλη, τα αυτιά και η μύτη
- ραγάδες στα στόμια των ρινικών χοάνων
- ραγάδες στη θηλή των μαστών και στο αιδοίο
- στα δάκτυλα χεριών και ποδιών (Εικ. 15).

Τέτοιες εντοπισμένες εκδηλώσεις σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες βοηθούν πολύ στη σωστή διάγνωση της ατοπικής πάθησης.

Μορφολογικές και λειτουργικές ανωμαλίες του ατοπικού δέρματος

Το ξηρό δέρμα είναι ένα ιδιαίτερο κλινικό χαρακτηριστικό της Α.Δ. και είναι αποτέλεσμα διάφορων παραγόντων:

1. Σχετίζεται με την κοινή ιχθύωση, που κληρονομείται με αυτόσωμο επικρατούντα χαρακτήρα σε ποσοστό 2-40% των περιπτώσεων.



Εικ. 1.
Βρεφική ατοπική δερματίτις
Ο εκσεσημασμένος κνησμός
μπορεί να παρατηρηθεί από την
στάση του μωρού: η «κρούστα
γάλακτος» στο πρόσωπο και στα
δύο μάγουλα, καθώς και
διεσπαρμένες εστίες στον κορμό

Εικ. 2.
Βρεφική σμηγματορροϊκή
δερματίτις: λιπαρό, στιλπνό
δέρμα, απολέπιση και ερυθρότητα
στις προσβληθείσες περιοχές του
δέρματος (περιοχή των
σπαργάνων) χωρίς κνησμό



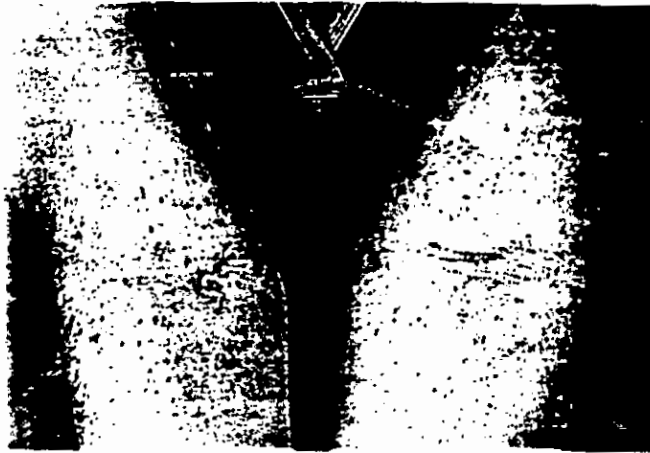
«From Handbook of Atopic Eczema,
Springer Verlag, Heidelberg 1991.»



Εικ. 3.
Εκζεματοειδής αντίδραση με φουσσαλίδες και οίδημα
(η ρινοχειλική και περιστοματική περιοχή είναι
καθαρές)

Εικ. 4.
Ατοπική δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας

Εικ. 7
Ληχεινοποίηση της προσθίας
καμψής των αγκώνων



Εικ. 5
Ατοπική δερματίτις των νεαρών
ενηλίκων: τυπικό εκζεμα των
καμπτικών περιοχών



Εικ. 6.
Μορφή εκζεματοειδούς αντίδρασης

«From Handbook of Atopic Eczema,
Springer Verlag, Heidelberg 1991»

Εικ. 8.
Μορφή κνηφής





Εικ. 9.
Νομισματοειδές έκζεμα.



Εικ. 10.
Σηπγατορροϊκή δερματίτις



Εικ. 11.
Θυλακιώδης δερματίτις

«From Handbook of Atopic Eczema,
Springer Verlag, Heidelberg 1991»

Εικ. 12.
Βλατιδώδες εξάνθημα



Εικ. 14.
Οπισθοωτιαία ρανασ.

“From Handbook of Atopic Eczema,
Springer Verlag, Heidelberg 1991”



Εικ. 15.
Ατοπικό εκέμα θλάσων



κ 15
πικός
ουθ

Εικ. 16.
Επιμόλυνση (δίκης
ιολυσματικού κηριού)
απο χρυσίζοντα σταφυλοκκοκο



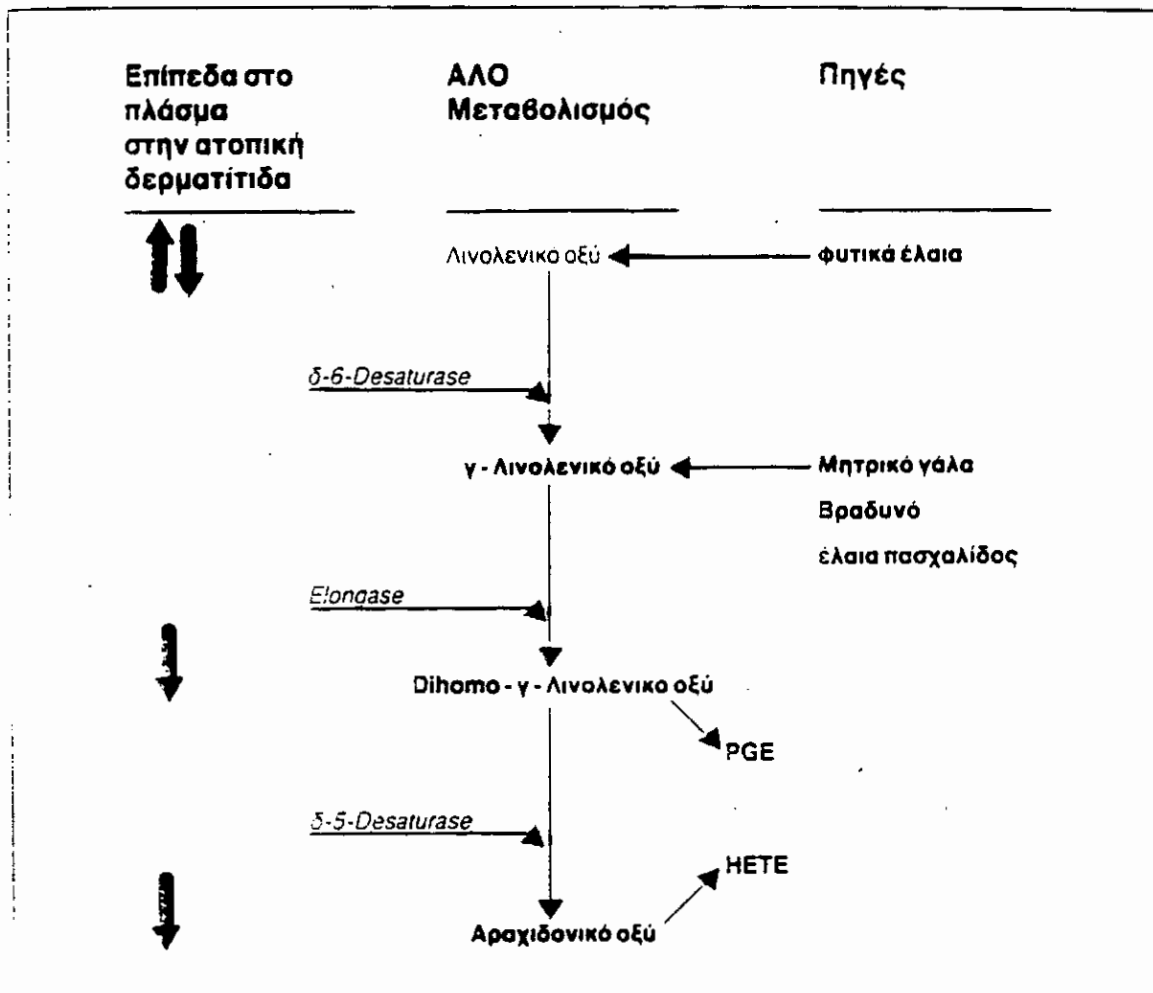
2. Μείωση των εκκρινόμενων λιπιδίων στο δέρμα, οφειλόμενη σε ανεπάρκεια των σμηγματογόνων αδένων.
3. Αυξημένη απώλεια ύδατος από το δέρμα.
4. Έκφραση μιας ήπιας εκζεματοειδούς δερματίτιδας.

Το αποτέλεσμα των μορφολογικών ανωμαλιών είναι ελαττωμένη αντίσταση στα αλκάλια και μια τάση εκδήλωσης μη-ειδικών δερματικών αντιδράσεων σε ερεθιστικές ουσίες και ελαττωματικής λειτουργίας του φραγμού του δέρματος σε αλλεργιογόνα, βακτηρίδια και ιούς.

Υπολειμματικότητα του μεταβολισμού των βασικών λιπαρών οξέων

Τα Β.Λ.Ο. (εικ. 2) δρουν μέσω του δέρματος ως δομικά συστατικά του φραγμού για τη διαπερατότητα των επιδερμικών λιπιδίων και ως πρόδρομες ουσίες για το σχηματισμό των προσταγλανδινών. Τα Β.Λ.Ο. δεν σχηματίζονται στην επιδερμίδα και αυτά που βρίσκονται εκεί προέρχονται από τις τροφές, ιδιαίτερα το ολεϊκό και το λινολενικό οξύ και από τους σχηματιζόμενους στο ήπαρ μεταβολίτες τους, π.χ. γ-λινολενικό οξύ.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι το επίπεδο του πλάσματος των μεταβολιτών των Β.Λ.Ο. είναι μειωμένα σε ασθενείς με Α.Δ., ενώ είναι αυξημένα τα επίπεδα του λινολενικού οξέος. Η προσθήκη στο διαιτολόγιο γ-λινολενικού οξέος ουσιωδώς βελτιώνει το ατοπικό δέρμα.



Εικ 2. Μεταβολισμός των βασικών λιπαρών οξέων.

Αποικισμός με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και ευαισθησία σε λοιμώξεις του δέρματος

Στο δέρμα των ατόμων με Α.Δ. υπάρχει μεγαλύτερος αριθμός από χρυσίζοντες σταφυλόκοκκους, απ' ό,τι υπάρχει στο δέρμα των φυσιολογικών ατόμων και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δευτεροπαθείς λοιμώξεις, π.χ. πυοδερμία, θυλακίτιδα ή μολυσματικό κηρίο (Εικ. 16). Η πρωτεΐνη Α, που παράγεται από το χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, δυνατό να έχει άμεση φλεγμονώδη δράση στο δέμα. Υπάρχουν αυξημένα επίπεδα IgE έναντι καφικών αντιγόνων του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου, ενώ η κυτταρική ανοσία είναι μειωμένη. Η βελτίωση της Α.Δ. εμφανώς σχετίζεται με τη μείωση του αποικισμού του δέρματος με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

Διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος

Στην Α.Δ. υπάρχουν μερικά καλώς γνωστά φαινόμενα αγγειακής προέλευσης, που οφείλονται στον τρόπο αντίδρασης των μικρών αιμαγγείων, π.χ. ο παράδοξος λευκός δερμογραφισμός, η λευκή αντίδραση με το νικοτινικό οξύ, η επιβραδυνόμενη λεύκανση του δέρματος μετά από ένεση ακετυλοχολίνης, η απουσία του λάμποντος ερυθήματος μετά υποδόρια χορήγηση ισταμίνης, καθώς και η ανώμαλη παραγωγή ιδρώτα ή άλλα φαινόμενα.

Ψυχολογικοί και ψυχοσωματικοί παράγοντες

Δεν είναι δυνατό να συζητηθεί το σύνθετο αυτό πρόβλημα σ' αυτή την ανασκόπηση. Δεν είναι ξεκαθαρισμένο αν οι ψυχολογικοί ή ψυχοσωματικοί παράγοντες παίζουν κύριο ρόλο στη σύνθετη αυτή νόσο, αλλά υπάρχει βεβαιότητα ότι υπάρχει αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών με εξάρσεις της Α.Δ. και πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στον έλεγχο της νόσου.

Αυξημένα επίπεδα IgE και κλινική σημασία των ειδικών IgE

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα επίπεδα της IgE στον ορό είναι αυξημένα στην Α.Δ. Η IgE σε βιοψίες δέρματος από βλάβες είναι τρεις φορές υψηλότερη απ' αυτή που είναι καθηλωμένη στα σιτευτικά κύτταρα, καθώς και στα β-λεμφοκύτταρα, τόσο του ορού όσο και αυτών που ανευρίσκονται στη διήθηση του δέρματος.

Η δοκιμασία πρόκλησης από του στόματος, στις περιπτώσεις ύπαρξης ειδικών IgE αντισωμάτων έναντι τοοφικών αλλεργιογόνων μετά από σύντομο διάστημα εφαρμογής δίαιτας περιορισμού, έδειξε τις ακόλουθες τέσσερες κλινικές καταστάσεις:

1. Η αλλεργική αντίδραση αποτελείτο από τυπικά IgG-εξαρτώμενα συμπτώματα, όπως κνησμός, κνίδωση, αγγειοοίδημα, έμετο, ρινίτιδα ή κρίση άσθματος και

- σπάνια συστηματική αναφυλαξία, χωρίς επιδείνωση του εκζέματος (άμεση αντίδραση).
2. Στις περιπτώσεις υπαρκτής κνησμού, ερυθήματος ή κνιδώσεως, ο επακόλουθος ξεσμός του δέρματος επιδείνωσε την κατάσταση του δέρματος και προκάλεσε έξαρση προϋπάρχουσας Α.Δ. (διφασική αντίδραση).
 3. Η επιδείνωση του εκζέματος, 6-24 ώρες μετά την τροφική πρόκληση, χωρίς να υπάρχει άμεση αντίδραση, παρατηρήθηκε πολύ σπάνια (όψιμη αντίδραση).
 4. Η τροφική πρόκληση δεν επέφερε καμία αντίδραση. Η IgE-ευαισθητοποίηση ήταν χωρίς κλινική σημασία.

Θεραπευτικός χειρισμός Α.Δ.

Συστηματική Αγωγή

Αφού ο κνησμός είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα της Α.Δ., τα αντικνησμικά φάρμακα συνταγογραφούνται πρώτα και ιδιαίτερα τα αντιϊσταμινικά με ήπια κατασταλτική δράση και ειδικά επιλεγμένα ψυχοφάρμακα (αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά ή νευροληπτικά).

Η από του στόματος χορήγηση κορτικοειδών δεν συνίσταται παρά μόνο στις εξάρσεις της νόσου και σε ειδικές καταστάσεις. Αυτό διότι το μακροχρόνιο και αποδεκτό κλινικό όφελος επιτυγχάνεται μόνο με τη χορήγηση υψηλών δόσεων, που όμως έχουν τον κίνδυνο πρόκλησης κορτικοεξάρτησης και δευτεροπαθούς καταστολής των επινεφριδίων.

Τα ευρέως φάσματος αντιβιοτικά, όπως η ερυθρομυκίνη, συνιστώνται μόνο σε εκτεταμένες επιμολυσμένες δερματικές βλάβες.

Τοπική Αγωγή

Η τακτική και κατάλληλη φροντίδα του δέρματος με ήπιες ενυδατικές κρέμες που περιέχουν ουρία είναι πρωταρχικής σημασίας. Για την ενυδάτωση και θεραπεία του εκζέματος στα παιδιά χρησιμοποιείται αλοιφή αμυγδαλέλαιου.

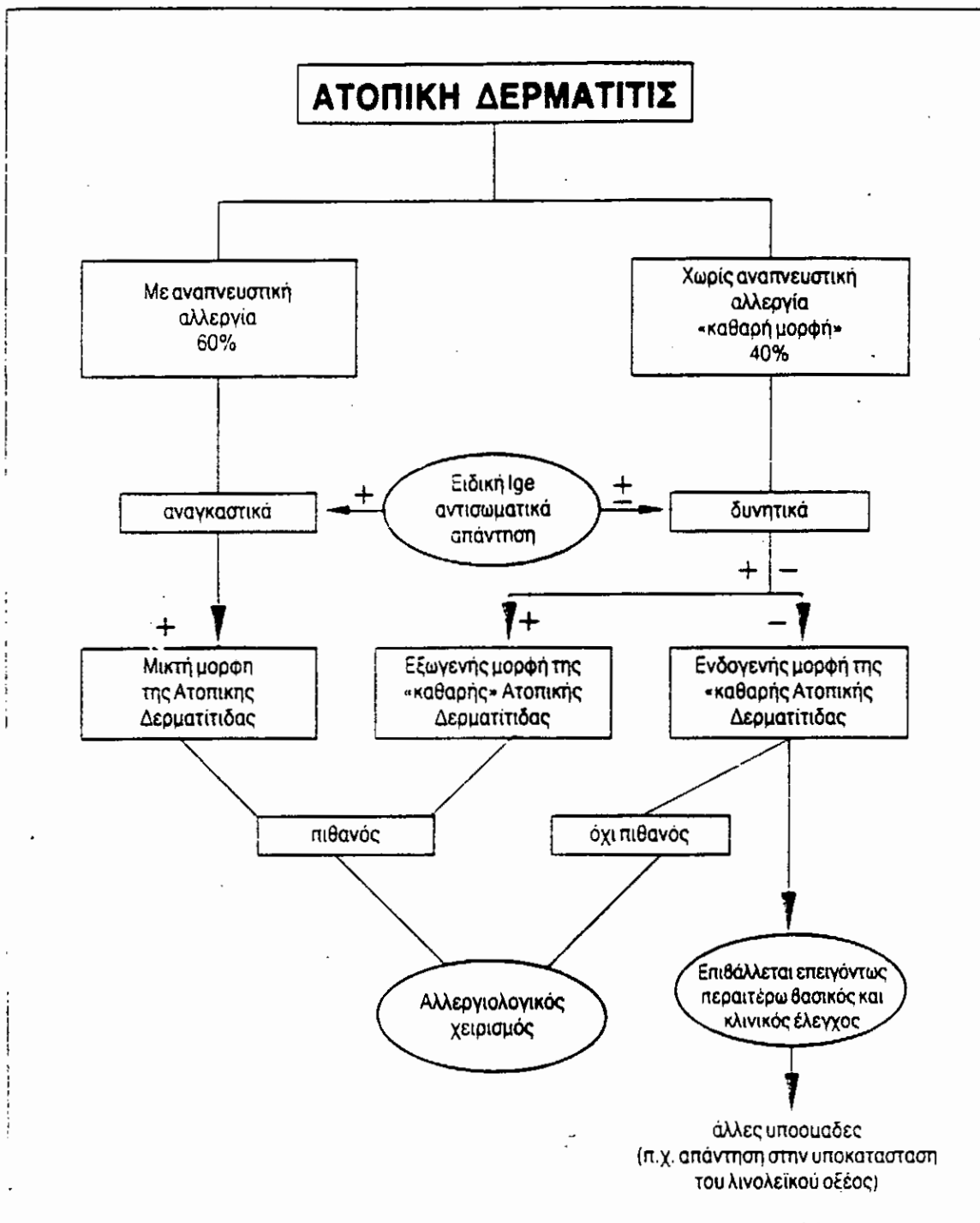
Τα αλκαλικά σαπούνια ή καθαριστικά πρέπει να αποφεύγονται και να αντικαθίστανται με ουδέτερα ή όξινα σαπούνια. Τα ενυδατικά λουτρά συνιστώνται. Οι αλοιφές πίσσας επιτρέπονται (ταρ).

Τα γλυκοκορτικοειδή σε μορφή διαλύματος, αφρού ή κρέμας, είναι το ουσιώδες τμήμα της σύγχρονης αγωγής στις περιπτώσεις οξέων ή υποξέων δερματικών βλαβών, αλλά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συνεχώς πέραν των 2-3 εβδομάδων.

Σε επιμολυσμένες βλάβες συνίσταται η χρήση αντισηπτικών ενυδατικών επιθεμάτων. Η επίθεση γαζών με πίσσα ή παράγωγά της όλο το βράδυ είναι αποτελεσματική στις χρόνιες λειχηνοποιημένες δερματικές βλάβες.

Ειδικά αλλεργιολογικά μέτρα

Αν και οι αλλεργικοί παράγοντες αποτελούν μόνο ένα μέρος από την αλυσίδα των αιτιολογικών παραγόντων της ατοπικής δερματίτιδας, ο προσεκτικός και επιλεγμένος αλλεργιολογικός έλεγχος με δερματικές δοκιμασίες και προσδιορισμούς είναι δυνατό να βοηθήσει στην ταυτοποίηση και την αποφυγή δυνητικά



Εικ 3. Ταξινόμηση της ατοπικής δερματίτιδας σε τρεις κύριες μορφές («εξωγενής», «ενδογενής» και «μικτή»), σύμφωνα με την παρουσία ή όχι της σχετιζόμενης αναπνευστικής αλλεργίας και τα αποτελέσματα ενός λεπτομερους αλλεργιολογικού ελέγχου (δερματικές δοκιμασίες και προσδιορισμός IgE-RAST) (Wüthrich, 1989).

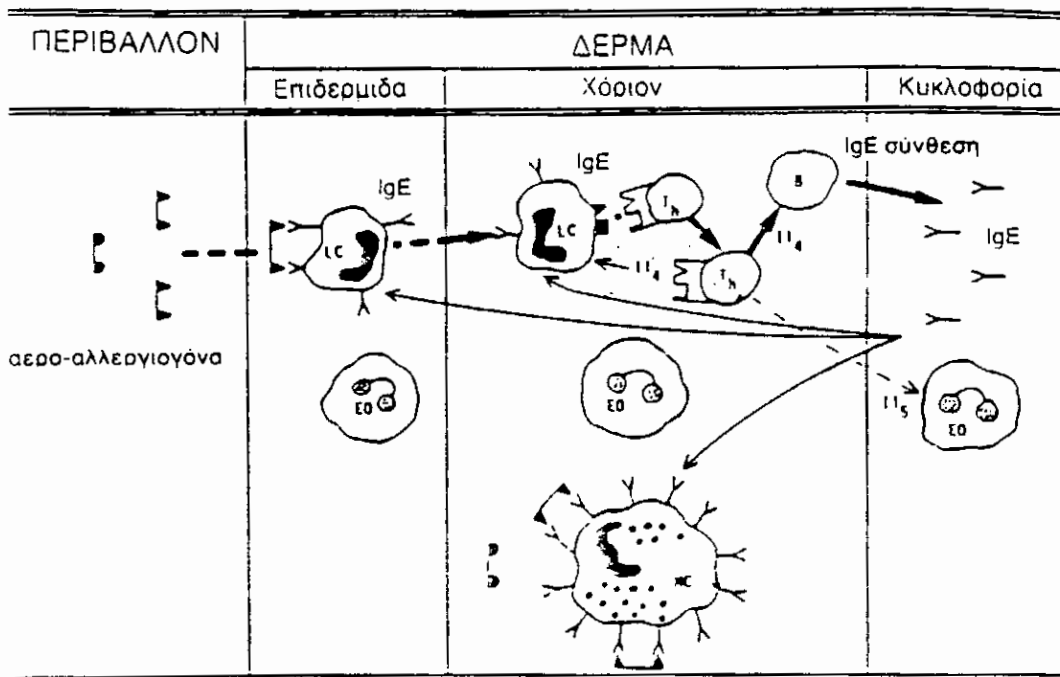
προκαλούντων με την επαφή, τον κνησμό αλλεργιογόνων (τροφικών, εισπνεόμενων, ή αλλεργιογόνων που έρχονται σε άμεση επαφή με το δέρμα).

Η υγιεινή και ο έλεγχος του μικρο-περιβάλλοντος του σπιτιού έχει μεγάλη σημασία, ειδικά σε ασθενείς που εμφανίζουν και αναπνευστική αλλεργία. Στα ανωτέρω περιλαμβάνονται ο περιορισμός της έκθεσης στα ακάρεα και απομάκρυνση των κατοικίδιων ζώων. Ο κατάλληλος επαγγελματικός προσανατολισμός έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα.

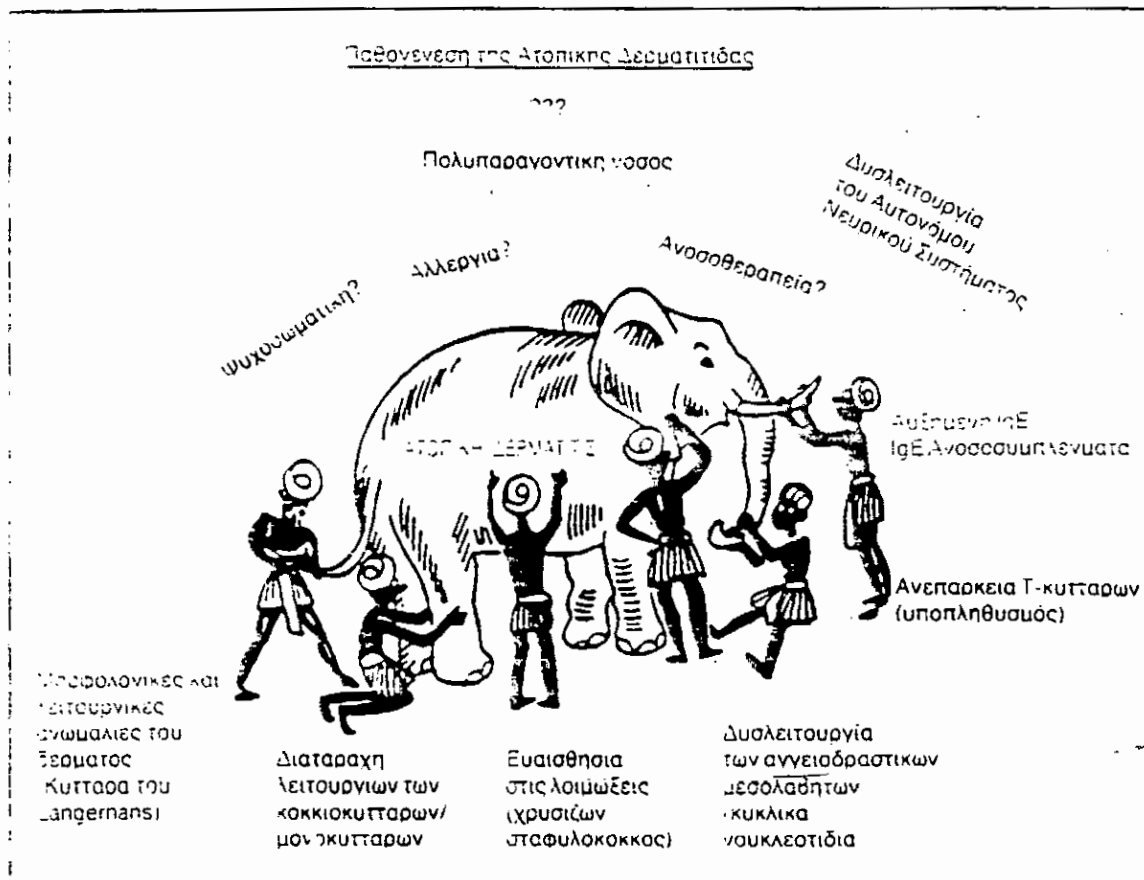
Νοσηλεία και αλλαγή κλίματος

Εκτός από τη συμπτωματική αγωγή, η προσπάθεια που πρέπει να γίνεται είναι ν' αντιμετωπίζεται συνολικά το πρόβλημα του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αντιμετωπίζονται και τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα του ασθενούς. Στην περίπτωση αποτυχίας όλων των δυνατοτήτων αγωγής και σε σοβαρές περιπτώσεις, ο ασθενής πρέπει να εισάγεται σε ειδικά νοσηλευτικά τμήματα.

Τέλος, η αλλαγή κλίματος με σκοπό την αύξηση της έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία δεν πρέπει να λησμονείται, είτε στα βουνά της Β. θάλασσας είτε στις Μεσογειακές χώρες.



Εικ. 4. Παθονενετικά μοντέλα της Ατοπικής δερματίτιδας: ο ρόλος των αεροαλλεργιογόνων και των φερόντων IgE κυττάρων του Langerhans (Bruilnzeef - Koopman, 1989).



Εικ. 5. Παθογενετικοί παράγοντες στην ατοπική δερματίτιδα (Wüthrich, 1987).

**... Ο πόθος της ελευθερίας είναι η κινητήρια
δύναμη της εξέλιξης των ανθρώπων...**

**...Χρόνος εστιν εν ω καιρός, και καιρός εν ω
χρόνος ου πολύς· άκεσις χρόνω έστι δε ηνίκα και
καιρώ...**

Ιπποκράτης (Παραγγελίαι)

ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΣ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣΟρισμός

Η αλλεργική δερματίτιδα εξ' επαφής είναι μια κυτταρο-εξαρτώμενη αλλεργική αντίδραση επιβραδυνόμενου τύπου. Η ευαισθητοποίηση με τα αλλεργιογόνα γίνεται κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης, η οποία είναι συνήθως σιωπηλή. Όταν επαναληφθεί η επαφή, η ευαισθητοποίηση εμφανίζεται με τη μορφή του αλλεργικού εκζέματος εξ' επαφής. Η εκδήλωση είναι οξεία ή χρόνια αλλεργική εξ' επαφής δερματίτιδα, εξαρτώμενη από την ένταση και την τρέχουσα δυναμική της έκθεσης στο αλλεργιογόνο.

Αιτιολογία και παθογένεια

Τα πιο πολλά αλλεργιογόνα που ευαισθητοποιούν την επαφή είναι χαμηλού μοριακού βάρους και επομένως διεισδύουν εύκολα στο δέρμα. Ο κίνδυνος ευαισθητοποίησης εξαρτάται από τις ιδιότητες της ουσίας, τη συγκέντρωση που γίνεται η έκθεση, τις υπάρχουσες βλάβες στο δέρμα, καθώς και την ευπάθεια του ατόμου για ευαισθητοποίηση.

Οι περισσότερες ουσίες με ικανότητα πρόκλησης ευαισθητοποίησης με τις οποίες έρχονται σ' επαφή καθημερινά πολλοί άνθρωποι είναι ασθενή αλλεργιογόνα, δηλαδή ευαισθητοποιούν μόνο μετά από παρατεταμένη επαφή. Εντούτοις, ορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς προάγουν την ευαισθητοποίηση με δυνητικά σοβαρά επακόλουθα, π.χ. οι νέες κοπέλες που έχουν τρυπήσει τα αυτιά τους συχνά ευαισθητοποιούνται στο νικέλιο.

Ο κίνδυνος ευαισθητοποίησης του ατόμου φαίνεται ότι είναι γενετικά καθοριζόμενος. Ενώ το φύλο δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συχνότητα ευαισθητοποίησης - ακόμα και αν υπάρχουν διαφορές στις αντιδράσεις όσον αφορά το φύλο - η ηλικία φαίνεται ότι επηρεάζει την επίπτωση ευαισθητοποίησης. Τα μικρά παιδιά έχουν χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης εκζέματος. Γενικά οι ευαισθησίες αυξάνονται με την πάροδο της ηλικίας, με αποτέλεσμα θετικές αντιδράσεις να συμβαίνουν πιο συχνά σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα.

Όλες οι παθήσεις που καταστέλλουν την κυτταρική ανοσία, π.χ. καρκίνος, λεμφώματα, φυματίωση, λέπρα, HIV λοίμωξη και η ανοσοκατασταλτική αγωγή, όπως συστηματική θεραπεία με κορτικοειδή ή κυτταροστατικά, μειώνουν ή αναστέλλουν την ευαισθητοποίηση και την εκζεματική αντίδραση. Η ευαισθητοποίηση ως επίκτητο επακόλουθο παραμένει ισόβια, ιδιαίτερα όταν το άτομο έρχεται περιστασιακά σε επαφή με τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα.

Η απευαισθητοποίηση έχει προηγηθεί πειραματικά με από του στόματος χορήγηση αντίστοιχου αλλεργιογόνου. Όμως, αν η χορήγηση διακοπεί, τότε το ευεργετικό αποτέλεσμα εξαφανίζεται ταχέως και γι' αυτό τέτοια μέτρα δεν έχουν γίνει αποδεκτά για τη θεραπεία της δερματίτιδος εξ επαφής.

Συμπτώματα και σημεία

1. Οξεία αλλεργική δερματίτις εξ επαφής

Η Ο.Α.Ε.δ εξ' επαφής εμφανίζεται ως αντίδραση επιβραδυνόμενου τύπου στην περιοχή της επαφής, συνήθως 24-48 ώρες μετά την επαφή με το αλλεργιογόνο. Η συμπτωματολογία συνίσταται από κνησμό -συνχά

πολύ έντονο- με επιτεινόμενη ερυθρότητα, οίδημα και δυνατόν σχηματισμό βλατιδοφυσσαλιδώδους ερυθήματος, αφήνοντας μια φλεγμονώδη περιοχή. Η "διασπορά" του αλλεργιογόνου συμβαίνει αιματογενώς ή με τη λεμφική οδό. Η κατάσταση φτάνει στα τυπικά στάδια της απολέπισης ή το σχηματισμό εσχάρας. Όπως και στην τοπική δερματίτιδα εξ' επαφής, το υπολειπόμενο ερύθημα μπορεί να επιμείνει.

Διαγνωστικά, η οξεία αλλεργική δερματίτις εξ' επαφής διακρίνεται από την τοξική δερματίτιδα από την καθυστερημένη εμφάνιση των βλαβών μετά από επαφή με τον αιτιολογικό παράγοντα, από τη διάχυτη οριοθέτηση των δερματικών βλαβών και από το μεγαλύτερο πολυμορφισμό αυτών, δηλαδή από εξάνθημα διάφορων σταδίων που δυνατόν να εμφανίζεται ταυτόχρονα. Εντούτοις, δυνατόν αρχικά να τεθεί η διάγνωση της αλλεργικής δερματίτιδας εξ επαφής και μόνο με την εξέλιξη των βλαβών να είναι δυνατός ο ακριβής προσδιορισμός της τοξικής ή αλλεργικής δερματίτιδας.

2. Χρόνια αλλεργική δερματίτις εξ επαφής

Η χρόνια αλλεργική δερματίτις εξ' επαφής δυνατόν να είναι πρωτογενής, οφειλόμενη σε χρόνια αλλά όχι επίμονη επαφή με το αλλεργιογόνο, ή να είναι δευτερογενές επακόλουθο της οξείας αλλεργικής δερματίτιδας εξ' επαφής.

Η Χ.Α.Δ. εξ' επαφής απαντάται σε περιοχές του δέρματος που προσβάλλονται από το αλλεργιογόνο, αλλά συχνά εμφανίζεται βλατιδοφυσσαλιδώδη διασπορά και στις γειτονικές περιοχές. Ανάλογα με τη χρονιότητα, παρουσιάζεται ένας αριθμός δερματικών βλαβών, όπως βλατίδες, βλατιδοφυσσαλιδώδες εξάνθημα, διαβρώσεις, εσχάρες και αν η κατάσταση παραμένει επί μακρόν εμφανίζεται λειχηνοποίηση, ραγάδες, απολέπιση.

Ορισμένες βλάβες υπερκεράτωσης στα χέρια είναι δυνατό να μιμούνται ψωριασικές βλάβες. Όμως η ψωρίαση εμφανίζει σαφή περιχαράκωση των βλαβών και συχνά δεν εμφανίζει διασπορά. Οι βλάβες στα νύχια συχνά χρησιμεύουν για τη διάκριση της νόσου. Ενώ το καλούμενο "έκζεμα των ονύχων" έχει ανώμαλη επιφάνεια με αύλακες και εντομές, στην ψωρίαση οι εντομές έχουν τη μορφή οπών (κηλίδων) και στις σοβαρές περιπτώσεις αναπτύσσεται ονυχοδυστροφία.

ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Η αιματογενής αλλεργική δερματίτις εξ' επαφής

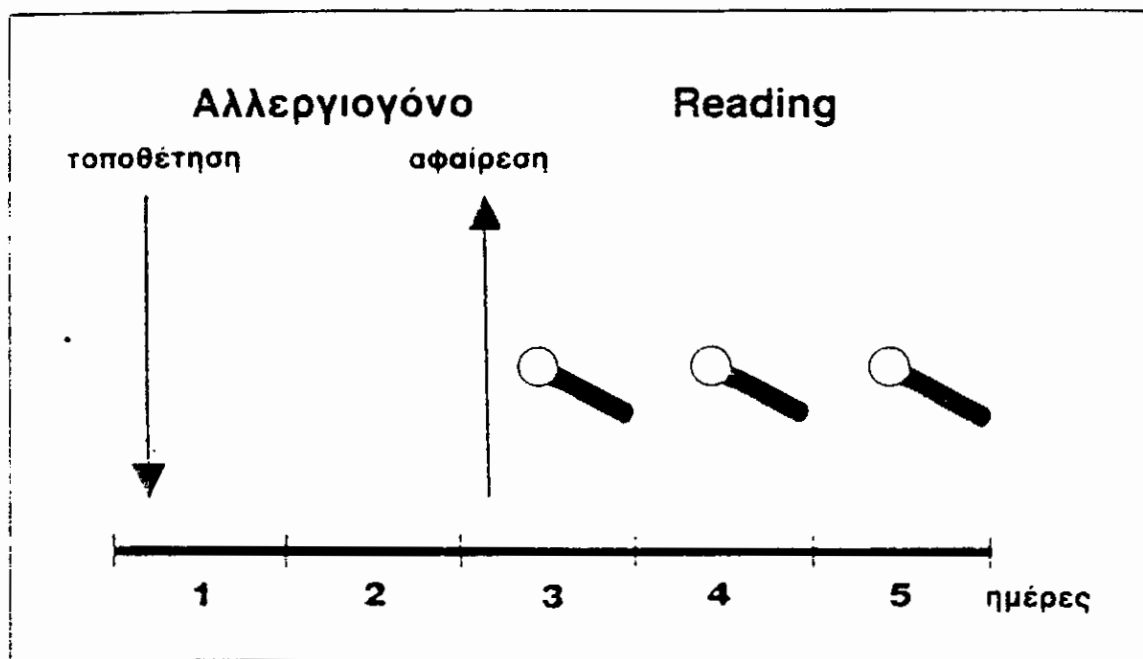
Εάν προϋπάρχει ευαισθητοποίηση, η από του στόματος λήψη του αλλεργιογόνου δυνατόν να προκαλέσει αιματογενές έκζεμα εξ' επαφής, αν το αλλεργιογόνο φτάσει στο δέρμα διαμέσου της κυκλοφορίας. Η αιματογενής οδός έχει τεκμηριωθεί για φάρμακα, τροφές, καρυκεύματα, χρωστικές, μέταλλα και συστατικά μετάλλων.

Το αιματογενές έκζεμα εξ' επαφής εκδηλώνεται κλινικά ως ερύθημα σε προϋπάρχον έκζεμα (Πιν. 1) και σαν επεισόδιο διυδρωσικού εκζέματος ή σε σπάνιες περιπτώσεις σαν γενικευμένο συμμετρικά εκθυόμενο έκζεμα που σχετίζεται με γενικά συμπτώματα, όπως πυρετός ή εντετοπισμένα αναφυλακτικά συμπτώματα.

Σε υποψία αιματογενούς εκζέματος εξ' επαφής η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί με επιδερμικές δοκιμασίες που ακολουθούνται με πρόκληση από του στόματος.

ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Φωτοαλλεργική δερματίτις εξ επαφής και φωτοαλλεργικό έκζεμα εξ επαφής

Η φωτοαλλεργική αντίδραση οφείλεται στη μετατροπή μιας ουσίας που δεν είναι αλλεργιογόνος στη συνήθη της μορφή, από το



Εικ. 1. Η πορεία ενός Patch-test.

φως (υπεριώδη ακτινοβολία) σε αλλεργιογόνο απτίνη. Μορφολογικά, η φωτοαλλεργική αντίδραση έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με την αλλεργική αντίδραση εξ' επαφής, δηλαδή το σχηματισμό ερυθήματος, οιδήματος, βλατιδοφυσσαλιδώδους βλάβης, διαβρώσεων, εσχάρων, λειχηνοποίησης και απολέπισης. Η κατανομή του εξανθήματος αντιστοιχεί στην περιοχή έκθεσης στο φως, δηλαδή αφορά συνήθως το πρόσωπο, αυτιά, τράχηλο, άνω μέρος του κορμού και τα άνω άκρα. τα καλυμμένα μέρη παραμένουν χαρακτηριστικώς απρόσβλητα (ελάχιστη έκθεση στο φως). Τους καλοκαιρινούς μήνες, όπου η έκθεση στον ήλιο είναι μεγαλύτερη, οι προσβεβλημένες περιοχές αφορίζονται σαφώς, ενώ το χειμώνα η εικόνα είναι λιγότερο σαφής.

Διαγνωστικές δοκιμασίες

Η σημαντικότερη διαγνωστική δοκιμασία στην αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής είναι οι επιδερμικές δοκιμασίες (patch tests) (Εικ. 1).

1. Αρχές, Ενδείξεις, Αντενδείξεις επιδερμικών δοκιμασιών

Η αρχή της δοκιμασίας είναι η τοποθέτηση σε υγιές δέρμα του ασθενούς του πιθανού υπεύθυνου αλλεργιογόνου σε τυποποιημένη μορφή. Οι εκζεματικές αντιδράσεις στο σημείο εφαρμογής της δείχνουν ότι ο ασθενής έχει ευαισθητοποιηθεί στην ουσία αυτή.

Οι επιδερμικές δοκιμασίες ενδείκνυνται σε κάθε αδιάγνωστο έκζεμα και αν υπάρχει υποψία αλλεργικής δερματίτιδας εξ' επαφής και το αλλεργιογόνο είναι άγνωστο. Επίσης, σε επαγγελματικές

δερματοπάθειες, όπου πιθανόν η διαπίστωση του αιτίου θα οδηγήσει στην αλλαγή επαγγέλματος.

Οι επιδερμικές δοκιμασίες αντενδείκνυνται αν δεν επιτελούν το σκοπό τους, δηλαδή την ταυτοποίηση του αιτίου ή αν υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στον ασθενή.

2. Πρακτική εφαρμογής επιδερμικών δοκιμασιών

Το αλλεργιογόνο τοποθετείται σ' ένα τεμάχιο διηθητικού χαρτιού ή σελλουλόζης και καλύπτεται με επικολλητική ταινία. Η κάλυψη βοηθά στη διείσδυση του αλλεργιογόνου. Στη συνέχεια επικολλάται στην πλάτη του ασθενούς. Η καλύτερη θέση εφαρμογής είναι στη ράχη δίπλα από τη σπονδυλική στήλη, στο άνω μέρος του κορμού. Η Εικ. 1 δείχνει την πορεία της δοκιμασίας και ο Πιν. 2 την αντίδραση στα patch tests.

3. Ουσίες προς έλεγχο

Μεταξύ των ουσιών προς έλεγχο πρέπει να γίνεται μια διάκριση μεταξύ:

- των μεμονωμένων χημικών ουσιών
- των τεχνικών μιγμάτων από χημικές ουσίες (π.χ. κράματα)
- των φυσικών με απροσδιόριστη χημική σύνθεση ουσιών.

Οι ουσίες αυτές πρέπει να ελέγχονται πριν έρθει σ' επαφή ο ασθενής. Αν δεν ελεγχθούν μπορεί να υπάρξει πρόβλημα αν τα συστατικά των ουσιών είναι άγνωστα ή τοξικά για το δέρμα (π.χ. παρασιτοκτόνα). Τότε πρέπει να γίνεται τοξικολογική ενημέρωση πριν τις επιδερμικές δοκιμασίες. Τα τοξικά συστατικά ενδεχομένως μπορεί να χρησιμοποιηθούν για έλεγχο, αν πρώτα εξουδετερωθεί η τοξική τους δράση ή διαλυθούν σε μεγάλες αραιώσεις. Έτσι, οι

Πίνακας 1: Αλλεργικό έκζεμα εξ επαφής σε διάφορες περιοχές του σώματος: Συνήθη αλλεργιογόνα και διαφορική διάγνωση.

Περιοχή	Αλλεργιογόνα	Διαφορική Διάγνωση
Τριχωτό κεφαλής	Θεραπείες για τα μαλλιά, καλλυντικά	Ψωρίαση Ατοπικό έκζεμα κεφαλής Συηγατορροϊκή δερματίτις Τριχοφυτία της κεφαλής
Πρόσωπο	Καλλυντικά: βασική ουσία, συντηρητικά, αντιηλιακα	Ατοπική δερματίτις — Συηγατορροϊκή δερματίτις Τριχοφυτία προσώπου Περιστοματική δερματίτις
Περικονχική περιοχή	Οφθαλμολογικές ουσίες: Τοπικά αντιβιοτικά, συντηρητικά, καλλυντικά	Ατοπικό έκζεμα Συηγατορροϊκή δερματίτις
Χείλη	Οδοντόπαστες, τεχνητες οδοντοστοιχιες, καλλυντικά (crayons), θεραπείες για το λαιμό	Τραυματικό έκζεμα (Licking eczema) Ατοπικό έκζεμα χειλέων
Αυτιά	Ωτολογικά σκευασματα: αντιβιοτικά, τοπικά αναισθητικά, νικκεί (σκελετος γυαλιών, κοσμήματα) ακουστικά	Συηγατορροϊκη δερματίτις Ψωρίαση Ωτίτις εξω ωτος (λοίμωξη απο ψευδομονάδα)
Κοσμος	Ενδύματα (βαφες, ουσια κολλασιαματος, μεταλλικά μέρη)	Ψωρίαση Ατοπική δερματίτις Τριχοφυτία κοσμου
Χέρια	Επαφή με αλλεργιογονα στη δουλειά και στις ασχολίες των ελεύθερων ωρών (βλέπε κατωτέρω)	Ψωρίαση Φλυκταινώδης ψωρίαση Ερεθιστική δερματίτις τοπικό έκζεμα Τριχοφυτία χειρών
Ποδια	Βάλσαμο του Peru, αλοιφες αντισηπτικες, αντιβιοτικές, αντιμυκητιασικες	Υπεράαιμική δερματίτις Ερυθρός λειχήν
Ακκοι ποδες	Χρωματα απο καλτσες και παπούτσια, αντιμυκητιασικες αλοιφες	Ψωρίαση Φλυκταινώδης ψωρίαση Ατοπικό έκζεμα Τριχοφυτία ποδών

Πίνακας 1: (συνέχεια)

Περιοχή	Αλλεργιογόνα	Διαφορική Διάγνωση
Γεννητική περιοχή	Αποσμητικά, αντισηπτικά, αντιβιοτικά, αντιμυκητιασικά σπερματοκτονα, ελαστικά συστατικά (στα προφυλακτικά)	Ψωρίαση inversa Καντιντίασις Χρόνια πεμφίγα Benignus Familiaris Ιστοκυτωση X Βουβωνική τριχοφυτία
Περιοχή ποωκτου	Συστατικά αλοιφών (αποσμητικά, χρωστικές, αντισηπτικά, αντιβιοτικά, αντιμυκητιασικά).	Ψωρίαση inversa Καντιντίασις

Πίνακας 2. Ανάγνωση της αντίδρασης ως Patch test, όπως συνιστάται από την Διεθνή Έρευνητική Ομάδα για την Δερματίτιδα Έπαφης (International Contact Dermatitis Research Group - ICDRG).

Σύντμηση	Έξοσημα
-	Ανοητική αντίδραση
-.	Αυφιδολή αντίδραση, ασθενές ερύθημα χωρίς διήθηση
-	Ασθενής θετική αντίδραση: ερύθημα, διήθηση
--	Ισχυρώς θετική αντίδραση: Ερύθημα, διήθηση, βλατίδες, φυσαλλίδες
---	Εξαιρετικώς έντονη θετική αντίδραση: Φυσαλλιδώδες συρρεόν ερύθημα, βλατίδες, κυστιδία
IR	Τοξική αντίδραση

επιδερμικές δοκιμασίες μπορεί να γίνουν σε τρεις φάσεις, την τυπική σειρά, τις ειδικές ουσίες και αυτές που αναφέρει ο ασθενής.

4. Κίνδυνοι από τις επιδερμικές δοκιμασίες

Οι πιθανές αντίθετες δράσεις των επιδερμικών δοκιμασιών είναι:

- Πρόκληση ευαισθητοποίησης από τη δοκιμασία.
- Αντίδραση σε υπάρχον έκζεμα.
- Πρόκληση βλαβών σε ασθενείς με ψωρίαση ή φαινόμενο Koebner.
- Αναφυλακτικές αντιδράσεις.
- Αντιδράσεις από τον έλεγχο που επιμένουν.
- Υπέρχρωση στο σημείο της δοκιμασίας.

Θεραπεία και πρόγνωση

1. Οξεία αλλεργική δερματίτις εξ επαφής

Η θεραπεία της Ο.Α.Δ. εξ επαφής στηρίζεται στην αρχή "η πρόληψη του αιτίου επιφέρει την πρόληψη του αποτελέσματος". Δηλαδή εάν αποφευχθεί η επαφή με το αλλεργιογόνο το έκζεμα θα επουλωθεί χωρίς θεραπεία.

Μερικές φορές είναι εμφανές το αίτιο, όπως π.χ. έκζεμα από κοσμήματα. Εάν ο ασθενής έχει έλθει σ' επαφή με σημαντικό αριθμό δυνητικά αλλεργιογόνων ουσιών, τότε επιβάλλονται οι επιδερμικές δοκιμασίες. Στο ενδιάμεσο διάστημα ο ασθενής λαβαίνει οδηγίες ν' αποφεύγει τις πιο συχνές αλλεργιογόνες ουσίες.

Εάν ο ασθενής έλθει σ' επαφή με ερεθιστικές ουσίες, τότε το αλλεργικό έκζεμα επιδεινώνεται ή διαταράσσεται η επούλωσή του. Για το λόγο αυτό, αφού το δέρμα καθαριστεί με ήπιο καθαριστικό για να απομακρυνθεί κάθε ουσία που έχει παραμείνει, το προσβεβλημένο δέρμα πρέπει να πλένεται στο ελάχιστο δυνατό. Όταν εφαρμόζεται η τοπική αγωγή τα σκευάσματα πρέπει να έχουν χαμηλό κίνδυνο ευαισθητοποίησης στους ασθενείς αυτούς. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί ν' απαιτηθεί βραχύχρονη συστηματική αγωγή με γλυκοκορτικοειδή.

Στις περισσότερες περιπτώσεις αρκεί η τοπική αγωγή, αλλά είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν τα κατάλληλα σκευάσματα για κάθε στάδιο της νόσου. Στην οξεία αντίδραση της νόσου είναι χρήσιμα τα υγρά επιθέματα με φυσιολογικό ορό ή αν είναι αναγκαίο με στυπτικά και αντισηπτικά πρόσθετα. Όταν η περιοχή ξηραθεί χρησιμοποιούνται αλοιφές ή υγρά επιθέματα. Έπειτα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί διάλυμα ή ελαιώδες γαλάκτωμα, με κορτικοειδή για να επιταχυνθεί η επούλωση.

Δεν υπάρχει αντένδειξη τοπικής εφαρμογής ισχυρής δράσης κορτικοειδών, αφού η αγωγή είναι βραχύχρονη. Εάν υπάρχει εξέλιξη σε έκζεμα με απολέπιση, πρέπει να προστεθούν λιπαρές ουσίες. Η θεραπεία παρακολούθησης αποτελείται από αλοιφή που περιέχει ουρία σαν ενυδατικό.

Εάν υπάρχει κίνδυνος βακτηριδιακής επιμόλυνσης είναι αυτή κλινικά έκδηλη, τότε πρέπει να προστεθούν αντιβιοτικά ή τοπικά αντισηπτικά. Οι δυνητικά ευαισθητοποιούσες ουσίες σε τοπική χρήση, όπως η νεομυκίνη και η χλωραμφενικόλη —πρέπει να αποφεύγονται.

Η πρόγνωση της οξείας αλλεργικής δερματίτιδας εξ' επαφής είναι καλή, αν το υπεύθυνο αλλεργιογόνο μπορεί να προσδιορισθεί και ν' αποφευχθεί. Αυτό μπορεί να είναι δυνατό να γίνει για σπάνια αλλεργιογόνα, όπως η φορμαλδεΐδη και το νικέλιο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τις πιθανές πηγές του αλλεργιογόνου σε ειδικά αλλεργιολογικά μαθήματα ενημέρωσης. Εάν ο ασθενής δεν αποφύγει την επανέκθεση, τότε η κατάσταση δυνατόν να μεταπέσει στη χρόνια αλλεργική δερματίτιδα εξ' επαφής, στην οποία μπορεί να συμβεί επιπρόσθετη επίκτητη ευαισθητοποίηση.

2. Χρόνια αλλεργική δερματίτις εξ' επαφής

Αφού η Χ.Α.Δ. εξ' επαφής προκαλεί φλεγμονώδεις βλάβες, όπως η λειχηνοποίηση, υπερκεράτωση, ραγάδες και κυρίως απολέπιση, πρέπει να χρησιμοποιούνται σκευάσματα με λιπαρές ουσίες. Στο χέρι με υπερκεράτωση και στο έκζεμα των ποδιών είναι συχνά αναγκαίο να αφαιρεθούν οι πλάκες μηχανικά, αφού πρώτα μαλακώσουν με τοπική εφαρμογή σαλικυλικού οξέος. Στη χρόνια λειχηνοποίηση χρησιμοποιούνται ισχυρής δράσης κορτικοειδή και σκευάσματα πίσσας, γιατί επιβραδύνουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

Σε γενικευμένο έκζεμα ίσως απαιτηθεί φωτοθεραπεία με υπεριώδη ακτινοβολία ή σαν θεραπεία PUVA. Η θεραπεία του χρόνιου βλαστικού εκζέματος είναι συχνά μακροχρόνια και σε πολλές περιπτώσεις επιτυγχάνεται μόνο με ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Η πρόγνωση της Χ.Α.Δ. εξ' επαφής είναι αμφίβολη. Συχνά είναι αδύνατη η πρόληψη της επαφής με το αλλεργιογόνο και έτσι συμβαίνουν υποτροπιάζοντα επεισόδια.

ΕΚΖΕΜΑ

Το έκζεμα είναι αλλεργική πάθηση που χαρακτηρίζεται από ποικιλόμορφα εξανθήματα, εμφάνιση στο δέρμα φουσαλίδων (φουσκάλες) και σχηματισμό εφελκίδων. Για την πάθηση αυτή είναι χαρακτηριστική η χρόνια μορφή, με συχνές οξύνσεις και οι έντονες νευρωτικές διαταραχές (φαγούρα, κακός ύπνος έως και αϋπνία, γκρίνια, κυκλοθυμία). Αιτίες είναι πολλές, όπως: διαταραχές μεταβολισμού, λειτουργικές αλλοιώσεις συκωτιού, εντέρων κ.λπ., κ αλλεργία κ.ά.).

Είδη εκζέματος

A) Το γνήσιο έκζεμα: Η πάθηση αρχίζει με την εμφάνιση κοκκινίλας στο δέρμα, στη συνέχεια εμφανίζονται φουσκάλες στο δέρμα και εξανθήματα. Μερικές φορές υπάρχουν και μικροαποστήματα.

B) Το βιολογικό ή μικροβιακό έκζεμα: Έχει χαρακτηριστικό τα αυστηρά σύνορα προσβολής του δέρματος, σχηματισμός από φουσκάλες. Στο μικροβιακό έκζεμα βάση της πάθησης είναι η αλλεργική κατάσταση.

Γ) Το σημηματορροϊκό έκζεμα: Εντοπίζεται στο τριχωτό της κεφαλής, πρόσωπο και στήθος. Δεν παρουσιάζει τάση ύγρανσης. Σχηματίζει λιπώδη κιτρινόχρωμα λέπια και προκαλεί έντονο κνησμό.

Δ) Το επαγγελματικό έκζεμα: Συνδέεται με την επίδραση διάφορων επαγγελματικών αλλεργιογόνων (αλάτων χρωμίου, νικελίου, συνθετικών ρητινών, υποπροϊόντων πετρελαίου, βαφών κ.ά.). Εντοπίζεται στις παλάμες, στους πήχεις των χεριών, πρόσωπο, λαιμό, που δεν προστατεύονται από ρούχα.

Αλλεργική εκζεματική δερματίτιδα

Η αντίδραση του οργανισμού (του δέρματος) στην επίδραση διάφορων εξωτερικών ερεθιστών και αλλεργιογόνων δεν είναι ίδια σ' όλους τους ανθρώπους. Αυτός είναι και ο λόγος που κατά την επίδραση ενός ερεθιστή ή αλλεργιογόνου, π.χ. στο εργοστάσιο, δεν προκαλεί δερματίτιδα σ' όλους τους εργαζόμενους αλλά μόνο σε μερικούς.

Με την ομάδα της αλλεργικής, εκζεματικής δερματίτιδας μοιάζουν και οι λεγόμενες τοξικοδερμίες. Οι τοξικοδερμίες είναι αποτέλεσμα γενικής επίδρασης στον οργανισμό διάφορων χημικών ουσιών που εισέρχονται στον οργανισμό είτε με τη μορφή φαρμάκων εσωτερικής χρήσης ή εισπνέονται ή διεισδύουν μέσω του δέρματος. Οι τοξικοδερμίες παρατηρούνται σε άτομα με αυξημένη ευαισθησία, με ατομική δυσανεξία κ.ά.

Όταν δεν τηρούνται οι κανόνες τεχνικής ασφάλειας ή δεν παίρνονται τα απαραίτητα προφυλακτικά μέτρα, η αλλεργική δερματίτιδα προκαλείται κυρίως από χημικές ουσίες που έχουν ευαισθητοποιητικές ιδιότητες: δινιτροχλωροβενζόλιο, πολυεστέρες, πολυμερή σώματα, συνθετικές ρητίνες, πλαστικές ίνες, νέφτι,

χρώμιο και ενώσεις χρωμίου, φορμαλίνη, νικέλιο και ενώσεις του κ.ά.

Πρόληψη επαγγελματικής αλλεργίας

Στις βιομηχανίες που ασχολούνται με τις ουσίες αυτές είναι επιβεβλημένος ο λεπτομερής έλεγχος για τήρηση των κανόνων υγιεινής και μέτρων τεχνικής ασφάλειας, για την κατάσταση των προστατευτικών στολών εργασίας που πρέπει να πλένονται όσο το δυνατό συχνότερα.

Η πρόληψη της αλλεργικής δερματίτιδας προϋποθέτει τόσο παραγωγικοτεχνικά, μαζικά υγειονομικά μέτρα, όσο και μέτρα ατομικής προστασίας. Σημαντικό ρόλο στη συγκεκριμένη περίπτωση παίζει η χρησιμοποίηση εξαεριστικών και προστατευτικών συστημάτων: θωράκων, πλάγιων απορροφητήρων στα λουτρά γαλβανισμού νιπτήρων με ζεστό νερό, ντους κ.λπ.

Για την πρόληψη της αλλεργικής δερματίτιδας τοποθετήθηκαν κοντά στον τόπο εργασίας πρόχειρα φαρμακεία με τις απαραίτητες αλοιφές, προστατευτικά και απολυμαντικά σκευάσματα.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί η επαγγελματική επιλογή των ατόμων που προσλαμβάνονται στις βιομηχανίες. Είναι απαραίτητες οι κατά περιόδους εξετάσεις των εργατών και η αλλαγή εργασίας όσων προσβλήθηκαν από αλλεργικές παθήσεις δέρματος, καθώς και η επισταμένη μελέτη και επισήμανση των αιτίων που τις προκάλεσαν.

Οι γιατροί που κάνουν τις εξετάσεις, ανάλογα με την κατάσταση του εργάτη συνιστούν:

1. Εντατική παρακολούθηση - κατάλληλη θεραπεία όσων παρουσιάζουν ελαφρές διαταραχές.
2. Την αποστολή τους για θεραπεία σε νοσοκομείο.
3. Την προσωρινή μετάθεση σε ελαφρότερη δουλειά, που να αποκλείει την επαφή με το νοσογόνο παράγοντα.
4. Τη μετάθεση σε ελαφρότερη δουλειά αν παρατηρήθηκαν στον εργαζόμενο συνέπειες από κάποια επαγγελματική ασθένεια που πέρασε.
5. Την παραπομπή σε επιτροπή για χορήγηση σύνταξης αναπηρίας.
6. Τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, ώστε να προληφθούν οι αιτίες που προκαλούν επαγγελματική αλλεργία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

... Η αντίσταση στην Αλλεργία είναι: ακόμη περισσότερος αγώνας για ελευθερία και ανεξαρτησία...



Εικόνα 1: Τα αλλεργικά ατομα στο δηλητήριο των Υμενοπτερων (μελίτσα, σφήκες και μυρμηγκιά της «ρωτίας») δεν αντιδρούν στον πρώτο νυγμό. Ο νυγμός απλώς προκαλεί μία μη φυσιολογική υψηλή παραγωγή ειδικών IgE-αντισωμάτων. Τα αντισώματα αυτά ευαισθητοποιούν κύτταρα του ανοσιακού συστήματος (σιτευτικά, λευκά αιμοσφαίρια, βασεοφιλα και αιμοπετάλια) δεσμευόμενα στη μεμβράνη τους. Σε επακόλουθα τσιμπήματα (Α στην εικόνα) εκλυεται η αλλεργική αντίδραση: τα αλλεργιογόνα του δηλητηρίου συνδέονται με την ειδική IgE στη μεμβράνη των ανοσιακών κυττάρων και ακολουθεί η εκκλυση των μεσολαβητών της αλλεργικής αντίδρασης.

Οι αλλεργικές εκδηλώσεις ταξινομούνται αναλόγα με τη βαρύτητα τους (Β). Τα αλλεργικά άτομα με ενδεδειγμένες αντιδράσεις (βαθμός 3 ή υψηλότερος) πρέπει να υποβάλλονται σε απαιτητική αποτοξίνωση. Οι επαναλαμβανόμενες ενεσεις με καθαρό δηλητήριο για 3 ή 4 χρόνια μειώνουν τα επίπεδα της IgE στο αίμα.

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΟ ΔΗΛΗΤΗΡΙΟ ΥΜΕΝΟΠΤΕΡΩΝ

Η υπερευαισθησία στο δηλητήριο των υμενόπτερων (μέλισσες, σφήκες, μυρμήγκια της φωτιάς) είναι ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Στη Γαλλία π.χ. τα τσιμπήματα από έντομα (εκτός από μυρμήγκια) προκαλούν περισσότερους θανάτους από τα δαγκώματα των φιδιών.

Πρόσφατες στατιστικές (I. Charpin 1989) έδειξαν ότι η συχνότητα των αναφυλακτικών αντιδράσεων υπολογίζεται στο 1% και είναι ακόμη υψηλότερη στους μελισσοκόμους και τις οικογένειές τους. 10 με 20% του πληθυσμού έχει σημεία ευαισθητοποίησης (θετικά Rast ή θετικές δερματικές δοκιμασίες), που καθιστούν αδύνατη την πρόβλεψη μελλοντικών αντιδράσεων. Περίπου 3% των μελισσοκόμων είναι αλλεργικοί στο δηλητήριο των σφηκών.

Έχουν τα ατοπικά άτομα προδιάθεση εκδήλωσης αλλεργίας στο δηλητήριο υμενόπτερων; Το ερώτημα παραμένει αναπάντητο. Μεταξύ των μελισσοκόμων έχει αποδειχθεί ότι αυτοί που τσιμπιούνται λιγότερο εκδηλώνουν πιο εύκολα αλλεργική αντίδραση. Σύμφωνα με τις στατιστικές των Η.Π.Α., το 1% των παιδιών εκδηλώνουν αλλεργικές αντιδράσεις στο νυγμό Υμενοπτερων και το 90% από τις αντιδράσεις αυτές ανήκουν στην κατηγορία των ήπιων αντιδράσεων (μόνο δερματική συμμετοχή - κνίδωση - αγγειοοίδημα). Μέχρι την ηλικία των 20 χρόνων συμβαίνουν μόνο λίγες θανατηφόρες αντιδράσεις, αλλά η συχνότητα αυτών αυξάνει με την ηλικία.

Εντομολογία των υμενόπτερων

Τα Υμενόπτερα που ο νυγμός τους προκαλεί αντίδραση στον άνθρωπο είναι για την Ευρώπη οι μέλισσες και οι σφήκες. Τα θηλυκού γένους έντομα είναι επικίνδυνα, ενώ τα αρσενικά δεν αφήνουν κεντρί. Όλα αυτά τα έντομα έχουν τέσσερα μεμβρανώδη φτερά.

Η κοινή μέλισσα αναγνωρίζεται από το τριχωτό της σώμα με τις καφέ και μαύρες ταινίες. Οι μέλισσες ζουν σε κυψέλες με κηρύθρα που περιέχει μέλι, γύρεις, κερί και προνύμφες εντόμων. Όταν η μέλισσα κεντρίζει χάνει το κεντρί της και πεθαίνει. Οι μέλισσες βόμβος αναγνωρίζονται από το χαρακτηριστικό βόμβο και δεν είναι ιδιαίτερα επιθετικά έντομα (Εικ. 1).

Οι σφήκες δεν αναγνωρίζονται εύκολα όπως οι μέλισσες. Αποτελούν συχνά πηγή αμφιβολίας γι' αυτόν που τσιμπήθηκε. Είναι έντομα με κολοβή κοιλιά ή μισχωτή. Έχουν ομοιόμορφο χρώμα με κίτρινες ταινίες ή κηλίδες. Η κοινή σφήκα κάνει τη φωλιά της στο χώμα. Οι μεγάλες σφήκες έχουν μήκος 30-40 mm. Η ευρωπαϊκή μεγάλη σφήκα ανήκει στο γένος της *Vespa crabro*. Η φωλιά της είναι συνήθως πάνω από το έδαφος.

Η οικογένεια μυρμηγκιών *Formicidae*: τα έντομα αυτά αποτελούν πραγματικό λοιμό για τις ανατολικές περιοχές των Η.Π.Α. και της Κ. Αμερικής.

Τα δηλητήρια των Υμενοπτέρων είναι μίγματα ουσιών από φαρμακολογικές, βιοχημικές, αλλεργιογόνες ουσίες όπως βιογενείς αμίνες, ένζυμα και πρωτεΐνες.

- Τα κύρια αλλεργιογόνα του δηλητηρίου της μέλισσας είναι η φωσφολιπάση A_2 , η μελιτίνη κ.ά.

- Στο δηλητήριο των σφηκών έχουν προσδιορισθεί μέχρι τώρα πέντε αλλεργιογόνα τμήματα. Τρία από αυτά είναι καλώς γνωστά: οι φωσφολιπάσες Α και Β, η υαλουρονιδάση και το αντιγόνο 5. Στα δηλητήρια των σφηκών έχουν προσφάτως αποδειχθεί ότι περιέχονται νευροτοξικές ουσίες, όμοιες με τις ουσίες που περιέχονται στο δηλητήριο των σκορπιών της Κ. Αμερικής.

Παθοφυσιολογία των αντιδράσεων

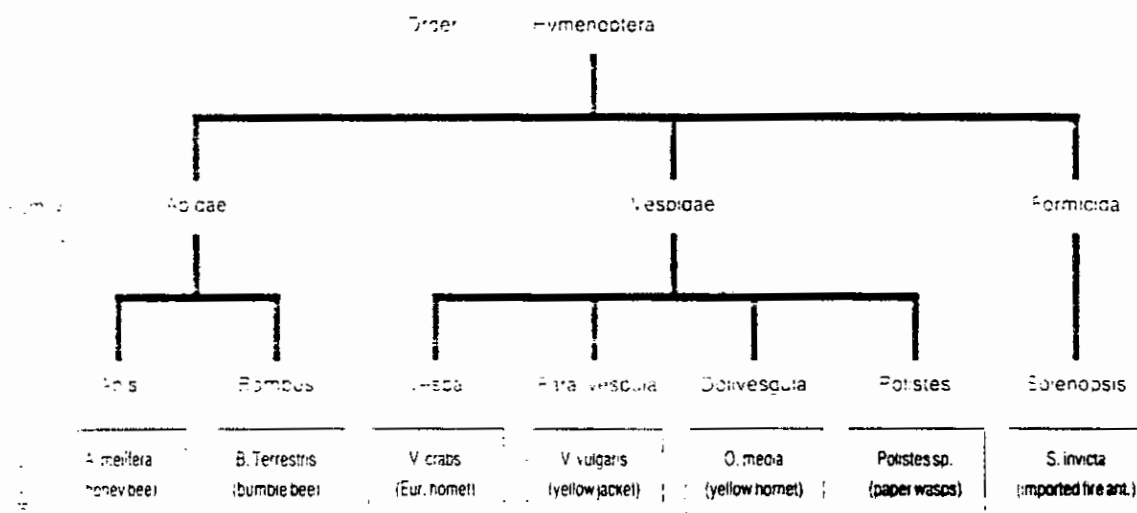
Ορισμένα άτομα απαντούν στο πρώτο τσίμπημα με το σχηματισμό IgE-αντισωμάτων. Η απάντηση αυτή μπορεί να επιμένει για περίοδο που κυμαίνεται από μήνες έως μερικά χρόνια.

Το πρώτο τσίμπημα δεν προκαλεί αντίδραση, εκτός αν πρόκειται για τοξική αντίδραση ή αντίδραση που οφείλεται στις ερεθιστικές ουσίες του δηλητηρίου. Μετά το αρχικό τσίμπημα, ορισμένα κύτταρα, όπως σιτευτικά, μακροφάγα, βασεόφιλα και αιμοπετάλια ευαισθητοποιούνται από την ειδική IgE, οπότε σε νέα επανέκθεση του ατόμου στο δηλητήριο απελευθερώνονται οι μεσολαβητές της αναφυλαξίας, η βιολογική έκφραση των οποίων συνιστά την κλινική εκδήλωση της αλλεργικής αντίδρασης.

Ο νυγμός των Υμενοπτέρων προκαλεί το σχηματισμό δεσμευτικών αντισωμάτων, ειδικών στο δηλητήριο, αλλά έχουν βραχεία περίοδο δράσης.

ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΥΜΕΝΟΠΤΕΡΩΝ

Εικ. 1. Ταξινόμηση των Υμενοπτερών. Παραδείγματα των συνηθέστερων ειδών δίδονται κατωτέρω:



Συχνότητα και θνησιμότητα

Θεωρείται δύσκολο να υπολογισθεί η συχνότητα της αλλεργίας προς τα έντομα σε όλο τον κόσμο. Μελέτες στις Η.Π.Α. αναφέρουν ότι το 0,4-0,8% του πληθυσμού έχουν υποστεί σοβαρή αντίδραση μετά από νυγμό εντόμου (Settipane και συν., 1972).

Στις Η.Π.Α. αναφέρονται κάθε χρόνο τουλάχιστον 50 θάνατοι έπειτα από νύγμα εντόμου. Ο αριθμός αυτός μπορεί να είναι μεγαλύτερος, γιατί δεν είναι πάντα οι πληροφορίες επαρκείς. Από το 1960-1980 έχασαν τη ζωή τους 26 άτομα έπειτα από νύγμα μέλισσας ή σφήκας (Mosbech 1983).

Συνήθως τα βαριά συμπτώματα αρχίζουν μέσα σε 2-10 λεπτά. Μπορεί όμως να εκδηλωθούν και μετά από 10-14 ημέρες (όψιμα). Ο θάνατος επέρχεται μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας και σπάνια μετά από μέρες. Ο χρόνος που απομένει για τη θεραπεία είναι ελάχιστος.

Ο φόβος των θανατηφόρων αντιδράσεων είναι πολύ έντονος στα άτομα που διαπίστωσαν ότι έχουν υπερευαισθησία στα νύγματα εντόμων. Συχνά η ζωή τους γίνεται δύσκολη, γιατί υποχρεώνονται να αλλάξουν επάγγελμα και τρόπο ζωής (αγρότες - μελισσοκόμοι). Μερικοί αναπτύσσουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα, εξαιτίας του φόβου μήπως δεχθούν επίθεση κάποιου υμενόπτερου.

Κλινικές εκδηλώσεις

Ο πίνακας 1 συνοψίζει τους διάφορους βαθμού σοβαρότητας των κλινικών σημείων, όπου το αναφυλακτικό shock είναι η πιο σοβαρή

εκδήλωση. Πρόσφατα έχει δοθεί έμφαση στις όψιμες IgE-εξαρτώμενες αντιδράσεις.

Κλινικά σημεία

MOLKHOJ and PINON	
1. Φυσιολογική Τοπική αντίδραση	Πομφός και ερύθημα 2 cm διαμέτρου περίπου, μέτριο, ελαφρώς σκληρυμμένο και επώδυνο οίδημα, που περιβάλλεται από ερύθημα και εξαφανίζεται σε 2-3 ώρες
2. Εκτεταμένη τοπική αλλεργική αντίδραση	Σοβαρό οίδημα που προσβάλλει τουλάχιστον δύο αρθρώσεις και διαρκεί πλέον των 24 ωρών.
3. Ήπια συστηματική αντίδραση	Γενικευμένη κνίδωση, κνησμός κακουχία, άγχος
4. Σοβαρή συστηματική αντίδραση	Ένα ή περισσότερα από τα συμπτώματα του σταδίου 3, συνδυαζόμενα με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: <ul style="list-style-type: none"> - αγγειονευρωτικό οίδημα - βρογχόσπασμος - κοιλιακό άλγος - ναυτία - ίλιγγος - διάρροια
5. Σοβαρή γενικευμένη αντίδραση	Ένα ή περισσότερα από τα συμπτώματα του σταδίου 4, συνδυασμένα με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: <ul style="list-style-type: none"> - δυσιπνοια - δυσφαγία - δυσφωνία - συγχυση - αίσθημα επικειμένου θανάτου
6. Αναφυλακτικό shock	Ένα ή περισσότερα από τα συμπτώματα του σταδίου 5, συνδυασμένα με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: <ul style="list-style-type: none"> - κυάνωση - απώλεια συνείδησης - υπόταση - καταπληξία - απώλεια ουρών ή κοπράνων
7. Επιβραδυνόμενες αντιδράσεις	Όλα τα σημεία που υποδηλώνουν ορονοσία και διάφορες μορφές νευροεγκεφαλίτιδος.

Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται σε τρεις παραμέτρους:

- το ατομικό ιστορικό προσδιορισμού της σοβαρότητας των κλινικών αντιδράσεων
- τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβησαν
- εάν είναι δυνατόν, την ταυτοποίηση του ένοχου εντόμου.

Ανοσολογικές δοκιμασίες

- In vivo : Δερματικές δοκιμασίες, οι ενδοδερμικές δοκιμασίες είναι προτιμότερες από τις δοκιμασίες νυγμού.
- In vitro : Με ραδιοανοσολογική μέθοδο, δοκιμασίες RAST, η ανοσοενζυματική μέθοδος ELISA.

Άλλες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι:

- Η δοκιμασία απελευθέρωσης ισταμίνης από τα βασεόφιλα.
- Η δοκιμασία αποκοκκίωσης των βασεόφιλων (BDT).
- Ο προσδιορισμός των τίτλων της ειδικής IgG χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση αυτών που κάνουν ανοσοθεραπεία.

Θεραπεία

Προληπτικά μέτρα: αποτελούν η ενημέρωση των αλλεργικών στο δηλητήριο εντόμων, πώς να αποφύγουν νέο τσίμπημα, καθώς και να φέρουν πάντα μαζί τους φάρμακα έκτακτης ανάγκης (αδρεναλίνη, κορτικοειδή, βρογχοδιασταλτικά και ενέσιμα αντιϊσταμινικά).

Επίσης πρέπει να φέρουν μαζί τους κάρτα που να αναφέρει την υπερευαισθησία τους.

Επείγουσα θεραπεία: είναι η συνήθης κατάλληλη αγωγή που γίνεται σ' αυτού του είδους τις κλινικές εκδηλώσεις. Στις βαρείες αντιδράσεις ίσως απαιτηθεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Ανοσοθεραπεία: με το ειδικό δηλητήριο.

Ποιοι ασθενείς πρέπει να θεραπεύονται;

Όλοι οι ασθενείς με συστηματικές αντιδράσεις.

Πώς γίνεται η θεραπεία και με ποιο δηλητήριο;

Η θεραπεία γίνεται με το δηλητήριο που αντιστοιχεί στον τύπο του ένοχου εντόμου. Περιστασιακά γίνεται απευαισθητοποίηση με διάφορα δηλητήρια, αν ο ασθενής είναι αλλεργικός σε περισσότερα από ένα δηλητήρια.

Ποιο σχήμα ανοσοθεραπείας;

1. **Τροποποιημένο ταχύ σχήμα:** Γίνεται σε εξωτερικούς ασθενείς, δυο δόσεις την εβδομάδα με αυξανόμενη ποσότητα δηλητηρίου, ώστε να επιτευχθεί η δόση συντήρησης των 100 μgι σε τρεις εβδομάδες. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται από 15ετίας χωρίς παρενέργειες.
2. **Ταχύ σχήμα.** Γίνεται συνήθως σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, ώστε να επιτευχθεί η δόση συντήρησης των 100 μgι σε 3 ή 4 ημέρες, αλλά έχει σημαντικό κίνδυνο πρόκλησης αντιδράσεων.
3. **Το υπερταχύ σχήμα,** το οποίο διαρκεί λιγότερο από 6 ώρες αλλά δεν είναι απόλυτα ασφαλές.

Όποιο και αν είναι το σχήμα που χρησιμοποιείται, πρέπει πάντα να προσαρμόζεται στην ευαισθησία του ασθενούς. Η δόση συντήρησης πρέπει να συνεχίζεται για 3 ή 5 χρόνια. Η θεραπεία μπορεί να διακόπτεται αν αρνητικοποιηθούν τα RAST και αυξηθεί πολύ το επίπεδο των ειδικών IgG (δεσμευτικά αντισώματα).

Συμπέρασμα

Η αλλεργία στο δηλητήριο των Υμενοπτέρων είναι μοντέλο μελέτης των IgE-εξαρτώμενων αλλεργικών αντιδράσεων. Με βάση τις κλινικές μελέτες, το όριο των 3-5 ετών της διάρκειας της ανοσοθεραπείας παρέχει μακρά προστασία σε περισσότερο από το 90% των ασθενών.

ΝΥΓΜΟΙ ΕΝΤΟΜΩΝ ΣΤΟΥΣ ΜΕΛΙΣΣΟΚΟΜΟΥΣ

Οι μελισσοκόμοι γνωρίζουν ότι οι τοπικές αντιδράσεις (οίδημα - πόνος) μετά από νυγμό μέλισσας είναι εντονότερες στους αρχάριους και ότι οι αντιδράσεις βαθμιαία εξασθενούν στην αρχή κάθε μελισσοκομικής περιόδου και το άτομο γίνεται "άνοσο" στα τσιμπήματα. Κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της εργασίας τους, μερικοί μελισσοκόμοι μπορεί ν' αναπτύξουν μεγάλες τοπικές αντιδράσεις και κάποια μορφή συστηματικών αντιδράσεων μετά από νυγμό. Οι αντιδράσεις αυτές υποχωρούν με τον καιρό. Τελικά, μόνο το 5% των μελισσοκόμων γίνεται αλλεργικό στα νύγματα μελισσών.

Επαικόλουθο των επανειλημμένων εκθέσεων στα νύγματα των μελισσών, είναι ότι πολλοί μελισσοκόμοι ανοσοποιούνται έντονα. Αυτό φαίνεται από τα χαμηλά επίπεδα των IgE και τα υψηλά επίπεδα IgG του ορού προς το δηλητήριο της μέλισσας (εργ. Light και συν. 1975, Yunginger 1978, Nordvall 1984).

Πολλοί μελισσοκόμοι που δεν είχαν εμπειρίες αντιδράσεων μετά από νύγμα μέλισσας, παρουσιάζουν θετική RAST στο δηλητήριο μέλισσας. Δυο μελέτες έδειξαν ότι η συχνότητα των αλλεργικών αντιδράσεων προς το δηλητήριο μέλισσας μεταξύ των μελισσοκόμων και άλλων ατόμων του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντός τους είναι μικρότερο μεταξύ αυτών που νύσσονται συμπτωματικά (Light 1975 και Yunginger 1978).

Αρκετοί ερευνητές έχουν τη γνώμη ότι οι μη-αλλεργικοί μελισσοκόμοι, των οποίων οι οροί περιέχουν ειδικά IgE αντισώματα προς το δηλητήριο, προστατεύονται από υψηλούς τίτλους IgG "προστατευτικών αντισωμάτων" που θα μπορούσαν να εξουδετερώσουν το δηλητήριο προτού αυτό αντιδράσει με τα IgE αντισώματα που έχουν συνδεθεί με τα κύτταρα.

Είναι γνωστό επίσης μεταξύ των μελισσοκόμων ότι μερικοί απ' αυτούς εμφανίζουν αντιδράσεις όπως ρινίτιδα, επιπεφυκίτιδα, ασθματικές κρίσεις, χωρίς να έχουν δεχθεί νύγμα μέλισσας, ενώ εργάζονται κοντά στο μελίσσι τους. Το φαινόμενο εξηγείται από την εισπνοή αλλεργιογόνων που υπάρχουν στα μέρη του σώματος της μέλισσας. Η δοκιμασία RAST σ' αυτούς τους μελισσοκόμους, για δηλητήριο μέλισσας, είναι αρνητική, ενώ οι δερμοαντιδράσεις με εκχύλισμα όλου του σώματος της μέλισσας είναι θετικές (Kern και συν. 1976).

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΣΑΡΙΔΑ

Οι κατσαρίδες είναι παράσιτα των κατοικιών και τρέφονται με απορρίμματα, απόβλητα υδραυλικών εγκαταστάσεων και άλλα έντομα. Κυκλοφορούν τις νύχτες στην κουζίνα, μπάνιο κ.ά.

Η υπερευαισθησία στην κατσαρίδα είναι αρκετά διαδεδομένη (Kang and Sulit 1978). Τα αντιγόνα της κατσαρίδας προκαλούν άμεσες δερματικές αντιδράσεις και άμεσο βρογχόσπασμο.

Η σκόνη του σπιτιού περιέχει αλλεργιογόνα κατσαρίδας, τα οποία θεωρούνται και ισχυρά. Έχουν απομονωθεί μείζονα αλλεργιογόνα κατσαρίδας.

Διατίθενται στο εμπόριο χάρτινοι δίσκοι που περιέχουν εκχυλίσματα όλου του σώματος της κατσαρίδας για τη δοκιμασία RAST (Pharmacia 1985).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

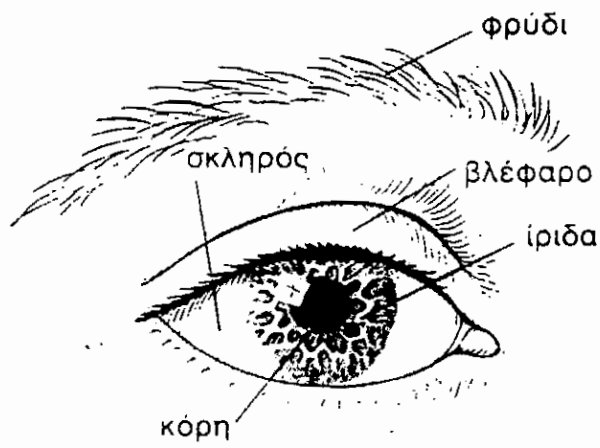
**"Και κακίης ἀμόλυντον ἔχων κατὰ πάντα
λογισμὸν μῆσομαι, ἔρδειν κείνα, τάπερ σὸον ἀνέρα
θήσει πορσύνων πάντεσι, φίλην βιόδωρον υγιεῖην."**

Ἱπποκράτης

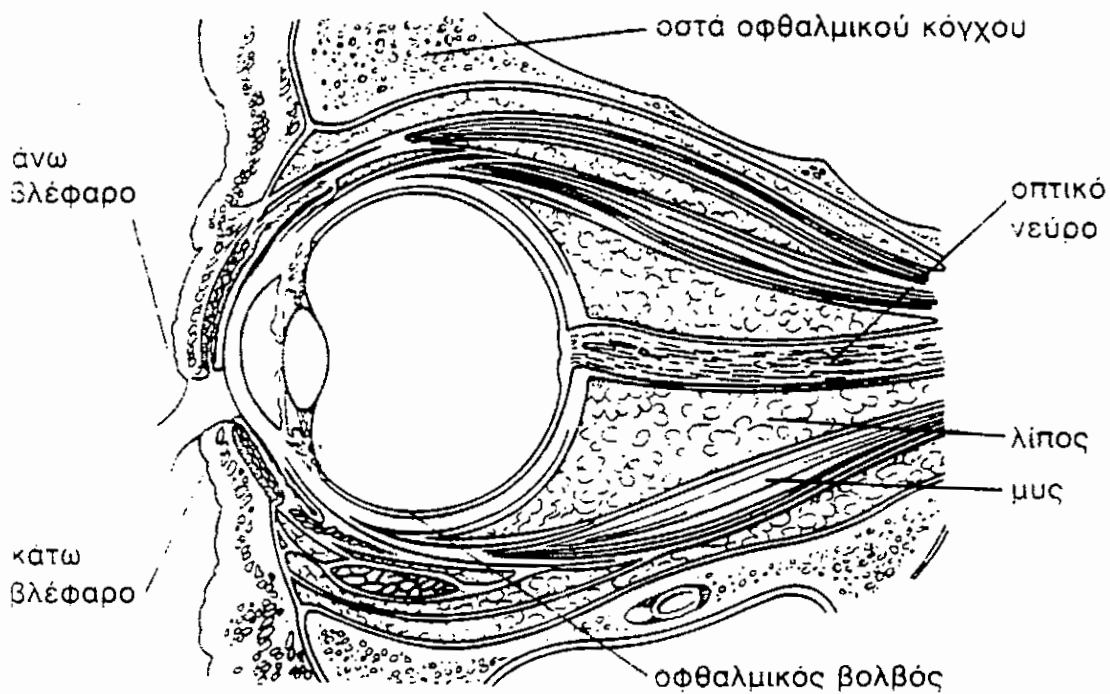
Ὀρκος II §

στιχ. 23-25

(=και ἀμόλυντος ἀπὸ κάθε κακὴ σκέψη θα κάνω
εκείνα που με βεβαιότητα θ' ἀποκάταστήσουν
κάποιον να εἶναι σώος, χαρίζοντας σ' ὅλους την
πολυπόθητη υγεία, που εἶναι το πραγματικὸ δῶρο
για τη ζωὴ)



A



B

Εικ. 1 Τό μάτι. Α Το μάτι από μπροστά. Β. Το μάτι μέσα στον οφθαλμικό κόγχο (προσθιοπίσθια διατομή).

ΤΟ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΟΡΑΣΗΣΑνατομία - Φυσιολογία του οφθαλμού

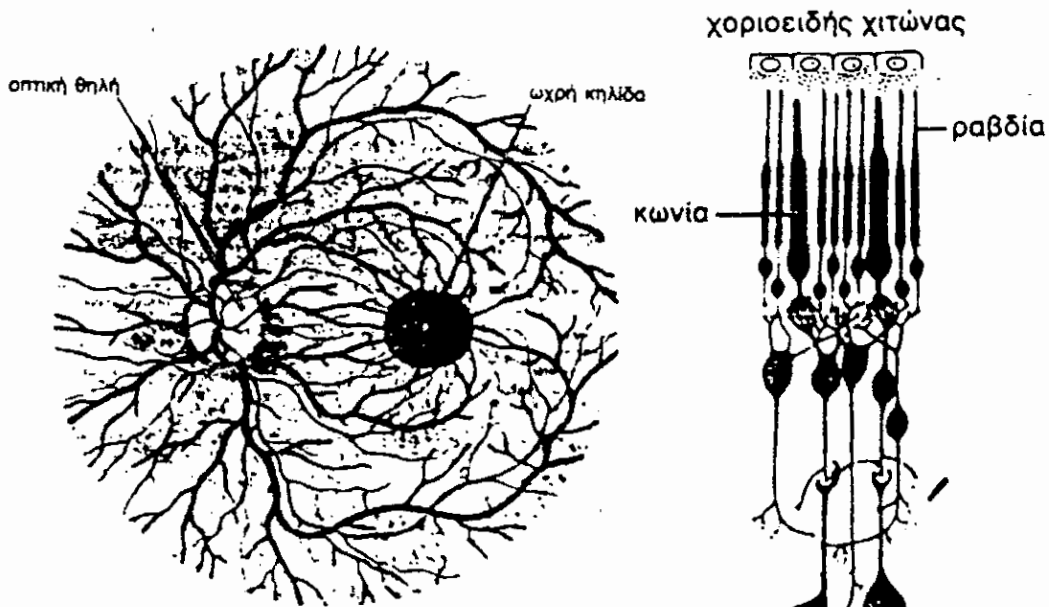
Ο βολβός του ανθρώπινου ματιού είναι περίπου σφαιρικός και κατασκηνώνει μέσα στον οφθαλμικό κόγχο του κρανίου. Ο κόγχος καλύπτεται εσωτερικά από ινώδη και λιπώδη ιστό, που εξασφαλίζουν το απαραίτητο μαλακό υπόστρωμα για το βολβό. Στο πίσω μέρος του κόγχου είναι δυο μεγάλα ανοίγματα, η άνω κογχική σχισμή και το οπτικό τρήμα.

Στο έμβρυο το μάτι αναπτύσσεται από εκφύσεις του εγκεφάλου και του δέρματος. Το δέρμα προμηθεύει το φακό, που μεταναστεύει εσωτερικά και ο εγκέφαλος προμηθεύει τη σχήματος φλυτζανιού και διπλής στοιβάδας έκφυση, που δίνει δυο χιτώνες: τον χοριοειδή και τον αμφιβληστροειδή.

Η στοιβάδα του δέρματος πάνω στο ίδιο το μάτι είναι διαφανής και είναι ο επιπεφυκότας, που καλύπτει όλα τα ορατά τμήματα του οφθαλμικού βολβού εκτός του κερατοειδούς. Επειδή ο επιπεφυκότας αναδιπλούμενος επικαλύπτει και το εσωτερικό του βλεφάρου, είναι αδύνατο ένα ξένο σώμα ή ένας κακά εφαρμοσμένος φακός επαφής να μεταναστεύσει πίσω από το βολβό.

Το μάτι καλύπτεται από ισχυρή, ινώδη, λευκή προστατευτική στιβάδα, που είναι το λευκό μέρος του βολβού. Μπροστά από την ίριδα και το φακό η στιβάδα αυτή γίνεται διαφανής και λέγεται κερατοειδής.

Οι έξι μύες που ρυθμίζουν τις κινήσεις του βολβού προσφύονται στο σκληρό χιτώνα και διατρέχουν το εσωτερικό μέρος του οφθαλμικού κόγχου.



Εικ. 2 Ο αμφιβληστροειδής χιτώνας με τα αγγεία του όπως φαίνεται με το οφθαλμοσκόπιο.

Εικ. 3 Σχηματική παράσταση των κυττάρων του αμφιβληστροειδή. Διακρίνονται τα κωνία και τα ραβδία τα οποία συνδέονται με άλλα νευρικά κύτταρα, οι νευρικές ίνες των οποίων θα σχηματίσουν το οπτικό νεύρο.

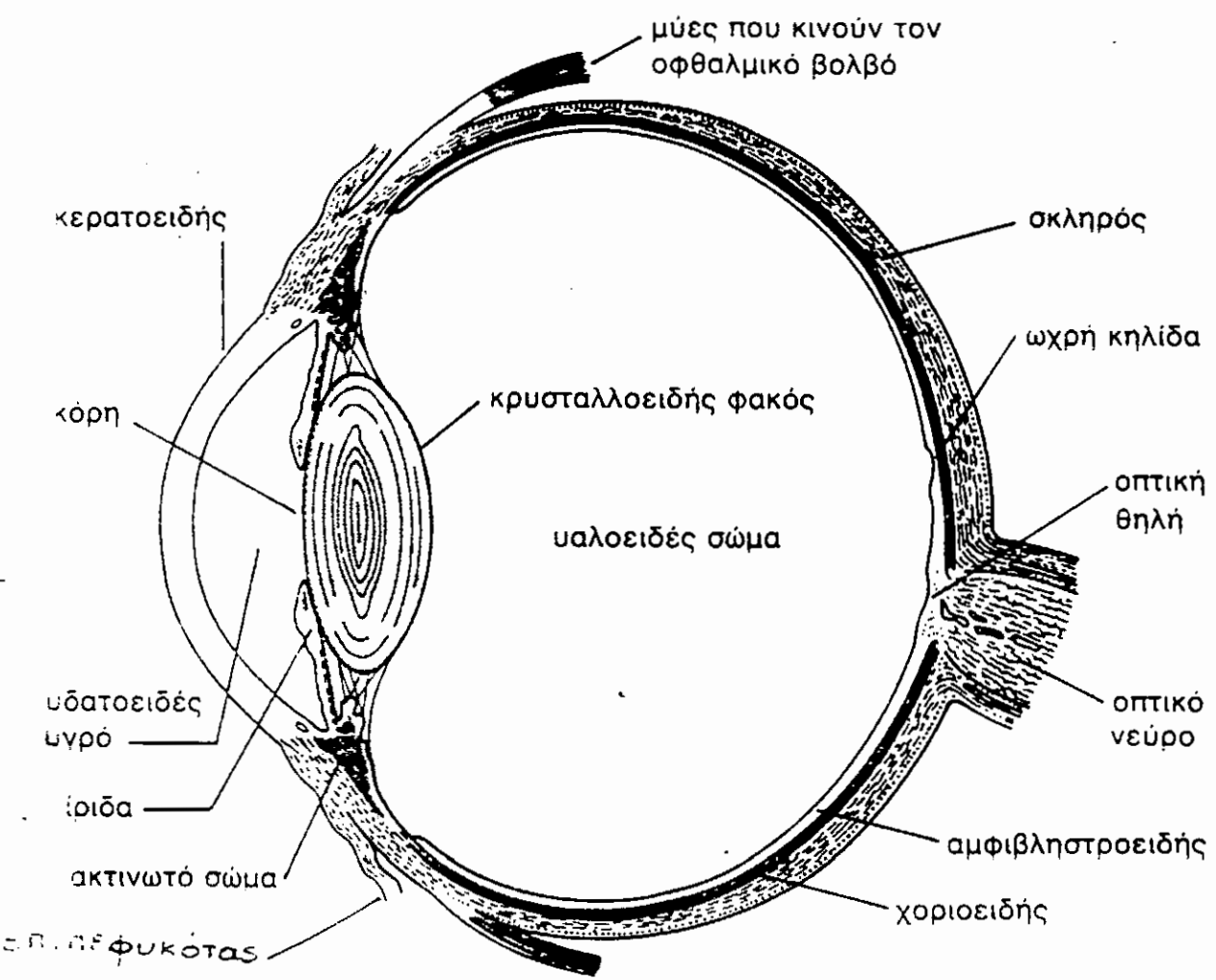
↑ πρόσπτωση φωτεινής δέσμης ↑ σχηματισμός του οπτικού νεύρου

Εσωτερικά από το σκληρό χιτώνα (όχι τον κερατοειδή) είναι ο αγγειώδης χιτώνας, που αποτελείται από τρία μέρη: πίσω το χοριοειδή, μια παχύτερη προέκτασή του μπροστά, το ακτινωτό σώμα και την ίριδα. Το ακτινωτό σώμα φέρει τον ακτινωτό μυ, που αλλάζει την καμπυλότητα του φακού. Η ίριδα εξάλλου, περιέχει κυκλοτερείς και ακτινωτές λείες μυϊκές ίνες, που της δίνουν το σχήμα κουλουριού, το κέντρο του οποίου είναι η κόρη του ματιού. Ο κυκλοτερής μυς με τη συστολή του στενεύει την κόρη (μύση), ενώ ο ακτινωτός τη διευρύνει (μυδρίαση).

Ο αμφιβληστροειδής είναι ο εσωτερικός χιτώνας του οφθαλμού. Βρίσκεται μόνο στο πίσω μέρος του βολβού και αποτελείται από στιβάδα νευρικού ιστού και στιβάδα μελαχρωστικής. Η έξω μελαχρωστική στιβάδα αποτελείται από επιθηλιακά κύτταρα και βρίσκεται σε επαφή με το χοριοειδή χιτώνα. Η νευρική στιβάδα έχει τρεις ζώνες κυττάρων: τους φωτοϋποδοχείς, τους δίπολους νευρώνες και τους γαγγλιακούς νευρώνες.

Οι δενδρίτες των φωτοϋποδοχέων είναι τα ραβδία και τα κωνία, ενώ οι νευράξονές τους συνάπτονται με τους δίπολους νευρώνες, οι οποίοι με τη σειρά τους συνάπτονται με τους γαγγλιακούς νευρώνες. Τέλος, οι νευράξονες των γαγγλιακών νευρώνων συγκλίνουν και βγαίνουν από το βολβό σαν οπτικό νεύρο. Η περιοχή του αμφιβληστροειδή από την οποία βγαίνει το οπτικό νεύρο λέγεται τυφλό σημείο, γιατί δεν περιέχει κωνία και ραβδία.

Ο φακός βρίσκεται πίσω από την ίριδα. Είναι διαφανής, περιβάλλεται από πλαστική κάψα, κρατιέται στη θέση του από τις ίνες της ακτινωτής ζώνης και χωρίζει το εσωτερικό του βολβού σε πρόσθια και οπίσθια κοιλότητα. Η πρόσθια κοιλότητα χωρίζεται σε πρόσθιο και οπίσθιο θάλαμο και είναι γεμάτη από υδατώδες υγρό,



Εικ. → Ο οφθαλμικός βολβός σε διατομή.

που παροχετεύεται μέσα από τον πόρο του Schlemm στις φλέβες του ματιού. Η κοιλότητα ανάμεσα στο φακό και τον αμφιβληστροειδή χιτώνα είναι γεμάτη από ζελατινώδες υγρό, το υαλοειδές σώμα.

Για να γίνει η όραση πρέπει φωτεινές ακτίνες να φτάσουν στα κωνία και στα ραβδία και να σχηματιστεί το είδωλο του αντικειμένου στον αμφιβληστροειδή (Εικ.). Για το σκοπό αυτό είναι απαραίτητες τέσσερις λειτουργίες που αφορούν την εστίαση των φωτεινών ακτίνων:

- 1) η διάθλαση των φωτεινών ακτίνων
- 2) η προσαρμογή του φακού για τα κοντινά αντικείμενα
- 3) η στένωση της κόρης
- 4) η σύγκλιση των αξόνων των ματιών για τη στερεοσκοπική αντίληψη της εικόνας.

Εκτός από τις δομές του ματιού που η λειτουργία τους έχει κυρίως σχέση με την όραση, υπάρχουν και άλλες που εξυπηρετούν την προστασία του από διάφορους κινδύνους. Οι δομές αυτές είναι τα εξαρτηματικά μέρη του ματιού. (Εικ.).

Τα βλέφαρα πραγματοποιούν την προστατευτική τους λειτουργία κλείνοντας αντανακλαστικά ενόψει κινδύνου. Κατά μέσο όρο ένα άτομο ανοιγοκλείνει τα βλέφαρά του 24 φορές/λεπτό. Εκτός από την προστασία του ματιού, το άνοιγμα και το κλείσιμο των βλεφάρων βοηθά στη ρύθμιση της ποσότητας του φωτός που μπαίνει στο μάτι και διατηρεί το βολβό καθαρό, θερμό και υγρό με μεταφορά δακρύων πάνω σ' αυτόν.

Τα δάκρυα παράγονται συνεχώς από τους δακρυϊκούς αδένες, με τους εκφορητικούς πόρους των οποίων φέρονται στα χείλη των βλεφάρων για να απλωθούν ομοιόμορφα με το άνοιγμα και το κλείσιμό τους. Δυο μικροί δακρυϊκοί πόροι μεταφέρουν τα δάκρυα μέσα στο δακρυϊκό ασκό, απ' όπου παροχετεύονται στη ρινική κοιλότητα, μέσω

του ρινοδακρυϊκού πόρου. Σπουδαίο ρόλο για τη διατήρηση υγιών των ματιών παίζουν οι αντισηπτικές ιδιότητες των δακρύων.

Ορισμένα μέρη του οφθαλμού, ο επιπεφυκότας και ο κερατοειδής, περιέχουν νευρικά κύτταρα. Είναι επομένως πολύ ευαίσθητα και στα μικρότατα σωματίδια που μπορούν να μπουν στο μάτι. Οι βλεφαρίδες, στα ελεύθερα χείλη των βλεφάρων, είναι γυρισμένες προς τα πάνω και προς τα κάτω για να προστατεύουν τα μάτια από τα σωματίδια που μπορεί να μπουν μέσα σ' αυτά από οποιαδήποτε κατεύθυνση.

ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΕΣ

Αλλεργική Επιπεφυκίτις

Οι ασθενείς με εξέρυθρους οφθαλμούς που προσέρχονται στον οφθαλμίατρο ή αλλεργιολόγο, χαρακτηρίζονται ότι πάσχουν από "αλλεργική επιπεφυκίτιδα". Στην ουσία, ο γενικός αυτός όρος περιλαμβάνει μια ποικιλία καταστάσεων με διαφορετική κλινική εικόνα και εκλυτικούς παράγοντες.

Οξεία αλλεργική επιπεφυκίτις (Ο.Α.Ε.)

Μια οξεία αντίδραση υπερευαισθησίας, χαρακτηριζόμενη από υπεραιμία και εκσεσημασμένο οίδημα του επιπεφυκότος και συνοδεύεται από δακρύρροια, κνησμό, αίσθημα καύσου των οφθαλμών, είναι δυνατό να προκληθεί από τυχαία έκθεση σε διάφορες ουσίες, ερεθιστικές, σε υγρή ή αέρια μορφή ή σε επιθήλια ζώων (Εικ. 1α).

Εποχιακή αλλεργική επιπεφυκίτις (Ε.Α.Ε.)

Είναι η τυπική αντίδραση του επιπεφυκότα, που παρατηρείται στην εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα ή κατά τη διάρκεια της εποχιακής έκθεσης του ευαισθητοποιημένου ατόμου στην αντίστοιχη για την εποχή γύρη (Εικ. 1β).

Χρόνια αλλεργική επιπεφυκίτις (Χ.Α.Ε.)

Αποτελεί μια λιγότερο έντονη αλλά συνεχή αντίδραση του επιπεφυκότα και σχετίζεται με τη χρόνια έκθεση σε ενδοοικιακά κυρίως αλλεργιογόνα, π.χ. ακάρεα οικιακής σκόνης (Εικ. 1γ).

Εαρινή επιπεφυκίτις (Ε.Ε.)

Είναι μια σοβαρή αμφοτερόπλευρη πάθηση των οφθαλμών με συχνή συμμετοχή του κερατοειδούς (εαρινή κερατοεπιπεφυκίτιδα) και χαρακτηρίζεται από υπερτροφία του επιπεφυκότα και μεγάλη παραγωγή βλέννης (Εικ. 1δ).

Ατοπική επιπεφυκίτις (Α.Ε.)

Είναι η κερατοεπιπεφυκίτις που σχετίζεται με τις εκζεματικές βλάβες στο δέρμα και στα βλέφαρα (Εικ. 1ε)..

Επιπεφυκίτις από φακούς επαφής (Ε.Φ.Ε.)

Είναι η γιγαντο-θηλαία επιπεφυκίτις, που παρατηρείται στους φέροντες μαλακούς ή σκληρούς φακούς επαφής (Εικ. 1στ).

Παλαιότερα η αιτία για την οποία σ' όλες τις παραπάνω παθήσεις δινόταν ο όρος "Αλλεργική επιπεφυκίτις" ήταν γιατί πίστευαν ότι αποτελούσαν αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου I

(σύμφωνα με τους Gell-Coombs). Εντούτοις, σε πολλές περιπτώσεις και ιδιαίτερα στην Ε.Α. και στην Α.Ε. δεν είναι δυνατό να προσδιορισθούν IgE αντισώματα, ούτε με δερματικές δοκιμασίες ούτε με RAST. Επιπλέον, η αναφερόμενη συσχέτιση με οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό ατοπίας απουσιάζει και οι υπερτροφικές βλάβες στην Ε.Ε. και Ε.Φ.Ε. δεν είναι δυνατό να ερμηνευτούν μόνο ως αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου I. Τέλος, πολλοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην απευαισθητοποίηση ή στην κλασική αντιαλλεργική αγωγή και απαιτείται μακροχρόνια αγωγή με κορτικοειδή.

Επιπολασμός

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό των αλλεργικών παθήσεων του οφθαλμού στο γενικό πληθυσμό είναι περιορισμένα, λόγω των ανομοιογενών κριτηρίων που έχουν χρησιμοποιηθεί για την ταξινόμηση των παθήσεων αυτών.

Σε μια μελέτη που αφορούσε 898 ασθενείς που προσήλθαν σε κλινική για εξέταση, οι 363 (ή 40%) είχαν συμπτώματα και σημεία οφειλόμενα σε αλλεργική αντίδραση του επιπεφυκότα. Μόνο στο 18% η συμπτωματολογία από τους οφθαλμούς ήταν το μοναδικό ενόχλημα. Αντίθετα, στο 82% των ασθενών με συμπτώματα από τα μάτια συνυπήρχαν και άλλες αλλεργικές παθήσεις, π.χ. ρινίτις (50%), άσθμα (3%), ατοπική δερματίτις (2%), κνίδωση - αγγειοοίδημα (1%) ή πλέον της μιας αλλεργικές παθήσεις (26%). Στην τελευταία περίπτωση η συμμετοχή των οφθαλμών αναφερόταν από τους ασθενείς ως ήσσονος σημασίας συμπτωματολογία και την ανέφεραν μόνο μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού.



Εικ. 1α) Οξεία αλλεργική αντίδραση (σε επιθήλιο ζώου)

(σύμφωνα με τους Gell-Coombs). Εντούτοις, σε πολλές περιπτώσεις και ιδιαίτερα στην E.A. και στην A.E. δεν είναι δυνατό να προσδιορισθούν IgE αντισώματα, ούτε με δερματικές δοκιμασίες ούτε με RAST. Επιπλέον, η ανάφερόμενη συσχέτιση με οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό ατοπίας απουσιάζει και οι υπερτροφικές βλάβες στην E.E. και E.Φ.E. δεν είναι δυνατό να ερμηνευτούν μόνο ως αντίδραση υπερευαισθησίας τύπου I. Τέλος, πολλοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην απευαισθητοποίηση ή στην κλασική αντιαλλεργική αγωγή και απαιτείται μακροχρόνια αγωγή με κορτικοειδή.

Επιπολασμός

Τα δεδομένα για τον επιπολασμό των αλλεργικών παθήσεων του οφθαλμού στο γενικό πληθυσμό είναι περιορισμένα, λόγω των ανομοιογενών κριτηρίων που έχουν χρησιμοποιηθεί για την ταξινόμηση των παθήσεων αυτών.

Σε μια μελέτη που αφορούσε 898 ασθενείς που προσήλθαν σε κλινική για εξέταση, οι 363 (ή 40%) είχαν συμπτώματα και σημεία οφειλόμενα σε αλλεργική αντίδραση του επιπεφυκότα. Μόνο στο 18% η συμπτωματολογία από τους οφθαλμούς ήταν το μοναδικό ενόχλημα. Αντίθετα, στο 82% των ασθενών με συμπτώματα από τα μάτια συνυπήρχαν και άλλες αλλεργικές παθήσεις, π.χ. ρινίτις (50%), άσθμα (3%), ατοπική δερματίτις (2%), κνίδωση - αγγειοοίδημα (1%) ή πλέον της μιας αλλεργικές παθήσεις (26%). Στην τελευταία περίπτωση η συμμετοχή των οφθαλμών αναφερόταν από τους ασθενείς ως ήσσονος σημασίας συμπτωματολογία και την ανέφεραν μόνο μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού.



Εικ. 1α) Οξεία αλλεργική αντίδραση (σε επιθήλιο ζώου)



Εικ. 16) Εποχιακή επιπεφυκίτις



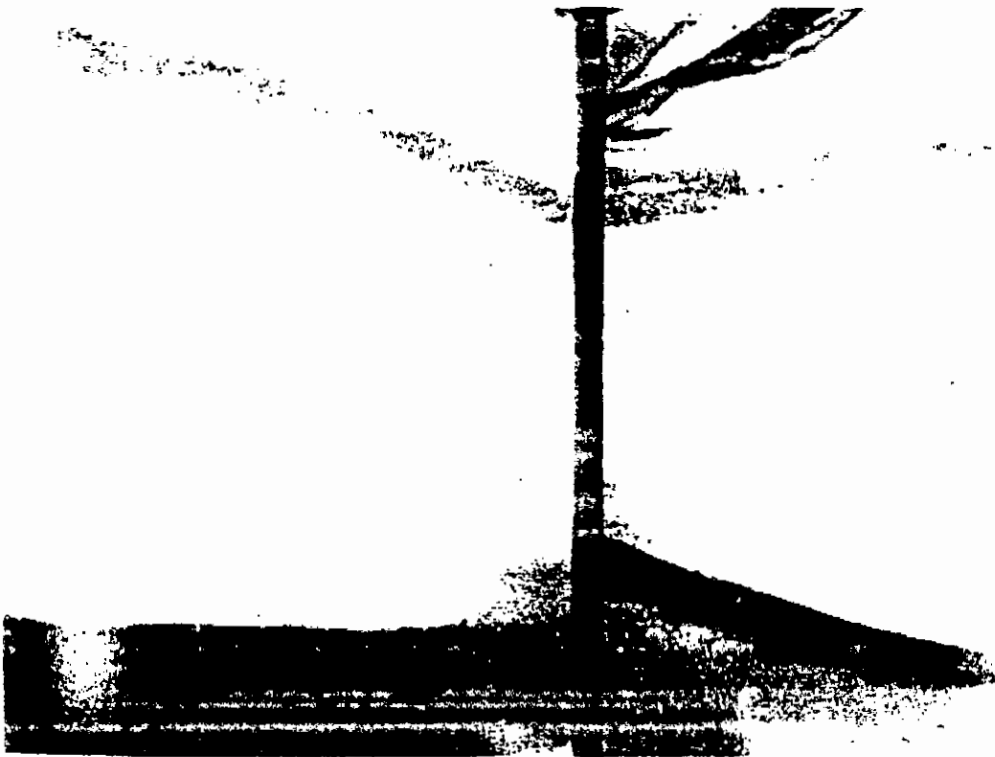
Εικ. 17) Χρόνια επιπεφυκίτις (ευαισθητοποίηση σε *Dermatophagoides pteronyssinus*).



Εικ. 1δ) Εαρινή επιπεφυκίτις (σημειώστε την υπεροχή βλέννης στον βολβικό επιπεφυκότα)



Εικ. 1ε) Ατοπική επιπεφυκίτις



Εικ. 1στ) Γίγανθοθηλαία επιπεφυκίτις (από φακούς επαφής) σε προχωρημένο στάδιο.

Επομένως, τα δεδομένα αυτά - αν και ελήφθησαν από επιλεγμένο πληθυσμό - υποσημαίνουν ότι η συμπτωματολογία από τους οφθαλμούς στους αλλεργικούς ασθενείς είναι συχνή και συχνά υπερεκτιμάται. Στη μελέτη αυτή η αλλεργική επιπεφυκίτιδα ήταν η πιο συχνή απ' όλες τις μορφές επιπεφυκίτιδας (66%), ακολουθούμενη από την Ε.Ε. (8%), την Ε.Φ.Ε. (5%) και την Α.Ε. (3%). Στο 18% των ασθενών ήταν αδύνατη η ταξινόμηση των μορφών επιπεφυκίτιδας. Αυτό σημαίνει την ανάγκη νέας ταξινόμησης των αλλεργικών παθήσεων των οφθαλμών.

Αλλεργική επιπεφυκίτις

Προσβάλλει κυρίως νέα άτομα και των δυο φύλων. Σχετίζεται σχεδόν πάντα με ρινίτιδα και μερικές φορές και με άλλες αλλεργικές παθήσεις. Η αμφοτερόπλευρη υπεραϊμία μπορεί να είναι εποχιακή ή χρόνια. Οι οξείες μορφές που οφείλονται στην επαφή του οφθαλμού με το αλλεργιογόνο δυνατόν να είναι ετερόπλευρες και με πιο έντονα συμπτώματα και σημεία, π.χ. δακρύρροια και εκσεσημασμένο οίδημα. Υπάρχει τυπική εικόνα IgE-εξαρτώμενης αλλεργικής πάθησης (οικογενειακό και ατομικό ιστορικό ατοπίας, υψηλά επίπεδα IgE στον ορό, θετικές δερματικές δοκιμασίες και RAST).

Βαρινή επιπεφυκίτις

Είναι μια χρόνια αμφοτερόπλευρη φλεγμονή του επιπεφυκότα με υποτροπές κατά τη διάρκεια της άνοιξης και του καλοκαιριού. Προσβάλλει νεαρά άτομα, κυρίως αγόρια (σε αναλογία 3:1). Οι βλάβες στα βλέφαρα εκδηλώνονται με τη μορφή θηλών δίκενη λιθόστρωτου με παχιά βλέννη μεταξύ των θηλών. Βλάβη του κερατοειδούς αναπτύσσεται κατά τις εξάρσεις της νόσου, κυμαινόμενη από στικτές βλάβες του κερατοειδούς (ήπια περίπτωση) έως σχηματισμό ελκών (σοβαρή κατάσταση). Ο σχηματισμός κερατοκώνου ή καταρράκτη αποτελούν σπάνιες επιπλοκές.

Ατοπική κερατοεπιπεφυκίτις

Αποτελεί αμφοτερόπλευρη σοβαρή φλεγμονή, που προσβάλλει παιδιά κάτω των 3 ετών ή νεαρούς ενήλικες. Υπάρχουν εκζεματικές βλάβες των βλεφάρων, που συχνά εκπλένονται με λοιμώξεις από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. Ο κερατοκώνος αποτελεί συχνή επιπλοκή και θεραπεύεται δύσκολα. Αμφοτερόπλευρος καταρράκτης εμφανίζεται στο 8-25% των περιπτώσεων, ενώ αποκόλληση κερατοειδούς στο 22%, σύμφωνα με τους Coles και Loyal. Αν δεν συμβούν οι παραπάνω επιπλοκές η πρόγνωση της Α.Κ. είναι καλή, παρά το γεγονός ότι η διάγνωση της αλλεργίας είναι δύσκολη και η θεραπεία δεν είναι πάντα αποτελεσματική.

Επιπεφυκίτις από φακούς επαφής

Αποτελεί γιγαντοθηλαία επιπεφυκίτιδα που περιγράφηκε πρώτα σε άτομα με φακούς επαφής, αλλά εμφανίζεται και σε άτομα με καταρράκτη ή σε όσους έχουν χειρουργηθεί στα μάτια. Η μορφή αυτή παρατηρείται σε νεαρές γυναίκες και η επίπτωση αυξάνει με την ηλικία. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά από διάστημα εφαρμογής των φακών και οδηγούν τους ασθενείς να πάψουν να τους φορούν. Εντούτοις, η επιπεφυκίτιδα συχνά επιμένει για σημαντικό διάστημα μετά την αφαίρεση των φακών επαφής.

Παθοφυσιολογία

1. Μη IgE εξαρτώμενοι ερεθιστικοί παράγοντες των σιτευτικών και βασεόφιλων κυττάρων

Η πιθανότητα αποκοκκίωσης των σιτευτικών και βασεόφιλων κυττάρων λόγω δράσης διαφόρων παραγόντων εκτός της IgE, όπως

αναφυλοτοξίνες, ιντερλευκίνες κ.λπ. έχει σαφώς αποδειχθεί. Ο μηχανισμός δράσης των παραγόντων αυτών, εκτός των αλλεργιογόνων (π.χ. τροφές, φάρμακα, βακτηριδιακές και ιογενείς λοιμώξεις) μπορεί να ερμηνεύσει την πρόκληση ψευδο-αλλεργικών αντιδράσεων. Το γεγονός αυτό μπορεί να συμβαίνει και στους οφθαλμούς, όπως φαίνεται στο *in vivo* και *in vitro* πείραμα.

2. Όψιμη αντίδραση του επιπεφυκότα και ο ρόλος της αλλεργικής φλεγμονής

Η Ο.Α.Α. στον επιπεφυκότα χαρακτηρίζεται κλινικά από επίμονη ερυθρότητα, κνησμό, δακρύρροια και συνοδεύεται από αίσθηση ξένου σώματος στους οφθαλμούς. Η κυτταρολογία της Ο.Α.Α. του επιπεφυκότα χαρακτηρίζεται από συσσώρευση φλεγμονωδών κυττάρων με κυρίαρχη την πρώιμη συνάθροιση ουδετερόφιλων και ακολουθούν ηωσινόφιλα, λεμφοκύττατα και μονοκύτταρα.

3. Μη-ειδική υπεραντιδραστικότητα του επιπεφυκότα

Πρόσφατα, οι δοκιμασίες πρόκλησης με ισταμίνη στον επιπεφυκότα ατόμων με αλλεργική επιπεφυκίτιδα έχουν δείξει ότι η μη-ειδική υπεραντιδραστικότητα παίζει πόλο στις αλλεργικές παθήσεις των οφθαλμών. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα τόσο της αλλεργικής φλεγμονής, όσο και ως ανεξάρτητος μηχανισμός που παίζει κύριο ρόλο στους ασθενείς με μη αλλεργική πάθηση του επιπεφυκότα.

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα και τα σημεία των διαφόρων μορφών επιπεφυκίτιδας φαίνονται στους Πίνακες I-IV.

Διάγνωση

- Η οφθαλμολογική εξέταση είναι ουσιώδης για τη διαπίστωση της μορφής της επιπεφυκίτιδας και την ύπαρξη βλάβης στον κερατοειδή.

- Εξέταση κυτταρολογίας του επιπεφυκότα συμπληρωματικά με οφθαλμική εξέταση, που γίνεται με ξέση του επιπεφυκότα ή με κυτταρολογική εξέταση δακρύων ή βιοψία.

Οι μέθοδοι αυτοί (εκτός βιοψίας) είναι εύκολο να γίνουν και συμβάλλουν σημαντικά στη διαφορική διάγνωση της "αλλεργικής επιπεφυκίτιδας" από άλλες μορφές αυτής, όπως βακτηριδιακές, ιογενείς ή λόγω συστηματικών νόσων. Η κυτταρολογική εξέταση του επιπεφυκότα συμβάλλει στη διαπίστωση της μορφής της "αλλεργικής επιπεφυκίτιδας" και στην εκτίμηση της σοβαρότητας της αλλεργικής φλεγμονής.

Η διαγνωση της αλλεργίας τεκμηριώνεται με τη διαπίστωση του αιτιού που δρα μέσω IgE-μηχανισμού. Ένδειξη ευαισθητοποίησης σε κοινά αλλεργιογόνα ανευρίσκεται πάντα σχεδόν στα άτομα με αλλεργική επιπεφυκίτιδα, αλλά μόνο στο 50% και 15% αντίστοιχα στα άτομα με Ε.Ε. και Ε.Φ.Ε.

Η ειδική μέθοδος πρόκλησης του επιπεφυκότα με αλλεργιογόνο είναι αξιόπιστη μέθοδος για τη διαπίστωση της υπόθεσης ότι το αλλεργιογόνο είναι δραστικό *in vivo*.

Αλλεργική επιπεφυκίτις

Συμπτώματα	Σημεία
Δακρυρροία	Ήπια υπεραιμία
Καύσος	Ήπιο έκζεμα
Ήπιος κνησμός	Ήπια θηλαία αντίδραση (συχνά απουσιάζει)

Πίνακας II.

Εαρινή (vernal) επιπεφυκίτις

Συμπτώματα	Σημεία
Εκσεσημασμένος κνησμός	Θηλες δίκην λιθοστροματος
Δακρυρροία	Εκσεσημασμένη υπεραιμία
Φωτοφοβία	Υπερέκκριση βλέννης
Αίσθημα ξένου σωματος	«Γαλακτώδης» επιπεφυκοτας
	Διάστικτη κερατοπάθεια
	Κηλίδες Trantor
	Έλκη Toghy

Πίνακας III.

Ατοπική κερατοεπιπεφυκίτις

Συμπτώματα	Σημεία
Κνησμός	Υπεραιμία
Καύσος	Εκζεματοειδείς βλάβες των βλεφάρων
Δακρυρροία	Έλκη κερατοειδούς
	Καταρράκτης
	Παννώδης κερατίτις (pannus)
	Χερατοκωνος
	Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς

Πίνακας IV.

Επιπεφυκίτις από φακούς επαφής

Συμπτώματα	Σημεία
Κνησμός	Γιγαντιαίες θηλές
Άλγος	Εκσεσημασμένη παραγωγή βλέννης
Αίσθημα ξένου σωματος	Βλάβες κερατοειδούς
Δυσανεξία στους φακούς	

Θεραπεία

Η τοπική αγωγή με χρωμογλυκίνη ή nedocromil (και αν απαιτούνται αγγειοσυσπαστικά) με προσθήκη από του στόματος ή τοπικά αντιϊσταμινικά φάρμακα, είναι συνήθως αποτελεσματική στον έλεγχο των συμπτωμάτων της αλλεργικής επιπεφυκίτιδας.

Αντίθετα, η Ε.Ε. και η Α.Ε. δεν ανταποκρίνονται στην παραπάνω αγωγή και απαιτείται η χρήση τοπικών ή από του στόματος κορτικοστεροειδών, με όλες τις δυνητικές παρενέργειες. Πρόσφατα παρατηρήθηκε ότι είναι δυνατή η μείωση των χορηγούμενων κορτικοειδών ή ο ικανοποιητικός έλεγχος των συμπτωμάτων στην Ε.Ε. με τη χρήση nedocromil τοπικά ή από το στόμα μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (π.χ. ασπιρίνη), αφού ελεγχθεί η οξεία φάση με κορτικοειδή. Απαιτείται όμως περαιτέρω πρόοδος στη θεραπεία.

Στην Ε.Φ.Ε., η πρώτη φροντίδα είναι η απομάκρυνση των φακών επαφής. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται κάποια μορφή δυσανεξίας στη χρήση φακών επαφής, η οποία υποχωρεί με την παραδοσιακή αγωγή της αλλεργικής επιπεφυκίτιδας και πιθανόν να επιστρέψει με την επαναχρησιμοποίηση των φακών επαφής.

Η απευαισθητοποίηση έχει αναφερθεί ως αναποτελεσματική στην "αλλεργική επιπεφυκίτιδα". Αυτό μπορεί και να οφείλεται στην ετερογένεια των μελετηθέντων ατόμων. Δεν υπάρχει λόγος να σκεφτούμε ότι η ειδική απευαισθητοποίηση δεν θα αποδώσει στις περιπτώσεις που υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση της ευαισθητοποίησης με τη νόσο με τις ίδιες ενδείξεις και περιορισμούς όπως και στις άλλες αλλεργικές παθήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ (Συνέχεια)

Δ) ΔΙΑΦΟΡΑ

- 1) Αναφυλαξία
- 2) Τροφική αλλεργία και τροφική δυσανεξία στα παιδιά
- 3) Φαρμακευτική αλλεργία
- 4) Μελλοντικές προοπτικές

"... έχουμε μέσα μας κρυμμένες πολλές δυνατότητες. Είμαστε, όπως μας αρέσει να λέμε, η κορωνίδα της δημιουργίας. Ο Βασιλιάς της κτήσης... Ο άνθρωπος! Η αρχή και η εξουσία του κόσμου. Ενός κόσμου που δαμάσαμε και τιθασεύσαμε. Πόσο συχνά ξεχνάμε αυτή την τιμητική και περιβλεπτή θέση μας. Από κυρίαρχοι γινόμαστε δούλοι. Αντί να κυριαρχούμε κυριαρχούμαστε από στοιχεία που γίνονται στοιχεία της ζωής μας..."

ΔΑΒΑΡΟΥΚΑΣ

ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑ

Αναφυλαξία (anaphylaxis = ελληνικός όρος που σημαίνει το αντίθετο της προστασίας) είναι μια σοβαρή γενικευμένη αντίδραση, που ακολουθεί την έκθεση του ευαισθητοποιημένου ατόμου στο υπεύθυνο αλλεργιογόνο. Αποτελεί την πλέον σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα εκδήλωση της άμεσης αντίδρασης υπερευαισθησίας.

Υπάρχουν πολύ λίγα επιδημιολογικά δεδομένα για την επίπτωση της αναφυλαξίας. Η πρώτη ιστορική καταγραφή είναι στα ιερογλυφικά και αφορά τον αιφνίδιο θάνατο ενός Φαραώ μετά από τσίμπημα σφήκας το 2.640 π.Χ. Η επίπτωση της αναφυλαξίας πιθανόν έχει αυξηθεί με την πρόοδο της ιατρικής και την εισαγωγή θεραπευτικών ουσιών, π.χ. ετερόλογοι οροί, αντιβιοτικά, ακτινοσκιερές ουσίες κ.λπ. Χωρίς αμφιβολία, ο νυγμός εντόμων αποτελεί το δεύτερο συχνότερο αίτιο μετά τα ιατρογενή αίτια της αναφυλαξίας. Υπολογίζεται ότι το 10% των αναφυλακτικών αντιδράσεων είναι θανατηφόρες.

Αιτιολογία και παθογένεια

Η αναφυλαξία συνήθως ακολουθεί την έκθεση σε ξένη πρωτεΐνη, η οποία έχει την ικανότητα πρόκλησης σχηματισμού ειδικών IgE-αντισωμάτων. Τα μόρια της ειδικής IgE καθηλώνονται στη μεμβράνη των σιτευτικών και βασεόφιλων κυττάρων και σε επανέκθεση του ατόμου στο αντιγόνο προκαλείται μαζική απελευθέρωση των μεσολαβητών της άμεσης αντίδρασης.

Ανεξάρτητα από τον υποκείμενο μηχανισμό, η μαζική έκλυση των μεσολαβητών τεκμηριωμένα παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της νόσου. Η ισταμίνη παίζει σημαντικό, αλλά όχι αποκλειστικό ρόλο. Η έγχυση ισταμίνης μπορεί να αναπαράγει μερικά από τα συμπτώματα και σημεία αναφυλαξίας, αλλά σίγουρα και άλλοι μεσολαβητές εμπλέκονται στην παθογένεια της νόσου, όπως οι κινίνες, ο PAF και τα μεταβολικά προϊόντα του αραχιδονικού οξέος (κυρίως οι λευκοτριένες). Αυξημένα επίπεδα τρυπτάσης έχουν ανευρεθεί στον ορό σε άτομα με αναφυλακτική αντίδραση.

Συμπτώματα

Η ταχύτητα εμφάνισης των συμπτωμάτων και των σημείων εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η πύλη εισόδου, η ποσότητα και η ταχύτητα χορήγησης του αντιγόνου. Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, τα συμπτώματα εκδηλώνονται μια ώρα μετά την έκθεση στο αντιγόνο, αλλά στην περίπτωση λήψης του αντιγόνου από το στόμα μπορεί να περάσουν μερικές ώρες. Η κλινική πορεία είναι μερικές φορές διφασική, με περίοδο κλινικής βελτίωσης μεταξύ των δυο προσβολών.

Η αναφυλακτική αντίδραση δυνατόν να περιλαμβάνει συμπτωματολογία απ' όλα τα όργανα του σώματος. Είναι χαρακτηριστική η συμμετοχή του δέρματος και το οίδημα.

Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι:

1. Κυκλοφοριακό shock είναι το πλέον απειλητικό για τη ζωή. Η ταχεία και παρατεταμένη πτώση της πίεσης του αίματος και της καρδιακής παροχής δυνατόν να οφείλεται σε διάφορους μηχανισμούς,

διαλύματα είναι πρώτης επιλογής, όπως διάλυμα ανθρώπινης λευκωματίνης. Μερικές φορές απαιτείται η χορήγηση μεγάλων ποσοτήτων υγρών, με την άμεση επαγρύπνηση για πιθανή καρδιακή κάμψη.

Διάφοροι άλλοι μεσολαβητές εκτός της ισταμίνης εμπλέκονται στην αναφυλακτική αντίδραση. Αυτό εξηγεί γιατί τα αντιϊσταμινικά είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη και όχι στη θεραπεία της αναφυλαξίας.

Τα κορτικοειδή χορηγούνται, αλλά δεν είναι άμεσα αποτελεσματικά. Μπορούν όμως να περιορίσουν τις παρατεινόμενες αντιδράσεις και να μειώσουν το σχηματισμό του οιδήματος του διάμεσου ιστού και ν' αποκαταστήσουν ο βρογχόσπασμο. Η θεοφυλλίνη μπορεί να προστεθεί για τη θεραπεία του βρογχόσπασμου, αν και η αποτελεσματικότητά της είναι περιορισμένη. Η κύρια αγωγή για το βρογχόσπασμο είναι η εισπνοή β_2 -διεγερτών με νεφελοποιητή.

Σ' όλες τις περιπτώσεις απαιτείται άμεση και επείγουσα αγωγή. Ο ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος, η συχνή λήψη ζωτικών σημείων και η διαθεσιμότητα διασωλήνωσης είναι απαραίτητα μέτρα αντιμετώπισης και δυνατόν ν' απαιτηθεί παρακολούθηση σε εντατική μονάδα θεραπείας για 12-24 ώρες.

Είναι εμφανές ότι πρέπει να αποφευχθεί η επανέκθεση στον ένοχο παράγοντα, παρόλο ότι η μελλοντική αντίδραση δυνατόν να μην είναι πάντα σοβαρή. Αν απαιτείται επαναχορήγηση της ουσίας (π.χ. αναντικατάστατο φάρμακο) ή είναι αδύνατη η αποφυγή της επανέκθεσης (π.χ. υμενόπτερα), τότε πρέπει να γίνει ειδική απευαισθητοποίηση.

ΤΡΟΦΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ

Τροφική αλλεργία σημαίνει κάθε αντίδραση στις τροφές, στην οποία το ανοσιακό σύστημα τεκμηριωμένο συμμετέχει. Οι θετικές δοκιμασίες νυγμού και τα θετικά RAST αποτελούν επαρκή ένδειξη υπερευαισθησίας τύπου I (βλ. κεφ.). Επειδή η IgE παράγεται και τοπικά στους βλεννογόνους, οι ασθενείς μπορεί να έχουν αλλεργικές αντιδράσεις και να μην εμφανίζουν θετικές δερματικές δοκιμασίες ή θετικά RAST λόγω της ευαισθητοποίησης του βλεννογόνου μόνο.

Τροφική δυσανεξία σημαίνει κάθε αντίδραση στις τροφές, όπου δεν αποδεικνύεται η συμμετοχή του ανοσιακού συστήματος με δερματικές δοκιμασίες ή άλλες αλλεργιολογικές εξετάσεις.

Ψευδο-τροφική αλλεργία υποσημαίνει έναν ειδικό τύπο μη-ανοσολογικής αντίδρασης, κατά την οποία ορισμένες τροφές προκαλούν άμεση αποκοκκίση των σιτευτικών κυττάρων, π.χ. φράουλες. Αυτό δεν είναι αλλεργική αντίδραση και δεν εμπλέκεται η IgE, αλλά το τελικό αποτέλεσμα είναι το ίδιο (έκλυση ισταμίνης από τα σιτευτικά κύτταρα) και τα συμπτώματα όμοια μ' αυτά της τροφικής αλλεργίας.

Ευαισθησία στις τροφές είναι ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει όλες τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις από τη λήψη τροφής, εκτός αυτών που έχουν καθαρά ψυχολογική προέλευση.

Επιδημιολογία

Οι στατιστικές που περιγράφουν αριθμούς πασχόντων από τροφική αλλεργία δεν θεωρούνται αξιόπιστες και αποτελούν πεδίο αμφιλεγόμενων απόψεων. Η κλασική τροφική αλλεργία παρατηρείται στη βρεφική και παιδική ηλικία, τότε που το κυριότερο σιτίο του παιδιού είναι το γάλα της αγελάδας και τα προϊόντα του. Με την πάροδο του χρόνου ελαττώνεται η συχνότητα της τροφικής αλλεργίας, χωρίς να μπορεί να καθορισθεί η πραγματική της συχνότητα.

Παλιότερες έρευνες αναφέρουν συχνότητα από 1-40% (εργ. Dees και Fries). Σήμερα στις δυτικές χώρες αναφέρονται συχνότητες στη βρεφική και παιδική ηλικία της τάξεως του 5% (εργ. Geisgard και συν.). Στο γενικό πληθυσμό τα ποσοστά κυμαίνονται από 0,3-7%.

Υπολογίστηκε ότι το 10% των αλλεργικών παιδιών έοχυν κάποια τροφική αλλεργία κλινικής σημασίας. Οι ασθενείς από αλλεργική ρινίτιδα και άσθμα που οφείλεται σε γύρεις, ακάρεα, μύκητες, είναι πιθανόν να πάσχουν από κάποια τροφική αλλεργία.

Διαγνωστικά κριτήρια

Η διάκριση μεταξύ αλλεργίας και δυσανεξίας βασίζεται στους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, ενώ η κλινική διάγνωση βασίζεται στη συμπτωματολογία. Π.χ. το άσθμα και η κνίδωση είναι πιθανόν αληθείς αλλεργικές αντιδράσεις, ενώ η

ημικρανία, το ευερέθιστο έντερο, η νόσος του Crohn και οι αρθραλγίες πιθανόν να είναι εκφράσεις τροφικής δυσανεξίας.

Δεν υπάρχουν παθογνωμονικά συμπτώματα για τη διάγνωση της τροφικής δυσανεξίας. Κάθε ασθενής είναι διαφορετικός, αν και οι περισσότεροι ασθενείς αντιδρούν σε πολλές από τις ίδιες τροφές. Επομένως, δεν υπάρχει σαφής υποκείμενος παθοφυσιολογικός μηχανισμός. Η δυσανεξία στις τροφές είναι σύνθετο πρόβλημα και πολλοί παράγοντες συμμετέχουν στην παθογένειά της.

Τροφική Αλλεργία - Συμπτώματα και χρόνος επέλευσης αυτών

Στους ασθενείς με IgE-εξαρτώμενη αντίδραση στην τροφή, ο χρόνος επέλευσης των συμπτωμάτων από τη λήψη της τροφής είναι συνήθως βραχύς, όχι περισσότερος από 30 λεπτά. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς κάνουν μόνοι τους τη διάγνωση. Τα συμπτώματα αποτελούνται από αγγειοοίδημα, κνίδωση, έμετο και διάρροια. Επιπλέον, πιο συχνά ευθύνονται λίγες τροφές, όπως ξηροί καρποί, αυγό, οστρακοειδή θαλασσινά. Όπως προαναφέρθηκε, η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τεκμηρίωση της ειδικής IgE.

Δυσανεξία στις τροφές - Συμπτώματα και χρόνος επέλευσης αυτών

Σε ασθενείς με δυσανεξία στις τροφές ο χρόνος εμφάνισης των συμπτωμάτων μετά τη λήψη τροφής δυνατόν να κυμαίνεται από

λίγες ώρες έως ημέρες. Επειδή η τροφή λαμβάνεται συχνά (π.χ. σιτηρά λαμβάνονται πολλές φορές ημερησίως), ο ασθενής δεν κατανοεί τη συσχέτιση μεταξύ της λήψης της τροφής και της επέλευσης των συμπτωμάτων. Επιπλέον δεν υπάρχουν παθογνωμονικά συμπτώματα για τη δυσανεξία στις τροφές. Ο Πίνακας 1 περιλαμβάνει κατάλογο νόσων στις οποίες η ευαισθητοποίηση στις τροφές δυνατόν να παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόκληση των συμπτωμάτων ή στην παθογένεια της νόσου. Σε πολλούς απ' αυτούς τους ασθενείς, μια δίαιτα περιορισμού μπορεί να εξαλείψει τα συμπτώματα.

Σύνδρομο στα οποία εμπλέκεται η δυσανεξία στις τροφές

Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (Σ.Ε.Ε.)

Η κατάσταση αυτή είναι μια συμπτωματική διαταραχή του εντέρου, και οι ασθενείς συχνά χαρακτηρίζονται ως νευρωτικοί. Εντούτοις, πολλές κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η δυσανεξία στις τροφές είναι σημαντική στο 50% των ασθενών αυτών. Μια προσεκτική δίαιτα περιορισμού όχι μόνο μπορεί να εξαλείψει τα κοιλιακά ενοχλήματα, αλλά μπορεί ν' απαλείψει και άλλα συμπτώματα, τα οποία ο ασθενής δεν ανέφερε στο γαστρεντερολόγο του, όπως αρθραλγίες, κεφαλαλγίες και υπνηλία. Ένα ενδιαφέρον σημείο από το ιστορικό είναι να ερωτάται ο ασθενής ποια συμπτώματα επιδεινώνονται με τις πιτυρούχες τροφές, που συνήθως συστήνονται στους ασθενείς αυτούς. Εάν πραγματικά αυτό συμβαίνει, τότε μια δίαιτα ελεύθερη από δημητριακά μπορεί να είναι βοηθητική.

Candida albicans: Μερικές ασθενείς με Σ.Ε.Ε. έχουν μυκητίαση του κόλπου και κνησμό του αιδοίου και θεραπεύονται επί μακρόν με αντιβιοτικά, κορτικοστεροειδή ή αντισυλληπτικά χάπια. Οι ασθενείς αυτές δυνατόν ν' ανταποκρίνονται ολιγώτερο καλά σε διαιτητικούς περιορισμούς, εκτός αν πρώτα έχουν υποστεί δίαιτα πτωχή σε ζάχαρη και ζύμη και στη συνέχεια έχουν λάβει αντιμυκητιασικά φάρμακα, όπως Nystatin επί 3 ή 4 εβδομάδες.

Νόσος του Crohn

Καλά τεκμηριωμένες κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου το 60% των ασθενών ανταποκρίνονται καλά σε δίαιτα περιορισμού. Η αρχική αγωγή με βασική δίαιτα για 2 εβδομάδες πρέπει ν' ακολουθείται με απλή τροφική πρόκληση (μια τροφή), μέχρις ότου τεκμηριωθεί μια ασφαλής δίαιτα. Στο στάδιο αυτό πολλοί ασθενείς παραμένουν ελεύθεροι συμπτωμάτων χωρίς φαρμακευτική αγωγή.

Αρθρίτις

Σε μερικές ρευματοπάθειες έχει ενοχοποιηθεί αλλεργικός παράγοντας. Νεώτερα δεδομένα έχουν δείξει ότι η οροαρνητική ρευματοειδής αρθρίτις ανταποκρίνεται καλά όταν αφαιρούνται από το διαιτολόγιο οι υπεύθυνες τροφές. Πρόσφατες Σκανδιναβικές μελέτες έχουν δείξει μακροχρόνιο όφελος από εφαρμογή δίαιτας περιορισμού.

Ημικρανία

Δυο είναι τα ενδεχόμενα για τη συμμετοχή λήψης τροφών στην παθογένεια της ημικρανίας. Μερικοί ασθενείς με ευαισθησία στην τυραμίνη (αμίνες), όταν καταναλώσουν τροφές πλούσιες στις ουσίες αυτές, όπως τυρί, σοκολάτα, καφέ, εσπεριδοειδή και κόκκινο κρασί, δυνατόν να έχουν κρίση ημικρανίας. Άλλοι ασθενείς έχουν δυσανεξία σε ποικιλία τροφών και μια επιλεκτική δίαιτα δυνατόν να περιορίσει και να εξαφανίσει τα συμπτώματα.

Υπερκινητικότητα

Η ορθόδοξη άποψη είναι ότι τα υπερκινητικά παιδιά δεν έχουν τροφική ευαισθησία. Εντούτοις, επιλεγμένες περιπτώσεις εμφανίζουν επιδείνωση μετά τη λήψη ορισμένων τροφών. Πρόσφατες μελέτες από το Great Ormond Street Children's Hospital έχουν επιβεβαιώσει τις μεταβολές στη συμπεριφορά με τη λήψη ορισμένων τροφών, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο του Connor και άλλες ψυχομετρικές δοκιμασίες. Το ίδιο έχει βρεθεί και στους ενήλικες. Πρέπει ν' αναζητηθούν οι κατάλληλες δίαιτες, που μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικές.

Η επιληψία στα παιδιά με ημικρανία

Μια άλλη μελέτη από το Great Ormond Hospital έδειξε ότι στα παιδιά με επιληψία και ημικρανία, μια κατάλληλη δίαιτα μπορεί να εξαλείψει την ημικρανία αλλά και την επιληψία. Η διαιτητική αγωγή δεν έχει αποτέλεσμα στα παιδιά με επιληψία και χωρίς εκδήλωση συμπτωμάτων τροφικής δυσανεξίας.

Άλλες νόσοι

Οι υπόλοιπες νόσοι που τα συμπτώματά τους σχετίζονται με τροφική δυσανεξία αναφέρονται στον Πιν. 1. Είναι χρήσιμο σε κάθε ασθενή, αφού προηγηθεί μια δίαιτα περιορισμού, να γίνονται διαδοχικές τροφικές προκλήσεις κάτω από ασφαλείς συνθήκες.

Δίαιτα περιορισμού για τροφική δυσανεξία

Δεν υπάρχει μια ειδική δίαιτα επιβοηθητική για όλους τους ασθενείς και για όλες τις καταστάσεις. Εντούτοις, υπάρχουν οδηγία σημεία από το ιστορικό του ασθενούς που υποδηλώνουν τις υπεύθυνες τροφές. Χωρίς αμφιβολία, οι τροφές που προκαλούν εξάρσεις της νόσου πρέπει ν' αποφεύγονται παντελώς, ακόμη και σε μικρές ποσότητες. Μερικοί ασθενείς εκλιπαρούν για λήψη τροφής στην οποία έχουν ευαισθησία και πρέπει ν' αποφεύγεται παντελώς.

Σημαντικά σημεία πριν την έναρξη της διαιτητικής αγωγής

Είναι ευνόητο ότι, αν τα προβλήματα που θα δημιουργήσει η τήρηση της δίαιτας είναι μεγαλύτερα απ' αυτά των συμπτωμάτων, τότε η δίαιτα δεν πρέπει να εφαρμοσθεί. Στην περίπτωση αυτή η νόσος θα επιδεινωθεί, παρά τη διαιτητική αγωγή. Σε ειδικές ομάδες, όπως στα παιδιά, στις εγγύους ή σε άτομα υποβαλλόμενα σε άλλη δίαιτα, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη φροντίδα πριν αρχίσει η διαιτητική αγωγή. Είναι κριτικής σημασίας ο αποκλεισμός καταστάσεων που δεν σχετίζονται με

τροφική δυσανεξία. Η βασική δίαιτα περιορισμού δεν πρέπει να παρατείνεται πέραν των 4 εβδομάδων, γιατί πιθανόν κάτω από ορισμένες συνθήκες να είναι επικίνδυνη.

Ποιες τροφές;

Οι τροφές στις οποίες οι ενήλικες έχουν συχνά ευαισθησία είναι τα δημητριακά (ιδιαίτερα καλαμπόκι - σιτάρι), τα αυγά, τα εσπεριδοειδή (πορτοκάλια - λεμόνια), η ζύμη και μερικές τροφές με τεχνητές χρωστικές και συντηρητικά. Η δίαιτα δεν πρέπει να περιορίζεται στις τροφές αυτές, αλλά και σε αυτές που περιέχουν τις ουσίες αυτές σε μικρές ποσότητες.

Για πόσο χρόνο;

Δέκα ημέρες με δυο εβδομάδες είναι επαρκής χρόνος για να παρατηρηθεί κλινική βελτίωση, εκτός ορισμένων περιπτώσεων αρθρίτιδας ή εκζέματος όπου δυνατόν ν' απαιτηθεί διάστημα 3-4 εβδομάδων.

Επανεισαγωγή των τροφών

Εάν τεκμηριωθεί βελτίωση μετά την εφαρμογή δίαιτας περιορισμού, είναι σημαντικής σημασίας η σταδιακή επανεισαγωγή των τροφών, για να διαπιστωθεί εκείνη που προκαλεί την έκλυση των συμπτωμάτων. Ο ασθενής πρέπει να ακολουθεί τη βασική δίαιτα και να προσθέτει μια τροφή κάθε φορά. Όταν μια τροφή προκαλέσει αντίδραση, τότε η επανεισαγωγή των τροφών θα γίνει μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Πίνακας 1.

Σύνδρομα στα οποία εμπλέκεται στην παθογένεια, ή δυσανεξία στις τροφές	
Σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου	Νόσος του Crohn
Αρθρίτις	Ημικρανία
Υπερκινητικότητα	Κνίδωση
Ατοπικό έκζεμα	Επιληψία με ημικρανία
Διάρροια	Ρινίτις
Άσθμα	Κεφαλαλγία
Αήθαργος	Νεφρωσικό σύνδρομο

Κατανόηση των συμπτωμάτων

Εάν ο ασθενής δεν βελτιωθεί μετά την εφαρμογή της δίαιτας περιορισμού, τότε είναι μάλλον πιθανό ότι δεν είναι ευαίσθητος στις τροφές. Εντούτοις, μερικοί ασθενείς είναι ευαίσθητοι σε πολλές τροφές και επιπλέον περιοριστικές δίαιτες δυνατόν να ενδείκνυνται κλινικά. Αυτές πρέπει να γίνονται με αυστηρή ιατρική επίβλεψη. Όταν βελτιωθούν τα συμπτώματα και ταυτοποιηθούν οι ένοχες τροφές, τότε η "ασφαλής" δίαιτα πρέπει να διατηρείται για 3-4 μήνες, πριν επιχειρηθεί η επανεισαγωγή των τροφών. Μερικοί ασθενείς ανέχονται τότε τις τροφές πλήρως, όταν λαμβάνονται ανά 3-4 ημέρες. Στην περίπτωση αυτή μια κυκλική δίαιτα μπορεί να είναι επιβοηθητική.

Συμπέρασμα

Ο αριθμός των νόσων στις οποίες εμπλέκεται η τροφική δυανεξία είναι μεγάλος. Οι δίαιτες περιορισμού δεν είναι δύσκολες στην εφαρμογή τους και είναι προτιμότερες από τη χορήγηση φαρμάκων. Είναι σημαντικό να βλέπει κανείς την κλινική βελτίωση του ασθενούς του μετά από μια επιτυχή δίαιτα και να ακούει το πόσο καλά αισθάνεται μετά την εξάλειψη των συμπτωμάτων.

Υγεία δεν είναι μόνο η απουσία της νόσου, αλλά και το θετικό αίσθημα του να αισθάνεσαι καλά.

... Το παιδί θα είναι σε κάθε περίπτωση από τους πρώτους που θ' απολαμβάνουν προστασία και περίθαλψη...

(Διακήρυξη των Η.Ε. για τα δικαιώματα του παιδιού)

ΤΡΟΦΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Οι "τροφικές αντιδράσεις υπερευαισθησίας" είναι συνωνυμος όρος με την "τροφική αλλεργία" (Metcalf 1989), μολονότι η δεύτερη περιορίζεται στις IgE-εξαρτώμενες αντιδράσεις, ενώ οι πρώτες αναφέρονται στις αντιδράσεις που εμπλέκεται κάποιας μορφής ανοσολογική αντίδραση στις τροφές. Ο όρος "τροφική δυσανεξία" πρέπει να χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις όπου δεν αναγνωρίζεται ανοσολογικός μηχανισμός, όπως π.χ. στην ανεπάρκεια της λακτάσης.

Ο επιπολασμός της υπερευαισθησίας στις τροφές μπορεί να εκτιμηθεί από μια πρόσφατη μελέτη του Bock (1989), που έγινε σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 3 ετών στην Αμερική. Περίπου το 8% είχαν αντιδράσεις σε διάφορες τροφές και στο 1 με 2% των παιδιών οι αντιδράσεις αυτές είχαν ανοσολογική βάση. Είναι πιθανό ότι το 1-3% του παιδιατρικού πληθυσμού είναι επιρρεπές σε τροφικές αλλεργικές αντιδράσεις και σε ορισμένες ομάδες η τροφική αλλεργία δυνατόν να είναι υψηλή έως και 30%, όπως στα παιδιά με ατοπική δερματίτιδα (Sampson 1989).

Παθοφυσιολογία

Οι αλλεργικές αντιδράσεις συνήθως ενεργοποιούνται από γλυκοπρωτεϊνικά τμήματα των τροφών, τα οποία είναι γενικώς υδατοδιαλυτά, ανθεκτικά στη θερμότητα και στο όξινο περιβάλλον και έχουν μοριακό βάρος μεταξύ 14-40 kilodaltons.

Η είσοδος των μορίων αυτών στον οργανισμό παρεμποδίζεται από μια σειρά φραγμών κατά μήκος της γαστρεντερικής οδού. Οι τροφές που προκαλούν αλλεργικές αντιδράσεις στα παιδιά είναι περιορισμένες. Μεταξύ αυτών είναι το γάλα, τα αυγά, οι ξηροί καρποί, η σόγια και το σιτάρι.

Γαστρεντερικά κλινικά συμπτώματα

Η τροφική υπερευαισθησία περιλαμβάνει μια πλειάδα ξεχωριστών κλινικο-παθολογοανατομικών οντοτήτων. Η εντεροπάθεια από ευαισθησία στο γάλα της αγελάδας είναι μια παροδική νόσος που εμφανίζεται σε βρέφη και παιδιά και υποπίπτει στην αντίληψη λόγω της διάρροιας, των εμέτων και της καθυστέρησης στην ανάπτυξη.

Συμβαίνει λίγες εβδομάδες ή και αμέσως αφού οι γονείς αρχίσουν και δίνουν το γάλα αγελάδας και συχνά σχετίζεται με ατροφία των εντερικών λαχνών. Η νόσος υφίεται με το χρόνο. Μερικά παιδιά εμφανίζουν IgE σχετιζόμενα συμπτώματα, όπως κνίδωση. Μια παρόμοια αλλά πιο σπάνια εκδηλούμενη εικόνα δυνατόν να προκαλέσουν η σόγια, τα αυγά, το ψάρι και το ρύζι.

Η κολίτις γενικώς εμφανίζεται στην ηλικία μεταξύ πρώτης εβδομάδας και των 3 μηνών, με εμφάνιση προσμίξεων αίματος στα κόπρανα. Συνήθως ευθύνεται το γάλα της αγελάδας, είτε με την άμεση λήψη είτε μέσω του γάλακτος από τη μητέρα που λαμβάνει γάλα αγελάδας. Ένα παρόμοιο σύνδρομο έχει αναφερθεί με τη σόγια και τα αυγά. Οι βλάβες αφορούν το απευθυσμένο, όπως έχουν δείξει οι κολονοσκοπήσεις.

Τα ιστολογικά ευρήματα δεν είναι πάντα ειδικά, αλλά δυνατόν να χαρακτηρίζονται από ηωσινοφιλική διήθηση του βλεννογόνου (Jenkins και συν. 1984). Τα συμπτώματα εξαφανίζονται κλινικά σε 72 ώρες μετά την αποφυγή του αλλεργιογόνου από το παιδί ή τη θηλάζουσα μητέρα.

Οι ηωσινοφιλικές διηθήσεις της γαστρεντερικής οδού, οι αποκαλούμενες και ηωσινοφιλική γαστρεντεροπάθεια (Black - Shaw και Lenision 1986, Whittington και Whittington 1988, Heyman 1989) σχετίζονται γενικώς με περιφερική ηωσινοφιλία οφειλόμενη μεταξύ άλλων και σε τροφική αλλεργία, η οποία τεκμηριώνεται με αυξημένα επίπεδα ολικής IgE, θετικές δερματικές δοκιμασίες και συσχέτιση με ατοπικές παθήσεις. Τα συμπτώματα κυμαίνονται από ήπιες κρίσεις διάρροιας, εμέτων και κοιλιακών αλγών μέχρι την καθυστέρηση στην ανάπτυξη ή στην απώλεια βάρους στα μεγαλύτερα παιδιά. Μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ελκώδη κολίτιδα, που μιμείται φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και στο σύνδρομο εντεροπάθειας με απώλεια λευκώματος, με υπολευκωματιναιμία που εκδηλώνεται κλινικά με οίδημα.

Οι εντερικοί κολικοί δυνατόν να σχετίζονται με βρώση γάλακτος αγελάδος, είτε άμεσα είτε μέσω της μητέρας που θηλάζει. Οι έμετοι που ανθίστανται στη συνήθη αγωγή δυνατόν να υποδηλώνουν αλλεργία στο γάλα της αγελάδας. Και στις δυο περιπτώσεις η διάγνωση τίθεται με δίαιτα περιορισμού βραχείας διάρκειας, η οποία δεν μπορεί να γίνει αν δεν υπάρχει υποψία τροφικής αλλεργίας.

Συμπτωματολογία ευερέθιστου εντέρου, με ειδική διάρροια και κοιλιακό πόνο μπορεί να υποδηλώνουν τροφική αλλεργία (Barau και συν. 1990).

Η κοιλιοκάκη είναι μια εντεροπάθεια οφειλόμενη σε ευαισθησία στη γλιαδίνη (το ένα συστατικό της γλουτένης, το άλλο είναι η γλουτενίνη) και εμφανίζει μεγάλη ατροφία των εντερικών λαχνών και υψηλό επιπολασμό των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας HLA-8 και HLA-DW3. Αν και "συμβατή" με τροφική υπερευαισθησία, η κοιλιοκάκη έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και θεωρείται επομένως ξεχωριστή οντότητα.

Μη-γαστρεντερικά κλινικά συμπτώματα

Οι συστηματικές αναφυλακτικές αντιδράσεις είναι οι πιο δραματικές και μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο και μερικές φορές εκλύονται από την άσκηση. Οι πιο συχνά ενοχοποιούμενες τροφές είναι οι ξηροί καρποί, το ψάρι, τα αυγά, το γάλα και τα οστρακοειδή (Metcalf 1989).

Η οξεία κνίδωση/αγγειοοίδημα, είναι συχνή, είτε μετά τη βρώση της τροφής είτε ως κνίδωση εξ επαφής με τις τροφές. Η εμφάνισή της μετά τη λήψη γάλακτος αγελάδας από τα βρέφη αποτελεί συχνό παιδιατρικό πρόβλημα. Εντούτοις, η χρόνια κνίδωση/αγγειοοίδημα, τροφικής αιτιολογίας, πιστεύεται ότι είναι σπάνια (Sampson 1989).

Η συσχέτιση μεταξύ της ατοπικής δερματίτιδας και της τροφικής υπερευαισθησίας στα παιδιά έχει εκτενώς μελετηθεί σε έρευνες των Sampson 1983, Sampson και Albergo 1984, Sampson και Scanon 1989, Sampson 1989. Προφανώς η τροφική αλλεργία είναι ένας από τους ποικίλους παράγοντες που ευθύνονται για τις εξάρσεις της ατοπικής δερματίτιδας και η προσεκτική

απομάκρυνση επιλεγμένων τροφών δυνατόν να οδηγήσει στη σημαντική βελτίωση των δερματικών βλαβών.

Η επαφή των βλεννογόνων του στόματος και του φάρυγγα με τις τροφές δυνατόν να προκαλέσει κνησμό και οίδημα χειλέων, γλώσσας και υπερώας. Συμπτωματολογία περισσότερο από το 2% των περιπτώσεων δεν εμφανίζεται (Onoqato και συν. 1986).

Εκτίμηση του ασθενούς

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού και η φυσική εξέταση αποτελούν την πιο αξιόπιστη μέθοδο εκτίμησης του νεαρού ασθενούς, ακόμη και αν στο 1/3 των παιδιών έχουν προηγηθεί διαφορετικοί διαιτητικού χειρισμοί. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην περιγραφή των συμπτωμάτων, στη συχνότητα και επαναληψιμότητα αυτών, πάντα σε συσχέτιση με τη λήψη ύποπτης τροφής, καθώς και με το διάστημα που μεσολαβεί από τη λήψη τροφής μέχρι την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Έπειτα ακολουθεί ο εργαστηριακός έλεγχος.

Δερματικές δοκιμασίες

Στην τροφική αλλεργία, οι δερματικές δοκιμασίες νυγμού φαίνεται ότι είναι πιο ειδικές από τις ενδοδερμικές δερματικές δοκιμασίες.

Προσδιορισμός ειδικής IgE (RAST tests)

Η αναζήτηση της ειδικής IgE έναντι των τροφικών αλλεργιογόνων, που γίνεται με τη μέθοδο RAST, παρέχει

συμπληρωματικές πληροφορίες, παράλληλα με τις δερματικές δοκιμασίες νυγμού.

Ανοσολογικές δοκιμασίες

Ο *in vitro* έλεγχος, με επώαση των μονοπύρηνων του περιφερικού αίματος με τροφικά αντιγόνα για πρόκληση παραγωγής κυτταροκινών, έχει χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση των διαταραχών αυτών.

Δυσασπορρόφηση

Στις περιπτώσεις της προκαλούμενης από τροφές εντεροπάθειας, η διερεύνηση ύπαρξης συνδρόμου δυσασπορρόφησης απαιτεί την πολλαπλή λήψη βιοψιών με ενδοσκοπιο. Τα ευρήματα συνίστανται σε ατροφία (μερική ή πλήρη) των εντερικών λαχνών, συχνά κατά περιοχές του εντερικού βλεννογόνου, ιδιαίτερα αν η βιοψία γίνει μετά τη λήψη τροφής.

Απομάκρυνση τροφών και δοκιμασίες τροφικής πρόκλησης

Όταν υπάρχει υποψία για μια μόνο τροφή (π.χ. γάλα αγελάδας, που είναι το πιο συχνό αίτιο υπερευαισθησίας σε τροφές στα βρέφη), τότε ενδείκνυται δίαιτα αποφυγής της τροφής για βραχύ χρονικό διάστημα. Αν ευθύνεται όντως η τροφή, τότε θα πρέπει να εμφανισθεί βελτίωση. Εάν εξαφανιστούν τα συμπτώματα, τότε η περιοριστική δίαιτα πρέπει να συνεχιστεί.

Όταν υπάρχει υποψία για ενοχή πολλών τροφών, τότε για οριστική επιβεβαίωση απαιτείται η εφαρμογή δοκιμασίας πρόκλησης. Οι προκλήσεις πρέπει να γίνονται ΠΑΝΤΑ στο

Νοσοκομείο, γιατί υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης αναφυλακτικής αντίδρασης. Οι ασθενείς πολύ σπάνια εμφανίζουν συμπτώματα σε άνω από μία βοτανολογική οικογένεια.

Δοκιμασίες ελέγχου εντερικής απορρόφησης (διαπερατότητα)

Οι δοκιμασίες αυτού του τύπου δεν είναι επεμβατικές, ούτε απαιτείται ακτινοβολία και δυνατόν να επαναλαμβάνονται για τον έλεγχο της φλεγμονώδους κατάστασης του εντερικού βλεννογόνου σύμφωνα με τον ερεθισμό από το τροφικό αλλεργιογόνο. Βιοψίες δεν απαιτούνται. Οι δοκιμασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- Πριν από κάθε βιοψία εντέρου, για την ανίχνευση βλεννογονικών αλλοιώσεων που χρήζουν βιοψίας, όπως εντεροπάθεια από ευαισθησία στο γάλα αγελάδας.
- Ως μέθοδος παρακολούθησης μετά την έναρξη δίαιτας αποφυγής τροφών, όπου η αποκατάσταση των φυσιολογικών τιμών αποτελεί ένδειξη εξαφάνισης της φλεγμονώδους κατάστασης του εντερικού βλεννογόνου.
- Κατά τη διάρκεια των δοκιμασιών τροφικής πρόκλησης, για την ανίχνευση ανωμαλιών στην εντερική διαπερατότητα που επέρχεται από τη λήψη της ένοχης τροφής.

Θεραπεία

Η μόνη θεραπεία είναι η αποφυγή λήψης της υπεύθυνης τροφής. Η μέθοδος αυτή εγκυμονεί τον κίνδυνο αβιταμινώσεων και ανεπαρκούς λήψης ιχνοστοιχείων και πρέπει ΠΑΝΤΑ να

εφαρμόζεται με τη βοήθεια διαιτολόγου, ώστε η δίαιτα να είναι ακίνδυνη και να αποφεύγεται η λήψη της ένοχης ουσίας που περιέχεται ως συστατικό φαινομενικά άσχετων τροφών.

Οι ασθενείς εκπαιδεύονται ώστε να μελετούν τι περιέχουν οι τροφές που αγοράζουν από τα καταστήματα. Στα παιδιά, η δίαιτα αποφυγής γάλακτος απαιτεί τη χρήση υποαλλεργικών σκευασμάτων, στα οποία η πικρή γεύση σχετίζεται άμεσα με την αποδόμηση των πρωτεϊνών και επομένως με την υποαλλεργιογονικότητα. Ο διαιτολόγος επομένως πρέπει να εξετάσει πάλι τη συνεργασιμότητα του ασθενούς, λίγες μέρες μετά την εφαρμογή της παραπάνω δίαιτας.

Μακροπρόθεσμη πρόγνωση

Η τροφική υπερευαισθησία προοδευτικά με την πάροδο των πρώτων χρόνων της ζωής μειώνεται. Ο Bock (1973) ανέφερε ότι 25 παιδιά με εντεροπάθεια λόγω ευαισθησίας στο γάλα αγελάδας, όλα ανέχθησαν καλώς το γάλα στην ηλικία των 3 χρόνων.

Μια προοπτική μελέτη για τη φυσική πορεία της αλλεργίας στο γάλα της αγελάδας εμφάνισε λιγότερο αισιόδοξα αποτελέσματα. Η μελέτη έγινε από τους Bishop και συν. το 1990 σε ομάδα 100 παιδιών με εντεροπάθεια λόγω ευαισθησίας στο αγελαδινό γάλα, που τεκμηριώθηκε με δοκιμασία πρόκλησης.

Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν 16 μήνες. Ανοχή στο γάλα εμφάνισε το 28% των παιδιών σε ηλικία 2 ετών, το 56% σε ηλικία 4 ετών και το 78% στα έξι χρόνια. Μόνο το 25% ήταν αλλεργικά στο αγελαδινό γάλα. Αντιδράσεις παρατηρήθηκαν και από άλλες τροφές, όπως αυγό (58%), σόγια (47%), ξηροί καρποί (34%). Μετά το τέλος της παρακολούθησης το 40% των ασθενών εμφάνιζαν άσθμα, το 21% ατοπική δερματίτιδα και το 43% αλλεργική ρινίτιδα.

Οι ασθενείς της μελέτης αυτής - όπως υπογραμμίστηκε από την ομάδα Bishop - παρά το γεγονός ότι αποτελούσαν τυχαίο δείγμα, ενδεχομένως να αντιπροσώπευαν τις πιο σοβαρές μορφές υπερευαισθησίας στο αγελαδινό γάλα.

Οι ερευνητές Sampson και Scanlon το 1989 απέδειξαν ότι στην ατοπική δερματίτιδα στο 40% των παιδιών εξαφανίζεται η τροφική αλλεργία μεταξύ 1-3 ετών, αν και είναι δυνατόν να παραμένουν θετικές οι δερματικές δοκιμασίες ή τα RAST.

Υπάρχει ένδειξη ότι η απώλεια της τροφικής αλλεργίας εξαρτάται σε κάποιο βαθμό με τη μορφή των εκλυόμενων συμπτωμάτων. Οι αλλεργίες στους ξηρούς καρπούς και τα θαλασσινά διαρκούν περισσότερο. Επομένως, τα αλλεργικά άτομα πρέπει να υποβάλλονται σε νέα δοκιμασία πρόκλησης για τις περισσότερες τροφές κάθε 1-2 χρόνια, ενώ για τους ξηρούς καρπούς και τα θαλασσινά κάθε 3-6 χρόνια.

Πρόληψη

Ο ρόλος του θηλασμού και της αποφυγής λήψης τροφικών αλλεργιογόνων για πρόληψη της τροφικής αλλεργίας και των αλλεργικών παθήσεων παραμένει αμφιλεγόμενο θέμα. Από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι ο θηλασμός μπορεί να επιβραδύνει την έναρξη των αλλεργικών παθήσεων σε βρέφη υψηλού κινδύνου και μερικές φορές (σύμφωνα με τους Zeiger και συν. το 1989) να προστατεύσει από την αλλεργία στο γάλα σε μερικού υψηλού κινδύνου βρέφη. Ο θηλασμός προστατεύει αποτελεσματικά αν η μητέρα αποφεύγει τη λήψη των κύριων αλλεργιογόνων, όπως γάλα, αυγό, ξηροί καρποί, θαλασσινά.

Μια πρόσφατη προοπτική 10 ετών μελέτη των Fegusson και συν. 1990, έδειξε μια σταθερή αρνητική συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου εμφάνισης εκζέματος και της δίαιτας του παιδιού τους 4 πρώτους μήνες τη ζωής του.

Στη μελέτη των Bishop και συν. το 1990 όμως, η αποφυγή λήψης αγελαδινού γάλατος στα παιδιά με αλλεργία στο γάλα, δεν τα προστάτευσε από την εκδήλωση άλλων ατοπικών παθήσεων.

Στα παιδιά με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης αλλεργικής νόσου, οι διάφοροι ερευνητές συνιστούν μόνο θηλασμό τους πρώτους 6 μήνες (και αν απαιτείται συμπληρωματική τροφή, μόνο υποαλλεργιογόνα σκευάσματα), καθώς και αποφυγή χορήγησης ισχυρών αλλεργιογονικών τροφών για 2-3 χρόνια (γάλα, αυγό, ψάρι, ξηροί καρποί).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΛΛΕΡΓΙΑ

Η φαρμακευτική αλλεργία γίνεται ένα διαρκώς αυξανόμενης σημασίας πρόβλημα της καθημερινής κλινικής πρακτικής. Η πραγματική της συχνότητα είναι δύσκολο να προσδιορισθεί, αλλά φαίνεται ότι κυμαίνεται περίπου στο 5%. Μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη στη Μασσαλία ανέφερε συχνότητα 14,7%.

Οι ουσιώδεις πλευρές αυτού του σύνθετου προβλήματος μπορούν να αντιμετωπισθούν επιτυχώς με:

- Διαγνωστικές μεθόδους (κλινικές και βιοχημικές).
- Με προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου. Η περαιτέρω ανάλυση αυτών θα οδηγήσει σε καλύτερη πρόληψη.
- Με διερεύνηση των υποκείμενων μηχανισμών που συχνά δεν ταυτοποιούνται.
- Τέλος, με την προληπτική αγωγή που συχνά βασίζεται στην αποφυγή του φαρμάκου. Εντούτοις, διάφορες τεχνικές (προθεραπεία, απευαισθητοποίηση) χρησιμοποιούνται αν επιβάλλεται η χορήγηση του φαρμάκου.

Διαγνωστικές μέθοδοι

Ιστορικό

Παραμένει το κύριο διαγνωστικό εργαλείο. Πρέπει ν' αποφεύγεται κάθε προκατάληψη στη διαγνωστική διερεύνηση (Εικ. 1). Ο σκοπός των ερωτήσεων πρέπει να είναι ο ακριβής προσδιορισμός των εκλυόμενων κλινικών συμπτωμάτων

(αναφυλαξία, κνίδωση, βρογχόσπασμος), ο τρόπος εμφάνισης, ο χρόνος έναρξης των συμπτωμάτων από τη λήψη του φαρμάκου.

Δερματικές δοκιμασίες νυγμού ή ενδοδερμικές

Αυτές δίνουν άμεσα αποτελέσματα (σε 15 λεπτά) και χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της αλλεργίας σε ορισμένα φάρμακα. Στα φάρμακα αυτά περιλαμβάνονται τα: μυοχαλαρωτικά, θειοπεντάλη, μορφίνη, το latex γενικώς, αναισθητικά, ριφαμπικίνη, σουλφοναμίδες, πενικιλίνη και τα παράγωγά της, επίσης τα cytarabine και η cisplatine (αντικαρκινικά).

Για τη δερματίτιδα επαφής από φάρμακα είναι χρήσιμες οι επιδερμικές δοκιμασίες (patch test). Οι δερματικές δοκιμασίες ενδεχομένως να είναι θετικές για ένα φάρμακο, ενώ απουσιάζουν τα αλλεργικά συμπτώματα (π.χ. αλλεργία στην ινσουλίνη) και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

Ειδική IgE στον ορό

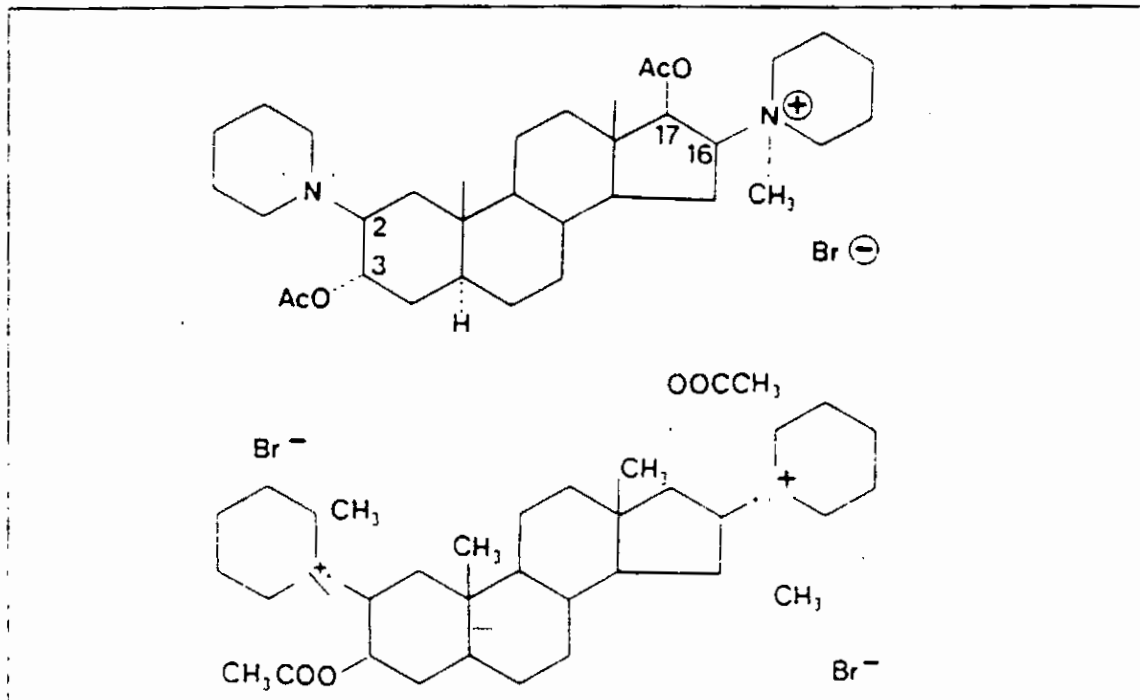
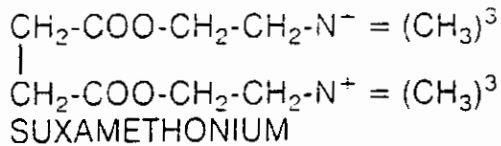
Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η RIA ή RAST και η ELISA. Η χρησιμότητά τους είναι ίδια με των δερματικών δοκιμασιών (αλλά έχουν μικρότερη ευαισθησία) και μπορούν να εφαρμοσθούν στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η παρασκευή κατάλληλου διαλύματος του φαρμάκου για επιτέλεση των δερματικών δοκιμασιών.

Άλλες μέθοδοι

Η ειδική απελευθέρωση ισταμίνης από τα λευκοκύτταρα έχει αποδειχθεί σημαντική για πολλές περιπτώσεις, αλλά δεν αποτελεί μέθοδο ρουτίνας.



Εικ. 1 Το φυσικό latex, το οποίο εξάγεται από το δένδρο ελαστικού κόμμος (*Hevea brasiliensis*), ήταν συχνά υπεύθυνο για περιεγχειρητικό αναφυλακτικό shock το οποίο για καιρό δεν είχε αναγνωρισθεί, σφειλόμενο όχι μόνο στα ελαστικά γάντια που φορά ο χειρουργός, αλλά επίσης και σε άλλα αντικείμενα (καθετήρες διασωλήνωσης ή κύστεως κ.λπ.)



VECURONIUM PANCURONIUM

Εικ. 2. Η «ευκαμπτη» δομή του *suxamethonium* επιτρέπει την ευκολότερη συνδεση της IgE με τις κυτταρικές μεμβράνες, απο ότι η «συμπανής» δομή των *pancuronium* και *vecuronium*, γεγονός το οποίο μερικως ερμηνευει την μεγαλύτερη συχνότητα αλλεργικών αντιδράσεων στο *suxamethonium*.

Η δοκιμασία αποκοκκίωσης των βασεόφιλων είναι μια άλλη μέθοδος, αλλά είναι δύσκολη τεχνική και μπορεί να δώσει απρόσμενα χαμηλά ή υψηλά αποτελέσματα.

Συχνότητα

Η πιθανότητα να εκδηλώσει ένας ασθενής μια φαρμακευτική αλλεργική αντίδραση χωρίς να αναφέρεται στο ατομικό αναμνηστικό του προηγηθείσα αντίδραση ανέρχεται στο 3% για τα περισσότερα φάρμακα, ενώ για μερικά φτάνει το μηδέν.

Η συχνότητα εξαρτάται από το είδος του πληθυσμού, την ηλικία, τον αριθμό φαρμάκων που παίρνει ταυτόχρονα ο ασθενής κ.ά. Έτσι, έχει υπολογισθεί ότι το 5% των ενηλίκων στις Η.Π.Α. μπορεί να είναι αλλεργικοί σ' ένα ή περισσότερα φάρμακα.

Στο Boston Collaborative Drug Surveillance Program (1973), αναφέρονται τα πιο συνήθη συμπτώματα από φαρμακευτική αλλεργική αντίδραση, όπως ναυτία, υπνηλία, διάρροια, έμετος, εξάνθημα. Από τη μελέτη 22.227 νοσοκομειακών ασθενών αυτής της μελέτης, βρέθηκαν 22 φάρμακα που ενοχοποιήθηκαν για πέντε ή περισσότερες αντιδράσεις. Τα πιο συνηθισμένα φάρμακα που ενοχοποιήθηκαν είναι οι ημισυνθετικές πενικιλίνες, τριμεθοπρίμη - ερυθρομυκίνη και οι μεταγγίσεις αίματος με ποσοστό συχνότητας πάνω από 2%.

Η πρόκληση θανάτου εξαιτίας φαρμακευτικής αλλεργικής αντίδρασης είναι πολύ μικρή και κυμαίνεται από 1 : 10.000 έως 1 : 50.000 (van Arsdel 1978). Από τις αιτίες θανάτου συνεπεία

φαρμακευτικής αλλεργίας αναφέρεται η καρδιακή αρρυθμία, η καταστολή του μυελού των οστών, η καταστολή του Κ.Ν.Σ., η δηλητηρίαση με νερό και η αιμορραγία. Οι θάνατοι μετά από χορήγηση πενικιλίνης είναι λιγότεροι από 1 : 50.000 για περιπατητικούς ασθενείς.

Γενικά χαρακτηριστικά των φαρμακευτικών αλλεργικών αντιδράσεων

- α) Ο ασθενής δεν αναφέρει αντίδραση από προηγούμενη λήψη φαρμάκου. Όμως αυτός μπορεί να εκτεθεί σε κάποιο φάρμακο, π.χ. πενικιλίνη, χωρίς να το γνωρίζει, π.χ. με λήψη αγελαδινού γλακτος ενώ το ζώο θεραπευόταν με πενικιλίνη.
- β) Η αλλεργική αντίδραση προκαλείται σ' ένα μικρό ποσοστό ασθενών που παίρνουν το ίδιο φάρμακο, ανεξάρτητα από το μέγεθος της δόσης.
- γ) Η αλλεργική αντίδραση μπορεί αν εκδηλωθεί μετά από παρέλευση λίγων λεπτών ή ωρών ή 7-14 ημερών από την αρχική έκθεση στο φάρμακο.
- δ) Οι κλινικές εκδηλώσεις των αλλεργικών φαρμακευτικών αντιδράσεων δεν μοιάζουν με τα γενικά φαρμακολογικά αποτελέσματα του φαρμάκου και δεν μπορούν να προβλεφτούν με πειραματόζωα.
- ε) Τα αλλεργικά συμπτώματα υποτροπιάζουν με την επαναχορήγηση του φαρμάκου και υποχωρούν με την διακοπή του σε 3-5 ημέρες.

- στ) Η αλλεργική αντίδραση μπορεί να αναπαραχθεί από άλλα φάρμακα που έχουν τις ίδιες χημικές ιδιότητες ή χημικές δομές με διασταυρούμενη αντίδραση.
- ζ) Ανευρίσκονται αντισώματα ή T-λεμφοκύτταρα που αντιδρούν ειδικά με το φάρμακο ή το μεταβολίτη του.

Παράγοντες κινδύνου

1) Ηλικία

Η φαρμακευτική αλλεργία στα παιδιά είναι λιγότερο συχνή απ' ό,τι στους ενήλικες. Οι αλλεργικές αντιδράσεις στα φάρμακα παρατηρούνται στην ηλικία των 20-50 ετών και ιδιαίτερα οι αντιδράσεις στην ασπιρίνη, πενικιλίνη και ραδιοσκιαγραφικές ουσίες.

2) Φύλο

Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση της αλλεργίας στα μυοχαλαρωτικά, θειοπεντάλη, χυμοπαπαΐνη, ανασταλτές του μετατρεπτικού ενζύμου και στο latex. Δεν ισχύει το ίδιο για την αρτοτίνη, ασπιρίνη και γλυκοκορτικοειδή.

3) Γενετικοί παράγοντες

Λίγες μελέτες έχουν δείξει το ρόλο που παίζουν οι γενετικοί παράγοντες στη φαρμακευτική αλλεργία. Η "οικογενής" αλλεργία στα αντιβιοτικά, ανεξάρτητα από την τάξη, έχει πρόσφατα ανακοινωθεί. Τα παιδιά γονέων με αλλεργική αντίδραση είναι σε αυξημένο κίνδυνο.

4) Ατοπία

Η ατοπία συχνά ενοχοποιείται λανθασμένα, λόγω των διαφορετικών κριτηρίων ορισμού της (ατοπικό έκζεμα, κνίδωση, άσθμα κ.λπ.). Η ατοπία είναι πιθανός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση αλλεργίας στο latex, στα ακτινοσκοπικά μέσα και στο οξειδίο του αιθυλενίου. Αλλά δεν φαίνεται να εμπλέκεται στην αλλεργία στα αντιβιοτικά, στα μυοχαλαρωτικά ή στη δυσανεξία στην ασπιρίνη. Ο ρόλος της ατοπίας είναι πιο αμφιλεγόμενος στη χυμοπαπαΐνη και στην ινσουλίνη.

5) Χημικές ιδιότητες

Η ικανότητα του φαρμάκου να συνδέεται με μια πρωτεΐνη - φορέα είναι ζωτικής σημασίας για την ανοσοποίηση και την έκλυση αλλεργικής αντίδρασης. Η χημική δομή του φαρμάκου δυνατόν να παίζει σημαντικό ρόλο στην καθήλωση της IgE στην κυτταρική μεμβράνη. (Εικ. 2)

6) Άλλοι παράγοντες κινδύνου

- Οδός χορήγησης: Γενικά τα αλλεργικά φαινόμενα είναι πιο συχνά και πιο σοβαρά όταν το φάρμακο χορηγείται ενδοφλέβια. Επιπλέον, οι επανειλημμένες διακοπές και επαναχορηγήσεις του φαρμάκου ή η ταυτόχρονη χορήγηση με άλλα φάρμακα, ενδεχομένως αποτελούν παράγοντα κινδύνου.

- Η προηγούμενη έκθεση στο φάρμακο, ακόμη και υπό διαφορετική μορφή, ενδεχομένως να ευθύνεται.

- Ορισμένες παθολογικές καταστάσεις δυνατόν να προδιαθέτουν για την εκδήλωση φαρμακευτικής αλλεργίας, π.χ. οι συνδυασμοί AIDS και σουλφοναμίδες, νευροβλάστωμα και τενιποσίδη.

Θεραπεία

Η συμπτωματική αγωγή της αντίδρασης στα φάρμακα εξαρτάται από τη σοβαρότητα της αντίδρασης και απαιτείται η χορήγηση αντιϊσταμινικών, κορτικοειδών ή αδρεναλίνης. Εάν εμφανιστεί αλλεργική αντίδραση σ' ένα φάρμακο, τότε απαγορεύεται η επαναχορήγησή του και συστήνονται μόνο μη-σχετιζόμενα φάρμακα.

Εάν το φάρμακο είναι αναντικατάστατο τότε ο ιατρός έχει τις ακόλουθες επιλογές:

- Προληπτική θεραπεία με αντιϊσταμινικά ή κορτικοειδή.
- Η αναστολή της σύνδεσης της απτίνης με το φορέα μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση δεξτράνης χαμηλού μοριακού βάρους.
- Η απευαισθητοποίηση πρέπει να γίνεται αν είναι απόλυτα απαραίτητη και έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική, και ιδιαίτερα στα ακόλουθα φάρμακα:

*** Αντιβιοτικά**

- Πενικιλλίνη και παράγωγά της (Πιν. 1)
- Σουλφοναμίδες
- Βανκομυκίνη
- Αντιφυματικά (ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη).

*** Αναλγητικά και μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη***** Αντιμυκητισιακά**

- Cisplatin
- Κυταραμπίνη

*** Ορμόνες**

- Γλυκοκορτικοειδή
- Ινσουλίνη

*** Άλλα**

- tetracosactide
- deferoxamine
- D-πενικιλλαμίνη
- σουλφασαλαζίνη.

Η φαρμακευτική αλλεργία αποτελεί ένα χώρο στην Αλλεργιολογία, όπου οι απόψεις συχνά αναθεωρούνται. Μια καλύτερη προσέγγιση των παραγόντων κινδύνου θα οδηγήσει στον πιο ακριβή προσδιορισμό του πληθυσμού υψηλού κινδύνου και στην καλύτερη προστασία.

Πίνακας 1. Παράδειγμα από του στόματος απευαισθητοποίησης στην πενικιλίνη, στην περίπτωση που το αντιβιοτικό είναι απολύτως αναγκαίο.

Ένεση	Δόση*	Οδός χορήγησης
1	100	PO
2	200	PO
3	400	PO
4	800	PO
5	1600	PO
6	3200	PO
7	6400	PO
8	12800	PO
9	25000	PO
10	50000	PO
11	100000	PO
12	200000	PO
13	400000	PO
14	200000	DSC
15	400000	DSC
16	800000	DSC
17	1000000	EM

* Μεσοδιάστημα μεταξύ των δόσεων = 15 λεπτά
 PO = per os ΥΔ = Υποδορίως EM = Ενδομυϊκώς

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

**... Θέλετε να γνωρίσετε την αλήθεια και η
αλήθεια θέλει να σας ελευθερώσει...**

(Ιωάννης 8/32)

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ**

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΙΤΙΔΑ

Όνομα ασθενούς : Δ.Δ.
 Ηλικία : 29
 Φύλο : Άρρεν
 Κατοικία : Πάτρα

Συμπτώματα

Συμπτώματα από τη μύτη

- Πολλαπλοί πταρμοί
- Υδαρή ρινόρροια
- "φαγούρα και γαργάλημα" μύτης
- Ρινική απόφραξη

Συμπτώματα από τα μάτια

- Κνησμός των ματιών
- Κοκκίνισμα ματιών
- Κόκκινα επώδυνα μάτια
- Δακρύρροια

Ο ασθενής προσήλθε στα Ε.Ι. για εξέταση από πνευμονολόγο
 - αλλεργιολόγο στις 10.5.94 αναφέροντας τα πιο πάνω συμπτώμα-
 τα. Στο οικογενειακό ιστορικό του υπάρχουν και άλλες περιπτώ-
 σεις εκδήλωσης αλλεργικής ρινίτιδας, πιο συγκεκριμένα η μητέ-
 ρα του υποφέρει από αλλεργική ρινίτιδα και αλλεργικό άσθμα.

Ο ασθενής αναφέρει εξάρσεις την άνοιξη (η αλλεργία του εμφανίστηκε από την παιδική ηλικία), την εποχή δηλαδή της μέγιστης ανθοφορίας.

Έγιναν στον ασθενή Δερματικές Δοκιμασίες Νυγμού για να εντοπισθούν τα ή το αλλεργιογόνο που του προκαλεί αλλεργία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν:

- οικιακή σκόνη +++++
- επιθήλια ζώων +++++
- μύκητες ++
- γύρεις +++++++

Άλλες διαγνωστικές Δοκιμασίες που υποβλήθηκε ο ασθενής είναι οι εξής:

- Ρινοσκόπηση: ο ρινικός βλεννογόνος εμφανίζεται οιδηματώδης, με εκκρίσεις και χροιά υποκύανη.
- Κυτταρολογία: ουδετερόφιλα ↑, ηωσινόφιλα ↓.
- Αιματολογικές εξετάσεις: Ολική IgE του ορού, προσδιορισμός ηωσινόφιλων, φυσιολογικές.
- Ακτινολογικός έλεγχος: Ασαφής σκίαση των ηθμοειδών κυψελών και ιγμορίων, λόγω ύπαρξης ρινικών πολυπόδων.

Συστήθηκε αξονική τομογραφία και αφαίρεση πολυπόδων.

Θεραπεία

Κατ' αρχήν έγινε σύσταση αποφυγής των αλλεργιογόνων (γύρεις, σκόνη, μύκητες, επιθήλια ζώων). Διαιτητικός

περιορισμός δεν συστήθηκε. (Σ.σ. ο ασθενής δεν είναι καπνιστής).

Όταν η αποφυγή της έκθεσης στο αλλεργιογόνο δεν ολοκληρώνεται, συστήθηκε η προσθήκη ενός μη-κατασταλτικού αντιϊσταμινικού για να μειωθεί η συμπτωματολογία στην αλλεργική ρινίτιδα. Το αντιϊσταμινικό ελέγχει τις κρίσεις πταρνίσματος, αλλά και η προσθήκη αποσυμφορητικού για την ανακούφιση από τη ρινική απόφραξη.

Ανάλογα με την πορεία της θεραπείας - αν δέχεται καλώς τα φάρμακα ο οργανισμός του ασθενούς ή όχι - ο γιατρός αντιμετωπίζει και το ενδεχόμενο ανοσοθεραπείας όταν η φαρμακοθεραπεία δεν είναι επαρκής.

Πρέπει να αναφερθεί ότι ο θεράπων ιατρός συνέστησε πολυποδεκτομή για διεύρυνση της ρινικής χοάνης, που συχνά δρα επιβοηθητικά.

Πρόβλημα ή Ανάγκη	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>1. Πολλαπλός πταρμός - κεφαλαλγία.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του ασθενούς απ'τους πταρμούς. - Ανακούφιση από την κεφαλαλγία. - Ο ασθενής να μπορεί, απαλλαγμένος από τα συμπτώματα, να εργασθεί ή να ασχοληθεί με οποιαδήποτε δραστηριότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημερωση του ασθενούς γύρω από το πρόβλημά του, δηλαδή τι είναι αυτό που του προκαλεί πταρμούς και κεφαλαλγία. - Πρέπει να δοθεί στον ασθενή αντιϊσταμινικό για τους πταρμούς. - Πρέπει να δοθεί αναλγητικό για την κεφαλαλγία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Κατόπιν εντολής ιατρού χορηγήθηκε στον ασθενή αντιϊσταμινικό (Ζιρτέκ). - Δόθηκε επίσης αναλγητικό για την κεφαλαλγία (Panadol). 	<ul style="list-style-type: none"> - Οι πταρμοί με τη χορήγηση αντιϊσταμινικού υποχώρησαν. - Η κεφαλαλγία υποχώρησε και ο ασθενής ένωσε πιο άνετα.

Πρόβλημα ή Ανάγκη	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>2) Απόφραξη ρινικών οδών:</p> <ul style="list-style-type: none"> - αίσθημα καύσου -ερεθισμός και οίδημα - υπερέκριση υδαρούς βλεννης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Απαλλαγή από το αίσθημα καύσου. - Ύφεση του ερεθισμού. - Υποχώρηση του οιδήματος. - Ρύθμιση υπερέκρισης. -Απελευθέρωση ρινικών οδών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση για καλύτερη οξυγόνωση πνευμόνων και απελευθέρωση των ρινικών οδών. - Πρέπει να δοθούν στον ασθενή φάρμακα από τη μύτη για ν'ανακουφιστεί από το αίσθημα καύσου - ερεθισμού. - Συνεχής καθαριότητα της μύτης και απομάκρυνση βλεννης - χορήγηση φαρμάκων για ρύθμισή της καθώς και για την υποχώρηση του οιδήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία για τη θέση του ασθενούς. - Δίνονται φάρμακα σε μορφή εισπνοών από τη μύτη για τον ερεθισμό και το αίσθημα καύσου. - Ο ασθενής διδάσκεται να φυσάει τη μύτη όχι συχνά και όχι με δύναμη. - Το χαρτί που χρησιμοποιεί να είναι μαλακό για να μην προκαλέσει ερεθισμό στη μύτη. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής αναπνέει πιο καλά. - Τα φάρμακα από τη μύτη του προφέρουν άμεση ανακούφιση. - Ο ασθενής απελευθερώνει με το φύσημα της μύτης, απομακρύνει βλέννη που τον δυσκολεύει στην αναπνοή και του προκαλεί δυσφορία. -Ο ασθενής είναι πιο ήρεμος, αφού αναπνέει πιο άνετα.

Πρόβλημα ή Ανάγκη	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Επίτευξη Αποτελέσματος
3) "φαγούρα και γαργάλημα" μύτης.	<ul style="list-style-type: none"> - Απαλλαγή από τη φαγούρα και το γαργάλημα της μύτης. - Να μην προκληθεί ζημιά εξαιτίας της φαγούρας στη μύτη. - Εντοπίζονται είτε από τον ίδιο τον ασθενή ή το νοσηλευτή τα αλλεργιογόνα που προκαλούν τα συμπτώματα στον ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία του ασθενή για να μην προκαλέσει ζημιά από τη φαγούρα στη μύτη. - Χορήγηση ειδικών σκευασμάτων για να εξαλειφθούν τα πιο πάνω συμπτώματα. - Έλεγχος αν στο περιβάλλον του ασθενούς υπάρχουν αλλεργιογόνα υπεύθυνα για τη "φαγούρα" και το "γαργάλημα" της μύτης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δίνουμε τα κατάλληλα φάρμακα κατόπιν ιατρικής εντολής -αν ο ασθενής νοσηλεύεται- ή τον ενημερώνουμε για τις δόσεις και τη συχνότητα. - Απομάκρυνση αλλεργιογόνων που είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση αλλεργίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καταπραϊνείται η "φαγούρα" και το "γαργάλημα" της μύτης. - Τήρηση της ώρας λήψης και δόσης φαρμάκων για καλύτερα αποτελέσματα. - Αποφυγή αλλεργιογόνου, όσο ασθενής δεν έρχεται σε επαφή τόσο τα συμπτώματα εκλείπουν.

Πρόβλημα Ανάγκη	Σκοπός Νοσηλευ- τικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευ- τικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτε- λέσματος
<p>4) Σχηματισμός κρούστας στο βλεννογόνο από τις εκκρίσεις - διαταραχή στην όσφρηση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να απομακρυνθεί η κρούστα. - Να γίνεται η αναπνοή πιο εύκολα. - Να επανέλθει η όσφρηση. - Πρόληψη έρπητα των ρωθώνων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία του ασθενή για καθαριότητα της μύτης και απομάκρυνση της κρούστας. - Με κατάλληλα φάρμακα πρέπει να επανέλθει η όσφρηση και προσπάθεια να μην ανησυχεί ο ασθενής. - Τοπική καθαριότητα ρωθώνων και φάρμακα για τον έρπητα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συμβουλές του νοσηλευτή για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και δυσκολίας στην αναπνοή. - χορήγηση φαρμάκων κατόπιν εντολής για επαναφορά όσφρησης (κορτικοστεροειδή κ.ά.). - φάρμακα κατόπιν εντολής για τον έρπητα ρωθώνων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δεν καπνίζει και ανακουφίζεται από τη δυσχέρειά του στην αναπνοή. - Ο ασθενής με την επαναφορά της όσφρησης παύει να ανησυχεί για την κατάσταση του. - Ο έρπητας με τα κατάλληλα φάρμακα και την καθαριότητα προλαμβάνεται πριν καλά καλά εκδηλωθεί.

Πρόβλημα ή Ανάγκη	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
5) Κνησμός των ματιών.	<ul style="list-style-type: none"> - Πρόληψη μόλυνσης. - Πρόληψη ερεθισμού του ματιού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία του ασθενή για καθαριότητα χεριών. - Να μην τρίβει ο ασθενής τα μάτια. - Φάρμακα-κολύρια για τον κνησμό. - Επιθέματα υγρά στα μάτια. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής πλένει συχνά τα χέρια του αποφεύγοντας να τα τρίβει. - Ευστάλαξη στο μάτι σταγόνων κατόπιν εντολής για ανακούφιση από τον κνησμό. - Συχνές αλλαγές των υγρών επιθεμάτων στα μάτια. -Καθαριότητα ματιού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Με τον καθαρισμό του ματιού και το πλύσιμο των χεριών περιοριζείται ο κίνδυνος μόλυνσης του ματιού. - Με τις σταγόνες ανακουφίζεται ο ασθενής από τον κνησμό. - Με τα υγρά επιθέματα δροσίζεται η περιοχή του ματιού και ανακουφίζεται ο ασθενής.

Πρόβλημα Ανάγκη	ή Σκοπός Νοσηλευ- τικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευ- τικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτε- λέσματος
6) Κόκκινα επώ- δυνα μάτια.	<ul style="list-style-type: none"> - Ν' απομακρυνθεί το κοκκίνισμα από το μάτι. - Ν' ανακουφιστεί από τον πόνο ο ασθενής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία του ασθενή να μην τρίβει τα μάτια. - Υγρά επιθέματα στο μάτι. - Σταγόνες για πρό-ληψη μόλυνσης. - Φάρμακα για τον πόνο στο μάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δεν τρίβει τα μάτια, αυτά δεν κοκκινίζουν και δεν πονάνε. - Τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων στο μάτι του ασθενούς. - Χορήγηση αναλγητι-κών κατόπιν εντολής ιατρού για τον πόνο στο μάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> - Υποχώρηση της ερυθρότητας από το μάτι. - Με τα επιθέματα ο ασθενής "δρο-σίζει" το μάτι και βοηθά στην υποχώρηση της ε-ρυθρότητας. - Υποχώρηση του πόνου στο μάτι μετά τη λήψη αναλγητικών.

Πρόβλημα Ανάγκη	Σκοπός Νοσηλευ- τικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευ- τικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτε- λέσματος
7) Δακρύρροια.	<ul style="list-style-type: none"> - Να υποχωρήσει η δακρύρροια. - Να προληφθεί η μόλυνση του ματιού. - Ν' ανακουφιστεί και να ηρεμήσει ο ασθενής. - Ν' αποφεύγει ο ασθενής την επαφή με τα "ένοχα" αλλεργιογόνα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχής καθαριότητα χεριών-ματιού και πλύσιμο με N/S για να προληφθεί η μόλυνση. -Χορήγηση φαρμάκων για να σταματήσει η δακρύρροια. - Εντοπίζονται τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πλένονται τα μάτια μ' αποστειρωμένες γάζες με N/S και επίστησης τα χέρια συχνά. - Δίνονται τα φάρμακα για τον περιορισμό της δακρύρροιας. - Απομακρύνονται τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφεύγεται με το πλύσιμο η μόλυνση. - Με τα φάρμακα περιορίζεται η δακρύρροια και ηρεμεί ο ασθενής.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ

Όνομα ασθενούς : Μ.Π.
 Ηλικία : 35
 Φύλο : Θήλυ
 Κατοικία : Πύργος Ηλείας

Συμπτώματα

- Έντονος κνησμός.
- Επιτεινόμενη ερυθρότητα, κνίδωση.
- Οίδημα (στην περιοχή της κνίδωσης).
- Πομφοί στο δέρμα, βλατιδοφυσσαλιδώδες ερύθημα.
- Πυρετός, κεφαλαλγία, αρθραλγία.

Η ασθενής προσήλθε στα Ε.Ι. της Δερματολογικής κλινικής στις 15.4.1994, αναφέροντας τα πιο πάνω συμπτώματα.

Στο οικογενειακό ιστορικό η ασθενής αναφέρει ότι ο πατέρας της υποφέρει από άσθμα σε συνδυασμό με επιπεφυκίτιδα ιδιαίτερα την άνοιξη και το φθινόπωρο (αλλεργική κληρονομική προδιάθεση).

Τα πιο πάνω συμπτώματα πρωτοεμφανίστηκαν προ 5ετίας σε πιο ήπια μορφή, αλλά με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα έγιναν πιο έντονα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ασθενής εργάζεται σε εργοστάσιο παρασκευής εντομοκτόνων - παρασιτοκτόνων - φυτοφαρμάκων.

Επίσης η ασθενής αναφέρει έξαρση των συμπτωμάτων όταν το δέρμα έρχεται σε επαφή με κάποιο μέταλλο, όπως π.χ. ψεύτικα κοσμήματα (όχι χρυσά ή ασημένια).

Στη συνέχεια έγιναν επιδερμικές δοκιμασίες για να εντοπιστεί ακριβώς το αλλεργιογόνο (patch tests). Η διαδικασία

ήταν η εξής: τοποθετήθηκε το αλλεργιογόνο σε τεμάχιο διηθητικού χαρτιού ή σελλουλόζης και καλύφθηκε με επικολλητική τριανία (η κάλυψη βοηθά στη διεύθυνση του αλλεργιογόνου). Στη συνέχεια επικολλήθηκε στην πλάτη της ασθενούς.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ουσίες που περιέχονται στα παρασιτοκτόνα είναι υπεύθυνες για την αλλεργική δερματίτιδα. Συστήθηκε στην ασθενή αλλαγή αντικειμένου στο εργοστάσιο που εργάζεται και αν αυτό δεν επιτευχθεί τότε τίθεται πρόβλημα αλλαγής εργασίας. Σε περίπτωση που η ασθενής δεν αλλάξει αντικείμενο, υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης σοβαρής βλάβης σ' αυτήν. Παράλληλα της χορηγήθηκαν τα ανάλογα πιστοποιητικά που βεβαιώνουν την κατάσταση της.

Αξιοσημείωτο είναι ότι με τις επιδερμικές δοκιμασίες παρατηρήθηκαν: αναφυλακτικές αντιδράσεις περιορισμένης έκτασης, καθώς και υπέρχρωση δέρματος στο σημείο εφαρμογής της δοκιμασίας.

Θεραπεία

Κατ' αρχήν συστήθηκε αποφυγή επαφής με το αλλεργιογόνο. Στην εργασία της θα πρέπει να φορά προστατευτικές φόρμες, γάντια, μάσκες, καπέλο, να πλένει συχνά τα χέρια της.

Συστήθηκε στην οξεία αντίδραση της νόσου υγρά επιθέματα με φυσιολογικό ορό και αντισηπτικά πρόσθετα. Όταν το δέρμα είναι ξηρό συστήθηκε η επάλειψη με ελαιώδες γαλάκτωμα με κορτικοειδή. Απαγορεύτηκαν οι ουσίες νεομυκίνη και χλωραμφενικόλη.

Αν η δερματίτιδα δεν υποχωρήσει, η ασθενής θα υποχρεωθεί να υποβληθεί σε φωτοθεραπεία με υπεριώδη ακτινοβολία (PUVA).

Πρόβλημα ή ανίατη	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1) Έντονος κνησμός.	<ul style="list-style-type: none"> - Ν' ανακουφισθεί η ασθενής από τον κνησμό. - Ν' αποφευχθούν βλάβες εξαιτίας του κνησμού στο δέρμα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να δοθούν τα κατάλληλα φάρμακα - επιθέματα στην περιοχή του κνησμού. - Τοπική καθαριότητα δέρματος και χεριών για να προληφθούν μολύνσεις από τον έντονο κνησμό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκαν αντικνησμώδεις αλοιφές στην ασθενή και έγινε διδασκαλία πώς θα τις χρησιμοποιήσει μόνη της. - Καθαρίζουμε το δέρμα με N/S και πλένουμε τα χέρια μας πριν κάνουμε επάλειψη. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρατηρείται ύφεση του κνησμού μετά την επάλειψη με αντικνησμώδεις αλοιφές. - Έχει αποφευχθεί η μόλυνση με την καθαριότητα δέρματος στην κνησμόδη περιοχή και το συχνό πλύσιμο των χεριών.

Πρόβλημα ή ανάρτη	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
2) Επιτεινόμενη ερυθρότητα κνίδωση.	<ul style="list-style-type: none"> - Πρώτη φροντίδα να ηρεμήσουμε την ασθενή για την εικόνα δέρματος που παρουσιάζει. - Να διατηρείται το δέρμα καθαρό. - Να παρατηρούμε οποιαδήποτε επιδείνωση της κατάστασης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση της ασθενούς για τις αιτίες που προκάλεσαν την κνίδωση. - Να γίνεται συγχνός καθαρισμός μπάνιο της ασθενούς. - Να μην τρίβεται η περιοχή της κνίδωσης με βρώμικα χέρια. - Να δοθούν τα κατάλληλα φάρμακα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συστήνεται να αποφεύγει η ασθενής την επαφή με αλλεργιογόνα. - Βοήθεια στην ασθενή να πάρει το μπάνιο της. - Διδασκαλία να μην έρχεται η περιοχή της κνίδωσης σε επαφή με βρώμικα χέρια. - Κατόπιν εντολής δίνονται φάρμακα - αλοιφές για περιορισμό ή και εξαλείψη της κνίδωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής δεν έρχεται σε επαφή με αλλεργιογόνα και περιορίζεται η ανάπτυξη της κνίδωσης. - Το μπάνιο βοήθησε την ασθενή να νιώσει καλύτερα και εμποδίζει τη μόλυνση. - Τα τοπικά επιθέματα - αλοιφές συντέλεσαν στον περιορισμό της κνίδωσης.

Πρόβλημα ή ανίατη	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
3) Πομφός στο δέρμα - (βλατι-δποφυσσαλιδώδες εξάνθημα).	<ul style="list-style-type: none"> - Ν' αποφευχθεί το σπάσιμο των πομφών. - Να προληφθεί η μόλυνση από το σπάσιμο των πομφών. - Να μην επεκταθούν οι πομφός σ' άλλα σημεία του σώματος της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία για τις συνέπειες από το σπάσιμο των πομφών. - Καθαριότητα δέρματος - μπάνιο, προσεκτικά για να μην σπάσουν οι πομφός, καθαριότητα χεριών. - Τοπικά επιθέματα - αλοιφές στους πομφούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής ενημερώθηκε για τις συνέπειες από το σπάσιμο των πομφών. - Έκανε μπάνιο με N/S και τοπικά αντισηπτικά για να προληφθεί η μόλυνση. - Τοποθετήθηκε αλοιφή στους πομφούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής είναι πιο προσεκτική με τους πομφούς. - Το μπάνιο με αντισηπτικά απολύμανε το δέρμα και μείωσε τις πιθανότητες μόλυνσης. - Η αλοιφή βοήθησε στην ύφεση των πομφών.

Πρόβλημα ή ανάλυση	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
4) Πυρετός.	<ul style="list-style-type: none"> - Να πέσει ο πυρετός. - Να ανακουφισθεί η ασθενής από την κακουχία που νιώθει. - Να τονωθεί ο οργανισμός της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοπικά υγρά επιθέματα στο κεφάλι. - Μπάνιο για να πέσει ο πυρετός. - Αντιπυρετικά φάρμακα. - Ελαφρύ φαγητό, γιατί ο οργανισμός είναι εξαντλημένος αλλά πλούσιο σε βιταμίνες (π.χ. σούπα κοτόπουλου). - Τακτική θερμομέτρηση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετούμε βρεγμένες γάζες. - Έγινε μπάνιο. - Χορήγηση αντιπυρετικών κατόπιν εντολής. - Προτροπή της ασθενούς να φάει. - Βοήθεια αν είναι χωρίς συνοδούς. - Θερμομετρούμε σε τακτά διαστήματα για να ελέγξουμε τον πυρετό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δροσίζεται η ασθενής και ανακουφίζεται με τα υγρά επιθέματα και το μπάνιο και πέφτει ο πυρετός. - Με τη βοήθεια των αντιπυρετικών πυρετός είναι σε ύφεση. - Η συχνή θερμομέτρηση συντέλεσε στην άνοδο της θερμοκρασίας και να λάβουμε τα κατάλληλα μέτρα.

Πρόβλημα ή α- νάγκη	Σκοπός νοσηλευτι- κής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευ- τικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτε- λέσματος
5) Κεφαλαλγία.	- Να υποχωρήσει η κεφαλαλγία. - Να ανακουφιστεί η ασθενής.	- Θα χορηγηθούν α- ναλγητικά. . - Θα τοποθετηθούν βρεγμένες κομπρέ- σες στο μέτωπο.	- Δόθηκαν αναλγη- τικά. - Τοποθετούνται κομπρέσες και α- νακουφίζεται η α- σθενής.	- Υποχώρηση κεφα- λαλγίας.
6) Αρθραλγία	- Ύφεση αρθραλ- γίας.	- Τοπικές αλοιφές για ανακούφιση.	- Ο νοσηλευτής βοήθησε στην επά- λ ε ι ψ η τ ω ν αλοιφών.	- Περιορίζεται ο πόνος και ο ασθε- νής νιώθει πιο άνετα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΘΜΑ**

“ΕΙΚΟΝΕΣ ΚΑΙ ΛΟΓΙΑ”

ΑΣΘΜΑ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ;



ΦΣΣΣ

ΦΣΣΣ

Το άσθμα είναι μια δυσκολία στην αναπνοή που σε κάνει να βήχεις και να βουρξίζεις και σου κόβει την ανάσα. Σε κάνει ακόμη να αισθάνεσαι ένα βρίζιμο στο στήθος.



Η λέξη "ΑΣΘΜΑ" προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη ΑΣΘΜΑΙΝΩ (λαχανιάτω).

ΓΙΑΤΙ ΕΓΩ ΕΧΩ ΑΣΘΜΑ;

ΠΟΥ ΝΑ ΞΕΡΟΥΜΕ...



Κανείς δεν ξέρει γιατί μερικοί άνθρωποι έχουν άσθμα ενώ άλλοι δεν έχουν.



Είναι όμως τόσο συνηθισμένο, ένα στα δέκα παιδιά έχει άσθμα.

ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΟΤΑΝ ΠΑΘΑΙΝΩ ΑΣΘΜΑ;

ΜΕΓΑ ΒΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ ΓΟΥ ΥΠΆΡΧΟΥΝ ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΆ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΆ ΒΩΛΗΝΑΚΙΑ ΠΟΥ ΛΕΓΟΝΤΑΙ ΑΕΡΑΓΩΓΟΙ. ΟΤΑΝ ΠΑΘΑΙΝΕΙΣ ΑΣΘΜΑ ΤΑ ΒΩΛΗΝΑΚΙΑ ΣΤΕΝΕΥΟΥΝ ΚΑΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΑΚΟΜΗ ΜΙΚΡΟΤΕΡΑ Γ΄ΑΥΤΟ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΑΝΑΓΑΝΕΙΣ ΚΑΝΟΝΙΚΑ...

ΟΥΟΨ!
ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΑΝΑΣΑΜΩ

ΕΝΑΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ

ΕΝΑΣ ΑΛΛΟΣ ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ

ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΕΙΝΕΙ

Ο ΑΕΡΑΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΕΙ

ΚΑΙ ΑΙΘΑΝΕΓΑΙ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ ΓΟΥ ΕΝΑ ΒΡΪΞΙΜΟ

ΟΙ ΑΕΡΑΓΩΓΟΙ ΕΧΟΥΝ ΜΥΕΣ ΠΟΥ ΣΦΙΓΓΟΥΝ

ΣΤΑΜΑΤΑ ΤΟ!
ΜΕ ΣΦΙΓΓΕΙΣ

ΜΥΕΣ

ΟΤΑΝ ΤΑ ΒΩΛΗΝΑΚΙΑ ΣΤΕΝΕΥΟΥΝ ΠΑΡΑΧΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΥΓΡΆ (ΒΛΕΝΝΕΣ). ΚΑΙ ΓΙΧΑ-ΓΙΧΑ ΥΕΜΙΖΟΥΝ. ΕΤΓΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΚΟΜΗ ΔΥΣΚΟΛΟΤΕΡΟ ΝΑ ΑΝΑΓΑΝΕΙΣ

ΟΙ ΒΛΕΝΝΕΣ ΕΙΝΑΙ, ΩΣΙΕΣ Μ'ΑΥΤΕΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙΣ ΣΤΗ ΜΥΤΗ ΓΟΥ ΟΤΑΝ ΕΙΒΑΙ ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΕΝΟΣ

ΜΟΙΛΆΖΕΙ ΓΑ ΝΑ ΠΡΟΓΙΑΘΕΙΣ ΝΑ ΡΟΥΦΪΖΕΙΣ ΚΑΙ ΝΑ ΦΥΓΪΖΕΙΣ ΜΕΓΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΣΤΑΘΙΜΕΝΟ ΚΑΛΑΜΑΚΙ

ΞΕΡΕΙΣ ΠΟΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΣΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΣΘΜΑ;



- Κρυολογήματα
- Πούπουλα (κι' αυτά μέσα στο μαξιλάρι)
- Το τρίχωμα των ζώων
- Γύρεα
- Σκόνη



- Μαλλιαρά παιχνίδια
- Καπνός τσιγάρων
- Μυρωδιά χρημάτων
- Τρέξιμο
- Έξασπι
- Γαργάλημα

ΕΙΔΙΚΟ ΜΗΝΥΜΑ

ΕΑΝ ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΜΕΙΝΕΙΣ ΜΑΚΡΥΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΟΥ ΔΥΣΚΟΛΕΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ ΚΑΝΤΟ - ΕΑΝ ΟΜΩΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙΣ **ΜΗΧΑΝΗΡΕΥΧΕΙΣ** Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΟΥ ΕΧΕΙ ΔΩΣΕΙ ΕΝΑ ΕΙΔΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΝΑ ΣΕ ΒΟΗΘΗΣΕΙ!

ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ

ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙΣ ΤΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

Είναι πολύ σημαντικό να ασκήσαι. Η άσκηση σε κρατάει δυνατό. Οσο πιο δυνατός είσαι τόσο καλύτερα είναι για τους μύες της αναπνοής.

Μερικοί Ολυμπιονίκες είχαν άσθμα όταν ήσαν παιδιά. Έπαιρναν όμως πάντοτε τα φάρμακα τους για το άσθμα πριν να παίξουν ή να αγωνιστούν.



Το κολύμπι είναι πολύ καλό για εένα. Ο ζεστός και υγρός αέρας σε βοηθάει να αναπνεύσεις.



ΕΙΔΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΘΜΑ



ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΩΝ ΑΝΤΙΑΣΘΜΑΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΙΟΥΔΑΝΕΘΑΙ ΚΑΛΑ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΠΑΙΖΕΙΣ.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΥΟ ΕΙΔΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΘΜΑ

ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΑ



ΤΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΑΜΑΤΩΝ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΟΤΑΝ ΑΥΤΗ ΕΧΕΙ ΑΡΧΙΣΕΙ.



ΤΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΑ ΧΑΛΑΡΩΝΟΥ ΤΟΥΣ ΜΥΕΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥΣ ΟΔΗΓΟΥΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΙ ΑΝΟΙΧΟΥΝ ΠΑΛΙ.

ΟΥΦ! ΕΤΣΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ!

ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΠΟΥ ΣΕ ΑΝΑΚΟΥΦΙΖΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΘΜΑ ΕΙΝΑΙ.....

ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΡΝΕΙΣ ΟΤΑΝ ΤΟ ΑΣΘΜΑ ΑΡΧΙΖΕΙ ΤΟ ΠΑΙΡΝΕΙΣ..... ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ.

ΘΥΜΗΣΟΡ

ΕΜΕΙΣ ΕΠΙΜΑΓΕ ΤΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΑΜΑΤΩΜΕ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΑΝΟΙΧΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥΣ ΟΔΗΓΟΥΣ ΣΤΟ ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΤΟΥΣ ΜΕΓΕΘΟΣ ΠΑΛΙ.




ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΛΟΓΕ ΜΟΥ ΕΝΑ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΟ ΟΤΑΝ ΕΙΜΑΙ ΣΦΙΓΜΕΝΟΣ

ΤΟ ΑΛΛΟ ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΘΜΑ ΛΕΓΟΝΤΑΙ

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ

ΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΒΟΗΘΟΥΝ ΟΣΤΕ ΝΑ ΜΗΝ
ΑΡΧΙΣΕΙ ΝΑ ΘΥΡΥΙΞΕΙ
Η ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΟΥ
ΤΟ ΑΣΘΜΑ ΚΑΝΕΙ ΤΟΥΣ
ΑΕΡΑΧΩΓΟΥΣ (ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥΣ
ΔΟΧΕΙΟΥΣ) ΠΟΛΥ
ΩΡΑΙΟΥΣ.



ΣΥΣΠΑΣΗ
ΣΥΣΠΑΣΗ

ΤΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΟΥΣ
ΑΕΡΑΧΩΓΟΥΣ ΝΑ ΣΥΣΤΡΩΝΟΝΤΑΙ, ΝΑ
ΠΡΩΞΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΝΑ ΧΕΙΡΙΖΟΥΝ
ΕΛΕΙΝΕΣ.
ΠΡΕΠΕΙ ΟΜΩΣ ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΙΣ ΤΟ
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΣΟΥ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ

ΔΕΥΤΕΡΑ... ΤΡΙΤΗ... ΤΕΤΑΡΤΗ...
ΠΕΜΠΤΗ... ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ... ΣΑΒΒΑΤΟ...
ΚΥΡΙΑΚΗ.

ΣΥΣΤΑΣΗ ΜΗΝΥΜΑ

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ.....
ΜΟΥ ΕΔΩΣΕ.....

ΕΝΑ ΕΙΔΙΚΟ ΑΝΤΙΑΣΘΜΑΤΙΚΟ
ΦΑΡΜΑΚΟ ΠΟΥ ΟΝΟΜΑΖΕΤΑΙ
LOMUDAL®, ΝΑ ΤΟ ΠΑΙΡΝΩ
4 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ - ΓΙΑ ΝΑ
ΔΙΑΤΗΡΗΣΩΝ ΟΙ ΑΕΡΑΧΩΓΟΙ
ΥΓΕΙΣ ΚΑΙ ΝΑ ΤΟΥΣ ΕΜΠΟΔΙΣΕΙ
ΝΑ ΣΥΣΤΡΩΝΟΝΤΑΙ



ΠΕΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΣ ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ SPINHALER® ΤΟΥ LOMUDAL®

ΤΗΝ ΕΤΟΙΜΑΖΕΙΣ ΕΤΣΙ...

1 Ξεβιδιώσε τη συσκευή όπως δείχνει η εικόνα.

2 Βάλε το κίτρινο μέρος της κάουλας μέσα στην υποδοχή του έλικα.

3 Ξαναβιδιώσε τα δύο τμήματα μαζί.

4 Κατέβαζε προς τα κάτω το κριζό καλύμμα μέχρι που να κάνει κλικ και μετά φέρτο πάλι επάνω.



Προσπάθησε να αναπνεύσεις βαθιά για να φθάσω σε κάθε ένα από τα μικρά σωληνάκια μέσα στους πνεύμονές σου.

LOMUDAL

ΠΑΝΑ ΤΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΣΕΙΣ

1 Βγάλε τον αέρα αρχά, μετά κλείσε τα χείλια σου γύρω από τη συσκευή.

2 Γύρε το κεφάλι σου πίσω και εισέπνευσε την σκόνη γρήγορα και βαθιά.

3 Βγάλε τη συσκευή από το στόμα σου και κρατά την αναπνοή σου για το δεύτερο λεπτό.

Β-Γ-Α-Λ-Ε Τ-Ο-Ν
Α-Ε-Ρ-Α Π-Ο-Λ-Υ
Α-Ρ-Γ-Α

4 ΕΠΑΝΕΛΑΒΕ ΤΟ ΙΔΙΟ ΠΑΛΙ ΜΕΧΡΙΣ ΟΤΟΥ ΠΑΡΕΙΣ ΟΛΗ ΤΗ ΣΚΟΝΗ

5 ΠΙΕΣ μετὰ λίγο νερό εάν αισθάνεσαι στεγνά το λαιμό σου.

6 Να πνέεις τη συσκευή Spinhaler μια φορά την εβδομάδα με κλιμαμένο νερό.

ΠΕΡΕ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΣ ΤΟ LOMUDAL[®] AEROSOL



1 Βγάλε το ΚΑΠΑΚΙ και κούνησε καλά το aerosol

ΚΑΠΑΚΙ

2 Βγάλε αρχά του αέρα από το στόμα σου

3 Βάλε το επιτόμιο μέσα στο στόμα σου και αρχίσε να αναπνέεις αρχά και στη μέση της αναπνοής ΠΑΤΗΣΕ ΔΥΝΑΤΑ ΤΟ ΜΠΟΥΚΑΛΑΚΙ. Συνέχισε να αναπνέεις με το κεφάλι σου χυρμένο πίσω και συνέχισε να ΠΑΤΑΣ.

4 Όταν δεν μπορείς να αναπνέεις άλλο, βγάλε το aerosol από το στόμα σου και κρατά την αναπνοή σου για περίπου 10 δεύτερα. Ήπιτα

Β-Γ-Α-Ε
Α-Ρ-Γ-Α Τ-Ο-Ν
Α-Ε-Ρ-Α

5 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ
Εάν ο γιατρός σου έχει πει να παίρνεις δυο εισπνοές LOMUDAL περιμένα ένα λεπτό πριν επαναλάβεις τις εικόνες 2, 3 και 4

6 να πλένεις τη συσκευή 2 φορές την εβδομάδα για να τη διατηρείς καθαρή

ΚΡΑΤΑ ΤΟ AEROSOL ΚΛΕΙΣΤΟ ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΤΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΣ

ΕΠΙ ΠΛΕΟΝ

Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΟΥ ΕΧΕΙ ΔΩΣΕΙ ΕΝΑ...

... ΡΟΟΜΕΤΡΟ

Τα ροόμετρα μετράνε πόσο δυνατά μπορείς να φυσήξεις

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ
Χρησιμοποιήσε το ροόμετρο όπως σου έδειξε ο γιατρός...

...Έτσι ο γιατρός θα μπορεί να σου πει εάν οι ΑΕΡΑΓΩΓΟΙ σου έχουν το κανονικό μέγεθος και ότι τα φάρμακα ενεργούν για να σε κρατήσουν καλά

ΓΙΑ ΠΑΝΤΑ



**TO BIRAIIO
AYTO ANIKEI
ET N**

OUCH!

ΓΙΑ ΠΙΟ ΣΕ ΟΥΤΕΡΕΣ ΠΑΡΕΦΟΡΙΕΣ: REMEK ΦΑΡΜΑΚΑ-ΚΑΛΥΠΤΙΚΑ Α.Ε. ΚΑΤΕΧΑΚΗ 58, Ν. ΨΥΧΙΚΟ, ΑΘΗΝΑ ΤΗΛ. 6714851

® REGISTERED TRADE MARK OF THE MANUFACTURER, © FISON'S 1991.

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ...

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΓΥΡΕΙΣ

(αλλεργικό συνάχι)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ και ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Είναι το αλλεργικό συνάχι σπάνια ασθένεια;

Δυστυχώς όχι. Το αλλεργικό συνάχι είναι η πιο συχνή αλλεργική ασθένεια. Στη Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη προσβάλλεται κάθε χρόνο περίπου 1% ολόκληρου του πληθυσμού, ενώ στη Βόρεια Αμερική 3-10%. Τα συμπτώματα του αλλεργικού συναχίου εμφανίζονται στους επιπεφυκότες των ματιών, στους βλεννογόνους της μύτης και στο κατώτερο αναπνευστικό. Ο λόγος είναι η εισπνοή γύρης. Βασικά χαρακτηριστικά είναι: συχνό φτέρνισμα την άνοιξη και το καλοκαίρι, καταρροή, βήχας και δύσπνοια.

Ποιο μέρος της σκόνης του λουλουδιού είναι υπεύθυνο για το εποχιακό συνάχι;

Διαπιστώθηκε μετά από πολλές έρευνες, ότι είναι οι κόκκοι της γύρης. Πολλά διαφορετικά είδη προκαλούν τις υπεραντιδράσεις στους βλεννογόνους των ευαίσθητων ατόμων, προπαντός την άνοιξη και το καλοκαίρι, διότι τότε οι γύρεις αιωρούνται σε μεγάλες ποσότητες στον αέρα.

Προκαλούν όλα τα είδη γύρης αλλεργία;

Ευτυχώς όχι. Αν ένα είδος γύρης προκαλεί συχνά αλλεργία ή όχι, εξαρτάται κυρίως από το αν το φυτό από όπου προέρχεται, γονιμοποιείται δια του αέρος ή με έντομα.

Τα φυτά που γονιμοποιούνται με τον αέρα, παράγουν συνήθως μεγάλες ποσότητες ελαφράς και ξηράς γύρης, η οποία μεταφέρεται με τον αέρα σε απόσταση εκατό ή περισσότερων ακόμα χιλιομέτρων. Αυτά τα φυτά προκαλούν συχνά αλλεργίες.

Τα φυτά που γονιμοποιούνται με έντομα παράγουν συνήθως βαρύτερη και κολλώδη γύρη και δεν προκαλούν τόσο συχνά αλλεργία.

Τα διάφορα φυτά ανθίζουν ανάλογα με τον τόπο και το κλίμα όπου φύονται και έχουν διαφορετικές περιόδους άνθισης. Έτσι λοιπόν από την άνοιξη μέχρι το φθινόπωρο αιωρούνται στον αέρα πολλά είδη γύρης.

Ποιες εποχές είναι επικίνδυνες για το αλλεργικό συνάχι;

Θεωρητικά είναι από την αρχή του έτους μέχρι τέλος Οκτωβρίου, διότι τα διάφορα ήδη φυτών έχουν ανθοφορία σε διαφορετικούς χρόνους. Η μεγαλύτερη όμως ένταση της ανθίσεως επικρατεί την άνοιξη και σε μικρότερο βαθμό το καλοκαίρι.

Πώς αναγνωρίζει κανείς το αλλεργικό συνάχι;

Η ασθένεια στην οξεία φάση της αναγνωρίζεται από το κοκκίνισμα του επιπεφυκότα των ματιών, την ενοχλητική φαγούρα η οποία συχνά συνοδεύεται και με δάκρυα στα μάτια, την ενόχληση στη μύτη, τη δυνατή καταρροή και το φτέρνισμα.

Αν το αλλεργικό συνάχι διαρκέσει αρκετά μπορεί να οδηγήσει σε βήχα, να προκαλέσει βραχνάδα στη φωνή, δύσπνοια, ξηρότητα και αποβολή βλέννης.

Προσοχή: Χωρίς θεραπευτική αγωγή του αλλεργικού συναχίου, ο αλλεργικός αρρωσταίνει κάθε χρόνο! Και μετά από μερικά χρόνια μπορεί αυτο να εξελιχθεί σε άσθμα.

Τι μπορεί να κάνει κανείς;

Μπορούμε να δώσουμε στους αλλεργικούς ορισμένες οδηγίες:

- Την εποχή που ανθίζουν τα φυτά που σας πειράζουν, μειώστε την επαφή σας με αυτά στο ελάχιστο.

- Αν είναι δυνατόν, μην πηγαίνετε εξοχή την εποχή που έχετε αντιδράσεις.
- Όταν ο καιρός είναι ζεστός έχετε κλειστά τα παράθυρά σας από τη νύχτα μέχρι νωρίς το πρωί, γιατί ιδιαίτερα τις πρωινές ώρες αιωρούνται μεγάλες ποσότητες γύρης στον αέρα.
- Αποφεύγετε να κάνετε σπορ ή άλλη σωματική εργασία σε ανοικτούς χώρους. Αυτό ισχύει και για κηπευτικές εργασίες.
- Λούζετε τα μαλλιά σας πριν πάτε για ύπνο, διότι αλλιώς μπορεί να έχει κολλήσει γύρη στα μαλλιά σας.
- Μην αλλάζετε τα ρούχα σας μέσα στο υπνοδωμάτιο. Επίσης μην τα φυλάτε εκεί.
- Όταν οδηγείτε αυτοκίνητο αποφεύγετε να έχετε ανοικτό το παράθυρο.

Υπάρχει κάποια μέθοδος με την οποία να εντοπίζονται οι υπεύθυνες για την αλλεργία γύρεις (= αλλεργιογόνα);

Ευτυχώς ναι. Ο εντοπισμός είναι σήμερα δυνατός με τις μεθόδους της διάγνωσης της αλλεργίας. Αυτές περιλαμβάνουν την ιατρική ανάλυση του ιστορικού του ασθενούς, όπου μεταξύ άλλων περιγράφονται τα συμπτώματα της ασθένειας και αναφέρονται με ακρίβεια οι μήνες και οι εβδομάδες εντός του έτους, όπου εμφανίζονται αυτά τα συμπτώματα. Τέλος με τα γνωστά δερματικά τεστ εντοπίζονται τα υπεύθυνα για την ευαισθητοποίηση του ατόμου αλλεργιογόνα.

Πώς αντιμετωπίζει ο γιατρός με επιτυχία το αλλεργικό συνάχι;

Η πιο πετυχημένη θεραπεία είναι η ανοσοθεραπεία (απευαισθητοποίηση), όπου ο ασθενής σιγά σιγά παύει να είναι ευαίσθητος στο αλλεργιογόνο που τον πειράζει και αναπτύσσεται μία ανοσολογική προστασία στον οργανισμό του.

Πάντα πρέπει να ακολουθείται αυτή η θεραπεία όταν τα συμπτώματα της αλλεργίας διαρκούν περισσότερο από 3 εβδομάδες το χρόνο ή εφ' όσον έχει αναπτυχθεί βρογχικό άσθμα.

Για την ανακούφιση από τα συμπτώματα, όχι όμως και τη θεραπεία της αλλεργίας χρησιμοποιούνται επίσης αντιισταμινικά, διάφορα κολλύρια και σταγόνες για τη μύτη. Ένα τέτοιο ενδεχόμενο φαρμακοθεραπείας για την ανακούφιση του πάσχοντος δεν πρέπει να εκληφθεί σαν θεραπεία, διότι τα φάρμακα για την ανακούφιση δεν έχουν ανοσοβιολογική δράση όπως τα ειδικά εμβόλια που χρησιμοποιούνται γι' αυτό το σκοπό.



**Allergopharma
Joachim Ganzer KG
W. GERMANY**

Αποκλειστικοί αντιπρόσωποι - εισαγωγείς:



DOCTUM ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

190 02 ΠΑΙΑΝΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΤΗΛ.: 01/6643611-13 TELEX: 223912

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΗ ΣΚΟΝΗ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ και ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Τι είναι η αλλεργία στη σκόνη του σπιτιού;

Δυστυχώς δεν υπάρχει σπίτι χωρίς σκόνη. Αυτή η συνηθισμένη σκόνη μπορεί σε μερικούς ανθρώπους απλώς με την εισπνοή να προκαλέσει έντονες αλλεργικές αντιδράσεις.

Η σκόνη του σπιτιού αποτελείται από τρίχες και πιτυρίδα ανθρώπου και ζώων, από τεμαχίδια φτερών και ινών υφάσματος, από μύκητες και ιδιαίτερα από ακάρεα.

Τι είναι τα ακάρεα;

Είναι πάρα πολύ μικρά ζώδια, τα οποία το ανθρώπινο μάτι δεν μπορεί να τα δει χωρίς μεγεθυντικό φακό. Βιολογικά, ανήκουν στην ίδια οικογένεια με την αράχνη και τρέφονται μεταξύ των άλλων από οργανικές ουσίες π.χ. από πιτυρίδα του δέρματος, από φτερά και από το περιεχόμενο των μαξιλαριών και των στρωμάτων.

Τα μικροσκοπικά αυτά ζώδια δεν μεταφέρουν ασθένειες, αλλά δυστυχώς ευαισθητοποιούν αλλεργικά πάρα πολλούς ανθρώπους.

Πώς μπορεί κανείς να αναγνωρίσει μια αλλεργία από σκόνη σπιτιού;

Τα μάτια παρουσιάζουν φαγούρα και δακρύζουν. Επίσης παρουσιάζονται βασιανιστική φαγούρα στη μύτη, φτάρνισμα, βήχας και δύσπνοια. Αυτά τα ενδεικτικά συμπτώματα εμφανίζονται καθ' όλο το έτος.

Τα συμπτώματα αυτά σε προχωρημένο στάδιο μπορούν να μετατραπούν σε αλλεργικό άσθμα, πολύ περισσότερο στα νεαρά άτομα.

Οι αντιδράσεις παρουσιάζουν έξαρση σε υγρές και θερμές περιόδους.

Λοιπόν απλά να διώξουμε τη σκόνη του σπιτιού;

Όλοι γνωρίζουμε ότι δεν είναι δυνατόν να απομακρυνθεί η σκόνη τελείως από το σπίτι.

Αλλά μπορεί κανείς να κάνει διάφορα πράγματα και να μειώσει την επαφή του με τη σκόνη του σπιτιού και τα βασιανιστικά ακάρεα. Το σπουδαιότερο είναι η εξυγίανση του υπνοδωματίου:

- Αλλάξτε στο κρεβάτι σας οτιδήποτε είναι φτιαγμένο από οργανικές ουσίες, με αντίστοιχα συνθετικά υλικά.
Έτσι λοιπόν αλλάξτε το στρώμα σας αν είναι βαμβακερό ή μάλλινο ή αν περιέχει τρίχες αλόγου κλπ. και βάλτε κάποιο στρώμα από συνθετικό υλικό. Επίσης τα σεντόνια, τα μαξιλάρια και οι κουβέρτες πρέπει να είναι συνθετικά.
- Αερίζετε κάθε μέρα το στρώμα, τις κουβέρτες κλπ., αν είναι δυνατόν στον ήλιο.
- Αλλάζετε σεντόνια κάθε εβδομάδα.
- Απομακρύνετε από το υπνοδωμάτιό σας οτιδήποτε «τραβάει» σκόνη: μοκέτα, έπιπλα με υφασμάτινη επένδυση, μάλλινα χαλιά, φλοκάτες, βαρείες κουρτίνες, βιβλία, ράφια κλπ. Ακόμα και διάφορα ψεύτικα μάλλινα ζώακια, τα οποία τα παιδιά αγαπάνε να έχουν στο κρεβάτι τους, πρέπει να απομακρυνθούν από το υπνοδωμάτιο.
- Φροντίστε να μην έχετε πολλή υγρασία στο σπίτι σας και η θερμοκρασία — ιδιαίτερα στο υπνοδωμάτιο — να μην είναι υψηλή (ιδεώδης θερμοκρασία 18°C).

Τι μπορεί να κάνει κανείς προληπτικά στο σπίτι;

Μην σηκώνετε σκόνη όταν ξεσκονίζετε. Η καλύτερη λύση είναι να αναρροφάται η σκόνη με την ηλεκτρική σκούπα. Αλλά ο ίδιος ο αλλεργικός

ασθενής δεν πρέπει να καθαρίζει με την ηλεκτρική σκούπα. Επίσης πρέπει να αποφεύγετε να έχετε ζώα στο σπίτι σας.

Μπορεί ο γιατρός να εντοπίσει τα υπεύθυνα για την ασθένεια αλλεργιογόνα;

Ναι, με τις πρακτικές μεθόδους της διάγνωσης της αλλεργίας. Σ' αυτές περιλαμβάνονται και η ακριβής εξέταση του ιστορικού του ασθενούς, όπου μεταξύ άλλων αναφέρονται και οι μήνες ή εβδομάδες μέσα στο έτος, όπου εμφανίζονται τα συμπτώματα και περιγραφή των συμπτωμάτων αυτών. Τέλος, με τα γνωστά δερματικά τεστ, ο γιατρός εντοπίζει τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα.

Εκτός από τα γενικά μέτρα υπάρχει κάποια ειδική αγωγή για τη θεραπεία;
Ευτυχώς, ναι. Διότι με τη χρήση ειδικών εμβολίων μπορεί να δημιουργηθεί μια ανοσολογική προστασία του οργανισμού. Ο στόχος των φαρμάκων αυτών είναι η πλήρης εξάλειψη των αλλεργικών αντιδράσεων.

Η ιατρική ονομάζει τη μέθοδο αυτή «ανοσοθεραπεία» (απευαισθητοποίηση) που σημαίνει ότι ο άρρωστος παύει να είναι ευαίσθητος στο αλλεργιογόνο που τον πειράζει.



**Allergopharma
Joachim Ganzer KG
W. GERMANY**

Αποκλειστικοί αντιπρόσωποι-εισαγωγείς:



**DOCTUM ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
190 02 ΠΑΙΑΝΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 01/6643611-13 TELEX: 223912**

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΑ ΖΩΑ

(τριχες, φτερά, και πιτυρίδα)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ και ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Τι είναι η αλλεργία στα ζώα;

Δυστυχώς, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων, των οποίων η αγάπη για τα ζώα μπορεί να τους δημιουργήσει προβλήματα. Η υπερευαισθησία οδηγεί σε αλλεργικές αντιδράσεις, που προκαλούνται με την εισπνοή της σκόνης των τριχών, της πιτυρίδας, των φτερών, αλλά και με την απευθείας επαφή με τις τριχες, το σάλιο ή τα ούρα των ζώων.

Αναπόφευκτα, εκεί που βρίσκονται ζώα, υπάρχει και πιτυρίδα μαζί με τριχες ή και φτερά που αιωρούνται με τη μορφή λεπτής σκόνης στον αέρα. Αν αυτά τα σωματίδια επικαθίσουν στους βλεννογόνους των ματιών, της μύτης ή των βρόγχων, μπορούν να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις.

Αλλά δεν είναι αποκλειστικά τα ζωντανά ζώα αιτία αυτών των αντιδράσεων, αλλά και αντικείμενα καθημερινής χρήσης που προέρχονται από αυτά π.χ. γούνες, χαλιά, κουβέρτες ακόμα και πουλόβερ.

Δηλαδή μπορεί κανείς να είναι αλλεργικός σε πολλά είδη ζώων;

Σωστά. Έτσι μπορεί να είναι κάποιος αλλεργικός π.χ. στο σκύλο ή ακόμα στο σκύλο και στην αγελάδα ταυτόχρονα ή και σε περισσότερα είδη ζώων.

Κυρίως σε ποια ζώα μπορεί να είναι κανείς αλλεργικός;

Βασικά στα κατοικίδια ζώα, διότι ζούμε μαζί τους από άποψη χώρου. Έτσι λοιπόν η γάτα μπορεί να προκαλέσει ιδιαίτερα ισχυρές αλλεργικές αντιδράσεις. Αλλά, ακόμα και ο σκύλος και το άλογο μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα. Τα ποντίκια και οι αρουραίοι μπορούν να οδηγήσουν σε αλλεργικές αντιδράσεις ακόμα και με τα ούρα τους.

Υπάρχει κάποια μέθοδος με την οποία να προσδιορίζονται τα υπεύθυνα για τις παθήσεις αλλεργιογόνα;

Ναι. Με τις πρακτικές μεθόδους της διάγνωσης της αλλεργίας. Σε αυτές περιλαμβάνονται η ιατρική ανάλυση του ιστορικού του ασθενούς, το οποίο μεταξύ των άλλων περιέχει και τα συμπτώματα της ασθένειας τους μήνες ή εβδομάδες μέσα στο έτος, όπου εμφανίζονται τα συμπτώματα αυτά και τα γνωστά δερματικά τεστ, με τα οποία εντοπίζονται τα υπεύθυνα για την ασθένεια αλλεργιογόνα.

Τι μπορεί να κάνει κανείς όταν είναι αλλεργικός στα ζώα;

Η πιο εύκολη και σίγουρη μέθοδος είναι η πλήρης αποφυγή των ζώων ή των υλικών εκείνων από ζώα, που προκαλούν αλλεργία. Αυτό όμως δεν είναι πάντα δυνατόν. Διότι πως είναι δυνατόν ένας κτηνοτρόφος ή ένας κτηνίατρος να αποφύγει τελείως την επαφή με τα ζώα;

Υπάρχει κάποια συγκεκριμένη σγωγή για τη θεραπεία της αλλεργίας σε ζώα; Ευτυχώς, ναι. Διότι με τη χρήση ειδικών εμβολίων είναι δυνατή η ανοσολογική προστασία του οργανισμού. Ο στόχος των φαρμάκων αυτών είναι η πλήρης εξάλειψη των αλλεργικών αντιδράσεων.

Η ιατρική ονομάζει τη μέθοδο αυτή ανοσοθεραπεία (απευαισθητοποίηση) και δεν είναι τίποτε άλλο από το ότι ο άρρωστος παύει να είναι ευαίσθητος στο αλλεργιογόνο που τον πειράζει.

Όσο ο ιατρός κάνει απευαισθητοποίηση έναντι ζωικών αλλεργιογόνων, πρέπει ο ασθενής να αποφεύγει, όσο γίνεται, την επαφή με τα ζώα που του προκαλούν αλλεργία.

Οι παρακάτω κανόνες είναι σημαντικοί:

- Αλλάζετε τα ρούχα που φοράτε, όταν ήρθατε σε επαφή με τα ζώα, στην αποθήκη ή στο μπάνιο και φυλάξτε τα εκεί. Ποτέ μην τα αλλάζετε στο υπνοδωμάτιο, στο σαλόνι ή στην τραπεζαρία.
- Όσο διαρκεί η θεραπεία σας, απομακρύνετε από το σπίτι σας οτιδήποτε είναι φτιαγμένο από τρίχες ζώων, ιδιαίτερα από το υπνοδωμάτιο και το κρεβάτι.
- Λούζετε τα μαλλιά σας κάθε βράδυ, ώστε να μη μεταφέρετε ζωικά αλλεργιογόνα στο μαξιλάρι σας. Αλλιώς, υπάρχει κίνδυνος από το μαξιλάρι σας να έρθουν σε επαφή με τους διάφορους βλεννογόνους (μάτια, μύτη, βρόγχοι) και να σας δημιουργήσουν προβλήματα.
- Αποφεύγετε την επαφή με άλλα άτομα που έρχονται σε επαφή με τα ζώα. Παρακαλέστε αυτά τα άτομα να αλλάζουν ρούχα πριν τα συναντήσετε.



Allergopharma
Joachim Ganzer KG
W. GERMANY

Αποκλειστικοί αντιπρόσωποι - εισαγωγείς:



DOCTUM ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

190 02 ΠΑΙΑΝΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΤΗΛ.: 01/6643611-13 TELEX: 223912

ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΤΟΥΣ ΜΥΚΗΤΕΣ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ και ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Τι είναι η αλλεργία στους μύκητες;

Οι μύκητες είναι μετά τις γύρεις τα σπουδαιότερα αλλεργιογόνα. Είναι μικροοργανισμοί που αποτελούνται από ινώδη ιστό και πολλαπλασιάζονται με σπόρους. Οι σπόροι και οι λεπτές ίνες μεταφέρονται εύκολα με τον αέρα και μπορούν, όταν εισνευστούν, να προκαλέσουν αλλεργίες.

Οι σπόροι βρίσκονται παντού στον αέρα;

Σωστά. Οι μύκητες βρίσκονται σχεδόν παντού στο καθημερινό μας περιβάλλον. Στο σπίτι βρίσκονται συχνά σαν επίστρωμα με διάφορα χρώματα πάνω σε τρόφιμα, τοίχους, πατώματα και ταβάνια, σε αντικείμενα που είναι αποθηκευμένα πολύ καιρό, ακόμα και σε βιβλία και έγγραφα που χρησιμοποιούνται σπάνια. Για την ανάπτυξη τους προτιμούν ένα θερμό και υγρό κλίμα όπως π.χ. τους τοίχους παλιών σπιτιών, χαλιά, το υπάνιο του σπιτιού, ξύλινα πατώματα, μouxλιασμένα φύλλα, φυτά, δένδρα, καθώς επίσης και το χώμα π.χ. στον κήπο ή στο δάσος.

Εμφανίζονται οι μύκητες μόνο στις ζεστές εποχές του χρόνου;

Υπάρχουν πάνω από 200.000 είδη μυκητών, πολλοί από τους οποίους εμφανίζονται κατά τη διάρκεια όλου του έτους.

Όμως μόνο ένας μικρός αριθμός από αυτούς έχει σημασία για τα αλλεργικά άτομα. Συνεπώς οι μύκητες εμφανίζονται κυρίως κατά τη διάρκεια όλου του έτους, αλλά υπάρχουν σαφή σημεία εντασεως στην εμφάνισή τους. Έτσι υπάρχουν μύκητες που είναι διαδεδομένοι κυρίως το φθινόπωρο και την άνοιξη ενώ άλλοι πάλι εμφανίζονται κυρίως από τον Ιούνιο μέχρι Σεπτέμβριο.

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα της αλλεργίας σε μύκητες;

Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα του αλλεργικού συναχίου. Παρουσιάζονται στα αναπνευστικά όργανα σαν συναχι εποχιακό ή κατά τη διάρκεια όλου του χρόνου.

Αλλά μια αλλεργία σε μύκητες μπορεί να προκληθεί ακόμα και στην περιοχή του γαστρεντερικού συστήματος με τη χρήση χαλασμένης τροφής ή και ποτών. Στην περίπτωση αυτή τα παρακάτω συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά για τον αλλεργικό:

- Συναχι
- Φτέρνισμα
- Δύσπνοια
- Βήχας
- Ζαλάδα και μερικές φορές εμετός
- Κοιλόπονος
- Διάρροια

Σε προχωρημένο στάδιο μπορεί η αλλεργία σε μύκητες πολύ εύκολα να οδηγήσει σε βρογχικό άσθμα.

Πώς μπορούν να εντοπιστούν οι υπεύθυνοι για την αλλεργία μύκητες;

Αυτό είναι πολύ δύσκολο και απαιτεί και τη βοήθεια του ασθενούς. Αυτός πρέπει να παρακολουθεί ακριβώς σε ποιο περιβάλλον (κελάρι, κηπος) και σε ποια εποχή του έτους ή μετά από τη λήψη ποιων τροφών παρουσιάζεται ενταση των συμπτωμάτων που περιγράφονται. Έτσι μπορεί ο ιατρος να εντοπίσει τα πιθανά αλλεργιογόνα. Τέλος με τα δερματικά τεστ βρίσκει με ακρίβεια ποιοι μύκητες προκάλεσαν την αλλεργία.

Πώς μπορεί κάποιος να «προλάβει» την αλλεργία στους μύκητες; Μπορείτε να κανετε αρκετα πράγματα:

- Βρείτε εκείνα τα μέρη στο σπίτι σας όπου μπορεί να έχουν εγκατασταθεί μύκητες — κυρίως στο εσωτερικό μέρος εξωτερικών τοίχων — εκεί όπου συνήθως έχει ζέστη και υγρασία. Καθαρίστε καλά εκείνα τα μέρη.
- Φροντίστε ώστε το σπίτι σας και το υπόγειό σας να αερίζονται καλά, ώστε να μην αναπτύσσονται μύκητες.
- Φροντίστε για τη σωστή αποθήκευση των τροφίμων π.χ. στο ψυγείο, όταν χρειάζεται.
- Μην αφήνετε ακάλυπτα τα τρόφιμα που χαλάνε εύκολα και πετάξτε τα ακόμα, αν έχετε την παραμικρή υποψία, ότι μπορεί να έχουν χαλάσει.
- Κάτω από ορισμένες συνθήκες ίσως θα πρέπει να μην κάνετε κηπευτικές εργασίες.
- Μην χρησιμοποιείτε ανεμιστήρες και συστήματα υγράνσεως του αέρα.

Πώς θεραπεύει ο ιατρός την αλλεργία στους μύκητες;

Με τη χρήση ειδικών εμβολίων μπορεί να δημιουργηθεί μια ανοσολογική προστασία στον οργανισμό του ασθενούς.

Ο στόχος των εμβολίων αυτών είναι η πλήρης εξάλειψη των αλλεργικών αντιδράσεων.

Η ιατρική ονομάζει τη μέθοδο αυτή ανοσοθεραπεία (απευαισθητοποίηση), που σημαίνει ότι ο άρρωστος παύει να είναι ευαίσθητος στο αλλεργιογόνο που τον πειράζει.



Allergopharma
Joachim Ganzer KG
W. GERMANY

Αποκλειστικοί αντιπρόσωποι - εισαγωγείς:



DOCTUM ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

190 02 ΠΑΙΑΝΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΤΗΛ.: 01/6643611-13 TELEX: 223912

... Καμιά αντιαλλεργική αγωγή δεν μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα αν δεν συνδράμει και το ίδιο το άτομο που πάσχει ψυχολογικά...

ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣΕπίκαιρες αντιλήψεις για την αλλεργία και την υπερευαισθησία

Οι Gell και Coombs στη δεκαετία του '60 συνεισέφεραν πολλά στην κατανόηση των αλλεργικών παθήσεων, με την ιστορική ταξινόμηση των αντιδράσεων υπερευαισθησίας. Ο χαρακτηρισμός των φαινομένων εξ υπερευαισθησίας οδήγησαν σε άμεση σύνδεση των αλλεργιών με τις αντιδράσεις αυτές, περιορίζοντας την αρχική αντίληψη για την αλλεργία και στην πράξη, αποκλείοντας άλλους μηχανισμούς που δεν ήταν επαρκώς επεξηγηματικοί ή δεν είχαν πλήρως κατανοηθεί. Σήμερα υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι και άλλοι μηχανισμοί μη ανοσολογικοί - πέραν αυτών της κλασικής ταξινόμησης - εμπλέκονται στην παθογένεια πολλών αλλεργικών αντιδράσεων σε οργανικές και ανόργανες ουσίες, συμπεριλαμβανομένων και φυσικοχημικών παραγόντων.

Ο όρος "αλλεργία" έχει χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τις αντιδράσεις τύπου I της κλασικής ταξινόμησης και μερικές φορές είναι συνώνυμος με τον όρο "ατοπία", με βάση μόνο την καθημερινή πρακτική της Αλλεργιολογίας και όχι με βάση την κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών. Η μορφή αυτή της αλλεργίας περιλαμβάνει παθήσεις όπως το βρογχικό άσθμα, της ρινοεπιπεφυκίτιδα, ορισμένες μορφές κνίδωσης, αγγειοοιδήματος, την ατοπική δερματίτιδα, τις αντιδράσεις στο Δηλητήριο Υμενόπτερον και μερικές αντιδράσεις σε τροφές και φάρμακα. Αυτός ο περιορισμός της έννοιας της "αλλεργίας" δεν έχει ιδιαίτερη σημασία από οποιαδήποτε σκοπιά θεώρησης. Η

ανάπτυξη και εξέλιξη της Ανοσολογίας και η αυτοδίκαιη και φυσική θέση της Αλλεργιολογίας ως τμήματος της Κλινικής Ανοσολογίας, κάνουν τέτοιους περιορισμούς πρακτικά χωρίς νόημα. Με την έννοια αυτή πρέπει να ανασκοπήσουμε την αρχική αντίληψη για την αλλεγία.

Τα όρια της Αλλεργιολογίας

Η Αλλεργιολογία είναι μια επιστήμη με ξεκάθαρη οριοθέτηση, η οποία απαιτεί τη συνεργασία με ειδικούς άλλων ιατρικών ειδικοτήτων (παιδίατρους, δερματολόγους, παθολόγους κ.λπ.) και ειδικούς επιστήμονες από τους χώρους της βιολογίας, ανοσολογίας, μοριακής βιολογίας και με τη γενικότερη έννοια της οικολογίας.

Το επίπεδο της συνεργασίας σίγουρα θα αυξηθεί στο μέλλον, για την ανάπτυξη διαγνωστικών τεχνικών και σύνθετων μορφών θεραπείας, αφού η πλήρης κατανόηση όλων των παραγόντων που εμπλέκονται στην εκδήλωση των αλλεργικών παθήσεων μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη συνολική προσπάθεια. Στην πράξη, ο αυξημένος όγκος των γνώσεων επιτάσσει την άσκηση τη Αλλεργιολογίας μιας ξεχωριστής κλινικής ειδικότητας μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της κλινικής ανοσολογίας. Η Αλλεργιολογία πρέπει επίσης να συνεισφέρει στη μελέτη των παθογενετικών μηχανισμών, στη διάγνωση και θεραπεία και σε άλλους τομείς της Ιατρικής Επιστήμης, όπως στην Ενδοκρινολογία, τη Ρευματολογία κ.λπ.

Η πρακτική της Αλλεργιολογίας

Η Αλλεργιολογία είναι κύρια ιατρική ειδικότητα μόνο στις μισές χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, παρά τον αυξανόμενο αριθμό των αλλεργικών ασθενών και την καλύτερη κατανόηση των αιτιών. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), απαιτείται ένας αλλεργιολόγος για κάθε 50.000 κατοίκους και είναι εμφανές ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες ο αριθμός αυτός υπολείπεται. Για να γίνει δυνατή η πλήρης κάλυψη, πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των ειδικών αλλεργιολόγων και η Αλλεργιολογία να μπει ως επίσημο μάθημα στις Ιατρικές Σχολές.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΛΛΕΡΓΙΑ

Έλεγχος του περιβάλλοντος και πρόληψη των αλλεργικών παθήσεων

Ορισμένες μελέτες που τώρα επιτελούνται στοχεύουν στην ανάπτυξη μεθόδων ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης των αλλεργιογόνων της οικιακής σκόνης και την ανάπτυξη ακαρεοκτόνων. Άλλες μελέτες επικεντρώνονται στα συστήματα μηχανικού εξαερισμού και στην ανάπτυξη μεθόδων που να εξασφαλίζουν επαρκώς υγιεινές συνθήκες υγρασίας, θέρμανσης και ψύξης στους κλειστούς χώρους. Όλη αυτή η προσπάθεια θα επιτρέψει τη δημιουργία νέων στρατηγικών για τον έλεγχο και μείωση των περιβαλλοντικών αλλεργιογόνων. Μέθοδοι ελέγχου

πρέπει να εφαρμοσθούν και σ' άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες που ευθύνονται για αντιδράσεις στα φάρμακα, αλλεργία και δυσανεξία σε τροφές, επαγγελματικές πνευμονικές παθήσεις, αναφυλαξία, κνίδωση - αγγειοοίδημα και ατοπική δερματίτιδα. Η απομάκρυνσή τους θα έχει μεγάλη επίδραση, όχι μόνο στη θεραπεία αλλά και στην πρόληψη - διάγνωση και πρόγνωση των παθήσεων που σχετίζονται με τα αίτια αυτά.

Τέλος, οι απώτερες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις των νόσων που οφείλονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες θα μπορέσουν να μειωθούν με την εφαρμογή προγραμμάτων περιβαλλοντικού ελέγχου.

Στον τομέα της πρόληψης, γίνεται γενικώς αποδεκτό ότι οι ασθενείς πρέπει να εκπαιδεύονται για να επιτευχθεί μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη θεραπεία των χρόνιων καταστάσεων, όπως είναι το βρεφικό άσθμα. Πολλές αναφορές τονίζουν emphaticά την ανάγκη εκπαίδευσης και την οργάνωση προγραμμάτων αυτοελέγχου των ασθενών αυτών.

Ανοσοθεραπεία

Η γνώση της φύσης των αλλεργιογόνων, ο χαρακτηρισμός και η προτύπωσή τους, έχουν επιτρέψει την παρασκευή καλύτερων εκχυλισμάτων για τη διάγνωση και θεραπεία των ατοπικών παθήσεων. Παρά το γεγονός όμως αυτό, δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ικανοποιητικό σύστημα για την εκτίμηση των νόσων αυτών. Η σχετική νομοθεσία στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη είχε σαν αποτέλεσμα τη μεγάλη πρόοδο στις βιομηχανικές συνθήκες

παρασκευής των προϊόντων αυτών και ίσως όχι στο μακρινό μέλλον είναι διαθέσιμα εμπορικά τα αλλεργιογόνα σε μονάδες μάζας ή μονάδες συγκεκριμένης βιολογικής δραστηριότητας.

Στον τομέα της ανοσοθεραπείας υπάρχει η απλουστευμένη σκέψη ότι οι μεγαλύτερες δόσεις εκχυλίσματος (αυτές που γίνονται ανεκτές) επιφέρουν και τα καλύτερα αποτελέσματα. Η άποψη αυτή πρέπει ν' αναθεωρηθεί όσον αφορά την "ελάχιστη αποτελεσματική δόση". Επιπλέον, φαίνεται πολύ δύσκολο σε μια θεραπεία τόσο εξατομικευμένη, όσο η ανοσοθεραπεία, να διαμορφωθούν γενικές οδηγίες για τον καθορισμό των δόσεων, όπως γίνεται σε άλλες ανοσολογικές θεραπείες (π.χ. εμβόλια ή αντιτοξίνες).

Η ανοσοθεραπεία ως ειδική μορφή ανοσορρύθμισης

Η παραδοσιακή ανοσοθεραπεία μπορεί να βελτιωθεί και να γίνει περισσότερο αποτελεσματική μέσω της κατεργασίας των αλλεργιογόνων προϊόντων (π.χ. τροποποίηση με polyethylene - glycol κ.λπ.). Νέες μορφές ανοσοθεραπείας θα είναι διαθέσιμες, που θα προέρχονται από καλύτερη γνώση των μηχανισμών ανοσορρύθμισης και την ανοσορρυθμιστική δράση ορισμένων ουσιών στην παραγωγή της IgE και στην έκκριση των μεσολαβητών από τα σιτευτικά και άλλα κύτταρα.

Η πρόοδος στην ανοσορρύθμιση απαιτεί τη συνεργασία με άλλους κλάδους της ιατρικής και της βιολογίας, ώστε να γίνει δυνατή η παρέμβαση στην ανοσιακή απάντηση που οδηγεί στην εκδήλωση νόσων όπως είναι οι αλλεργικές παθήσεις, οι

ανοσοανεπάρκειες, η ανοσοθεραπεία των νεοπλασιών, των αυτοάνοσων και λοιμωδών νόσων.

Η πρόοδος αυτή θα οδηγήσει στη δημιουργία ειδικών κέντρων ανοσοθεραπείας, με προσωπικό ικανό για την εφαρμογή των μορφών αυτών της θεραπείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επίπτωση των αλλεργικών παθήσεων έχει αυξηθεί τον αιώνα αυτό και ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυγμένες ή μη χώρες και φαίνεται ότι η αύξηση σχετίζεται με την υιοθέτηση του δυτικού τρόπου ζωής. Κανένας δεν γνωρίζει ακριβώς την αιτία της αύξησης της επίπτωσης, αλλά η μόλυνση του περιβάλλοντος φαίνεται ότι έχει κριτική σημασία.

Οι μελέτες για τη σημασία της κληρονομικότητας και της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων δείχνουν ότι οι τελευταίοι επηρεάζουν σημαντικότερα την εκδήλωση της νόσου. Αυτό υπογραμμίζει την άποψη ότι πρέπει ν' αναζητείται ο περιβαλλοντικός έλεγχος των ρυπαντών και των ουσιών που προκαλούν ευαισθητοποίηση στον αέρα (τόσο σε ανοικτούς όσο και σε κλειστούς χώρους, π.χ. σπίτι - εργασία). Η βελτίωση του αέρα με την απομάκρυνση ουσιών επιβαρυντικών για το αναπνευστικό σύστημα, όχι μόνο θα βοηθήσει τα ήδη αλλεργικά άτομα, αλλά θα συμβάλλει σημαντικά και στην πρόληψη νέων περιπτώσεων.

Η αλλεργική νόσος στα προσβεβλημένα άτομα είναι από απλή ενόχληση για τις καθημερινές δραστηριότητες (ατομικές - κοινωνικές - επαγγελματικές) έως επικίνδυνη για τη ζωή. Όλες οι ηλικίες προσβάλλονται, αν και οι νεώτερες γενιές εμφανίζουν αυξημένο επιπολασμό και σοβαρότητα της νόσου. Πρέπει πάντα να γίνεται η σωστή διάγνωση, αφού υπάρχουν σήμερα αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης. Είναι πολύ σημαντικό τα συμπτώματα και σημεία της αλλεργικής πάθησης να μην υποεκτιμώνται ούτε να θεωρούνται ως θεραπεύσιμα, αφού είναι γνωστό ότι σπανίως η αλλεργική πάθηση υποχωρεί αυτόματα και η χρονιότητα μπορεί να

επιφέρει σημαντική βλάβη ή ανικανότητα. Υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον και συνεχής έρευνα για τη διευκρίνιση των παθογενετικών μηχανισμών και στον επανακαθορισμό των διαγνωστικών κριτηρίων και των θεραπευτικών στρατηγικών. Η εξέλιξη αυτή έχει διευκρινίσει σε κάποιο βαθμό την ανοσορυθμιστική δράση της ανοσοθεραπείας, καθώς και τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με διάφορα γεγονότα νοσηρής κατάστασης. Οι προφυλακτικές θεραπείες ενδείκνυνται σε πολλές περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η πρόληψη της έκθεσης στο αλλεργιογόνο. Η αλλεργική ρινίτιδα είναι μια τέτοια κατάσταση, όπου η συμπτωματική αγωγή με μη-κατασταλτικά αντιϊσταμινικά και τοπικά κορτικοειδή απαλλάσσει τον ασθενή από τα συμπτώματά του. Στο βρογχικό άσθμα, όπου η αποφυγή της έκθεσης στο αλλεργιογόνο δεν είναι ικανή να ελέγξει τη νόσο, η προφυλακτική αγωγή γίνεται με εισπνεόμενα κορτικοειδή ή άλλα φάρμακα και αν είναι απαραίτητο προστίθενται και βρογχοδιασταλτικά.

Ελπίζουμε ότι η προφυλακτική αγωγή και ο έλεγχος των αλλεργικών νόσων θα βελτιώσει τη μακροπρόθεσμη έκβαση, αν και αυτό δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένο μέχρι σήμερα. Εκείνο που είναι ξεκάθαρο είναι το παράδοξο ότι, παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών μέσων θεραπείας, υπάρχει αύξηση του επιπολασμού και των εισαγωγών στα νοσοκομεία, καθώς και αύξηση της αναζητούμενης ιατρικής βοήθειας για τις καταστάσεις αυτές. Αυτό πιθανόν να εξηγείται μερικώς από την πραγματική αύξηση της συχνότητας των αλλεργικών παθήσεων. Εντούτοις, μερικοί γιατροί πιστεύουν ότι πρέπει να δοθεί έμφαση στην εφαρμογή αποτελεσματικής αγωγής, ακόμη και σε ελαφρώς συμπτωματικούς ασθενείς, οι οποίοι μπορεί να ευρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο υποτροπής.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Η αύξηση των αλλεργικών παθήσεων σχετίζεται με την υιοθέτηση του Δυτικού τρόπου ζωής. Η καταστροφή του περιβάλλοντος, οι συνθήκες εργασίας και φυσικά η κληρονομικότητα είναι προϋποθέσεις που ευνοούν τις αλλεργίες.

Έχει υπολογισθεί ότι στις ανεπτυγμένες χώρες το 10-15% του πληθυσμού υποφέρει από αλλεργίες, ενώ τα άτομα που υποψιάζονται ότι υποφέρουν από αλλεργία και ζητούν ιατρική συμβουλή είναι το 22%.

Οι αλλεργικές νόσοι έχουν κάποια πολυπλοκότητα όσον αφορά την κλινική εκδήλωση, τους εξωγενείς, ενδογενείς και εκλυτικούς παράγοντες. Σε μερικές περιπτώσεις δεν υπάρχουν παγκοσμίως αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια για μια αλλεργική νόσο και αυτό δυσχεραίνει την οργάνωση χρήσιμων επιδημιολογικών μελετών.

Ο μεγάλος αριθμός φαρμάκων που υπάρχει έχει βοηθήσει σημαντικά στην ανακούφιση του ανθρώπου από την αλλεργία.

Επίσης η ανοσοθεραπεία μπορεί να δώσει οριστική λύση στο πρόβλημα του αλλεργικού ατόμου.

S U M M A R Y

The increase of the allergic affections its' relative with the adoption of Western life style.

The environment pollution, the work conditions and of course the heredity are the main presuppositions of allergy.

It has calculated, in developed countries, that 10-15% of the population suffers of allergies. But the percentage of persons who suspect any kind of allergy and ask for medical advice is 22%.

Allergic affections are complicated concerning the clinical expression, exterior, interior or other factors.

In a few cases there are not acceptable diagnostic criteria, common in the world, for an allergic affection and this makes difficult the organisation of usefull epidemiological research.

The great number of medicines has helped significantly concerning the human relief from allergy.

Also, Immunotherapy can give definite solution in problems of an allergic individual.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Adams R.M.: "Occupational skin disease". W.B. Saunders editions, London 1990.
- Allansmith M.R.: "The eye and immunology", C.V. Mosby Co. editions, St. Louis 1982.
- Anto B.A.: "Προσοχή Αλλεργία", Έκδοση 2η, Εκδόσεις Κ. Καπόπουλος, Αθήνα 1992.
- Αποστολίδης Ν.Χ.: "Κώνωπες - μυΐαι", Εκδόσεις Ι. Σιδέρη, Αθήνα 1914.
- Barnes P.I.: "New drugs for asthma", IBC editions, London 1989.
- Βαρώνος Δ.Δ. "Ιατρική φαρμακολογία", Έκδοση 5η, Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
- Bjorkstein B.: "Atopic prophylaxis, handbook of atopic eczema", Ruzicka t. editions, Berlin 1991.
- Blackley C.H.: "Experimental researches on the causes and nature or catarrhus aestivus", Tindall and Ox editions, London 1873.
- Βλάχος Παύλος "Δηλητηριάσεις", Έκδοση 2η, Εκδόσεις Καραμπερόπουλος, Αθήνα 1987.
- Bonini S.T.: "Le congiuntiviti allergiche", Ghedini editions, Milano 1990.
- Bonini S.E., Bonini S.T., Tomassini M.: "Les allergies oculaires", D. Veroloet editions, Flammarion, Paris 1991.

- Bousquet J., Menardo J.L., Mitchel F.: "Allergies aux hymenopteres", Institut Francais de Recherche en Allergologie editions, Joinville-le-pont 1985.
- Burgess N.R.H.: "Public health tests", Chapman and Hall editions, London 1990.
- Burton J.L.: "Essentials of dermatology", 2nd edition, Churchill-Livingstone editions, Edinburgh 1985.
- Γκέλης Ν. Δημήτριος: "Η αλλεργία στην ΩΡΛ", Έκδοση 1η, Επιστημονικές εκδόσεις GELIS, Αθήνα 1988.
- D' Ermo F.: "Allergia e immunologia oculare", Masson editions, Milano 1983.
- Dreborg S.: "Application of allergen research to diagnosis, and immunotherapy". Weeke B. Editions, Upsala 1985.
- Dreborg S.: "The skin prick test", Linkoping University editions, Upsala 1987.
- Dreborg S.: "Atopic dermatitis - pediatric allergy and immunology", Dreborg editions, Copenhagen 1990.
- Duke-Elder S., Leigh A.G.: "System of ophthalmology", G.V. Mosby editions, St. Louis 1965.
- Edwards Christopher - Bouchier Ian: "Davidson's principles and practice of medicine", 16th edition, Churchill-Livingstone editions, London 1991.
- Einarsson R. - Dreborg S.: "Manufactor's criteria for in-house references". Gustav - Fischer - Verlag editions, Stuttgart 1987.
- Errico E.: "Manuale pratico di allergologia", Lombardo editions, Roma 1990.

- Faure J.P., Bloch-Michel E.: "Immunopathologie de l'oeil", Societe Francais D' Ophtalmologie et Masson editions, Paris 1988.
- Fink J.N.: "Hypersensitivity pneumonitis in allergy", 3rd editions, Mosby Co editions, Washington 1988.
- Fisherr A.A.: "Contact dermatitis", 2rd edition, Lea and Febiger editions, Philadelphia 1988.
- Fitzpatrick T.B., Eisen A.Z., Wolff K.: "Dermatology in general medicine", 3rd edition, Mc Graw Hill Book Co editions, New York 1988.
- Fraser R., Pare J.A.P.: "Eosinophilic lung disease", 2nd edition, Saunders Co editions, Philadelphia 1978.
- Galen R.S. - Gambino S.R.: "Beyond normality. The predictive value and efficiency of medical diagnoses", John Wiley and Sons editions, New York 1975.
- Glasspool Michael: "Τα μάτια, προβλήματα - θεραπείες", Μετ. Έλλη Έμκε, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1985.
- Goth Andres: "Ιατρική φαρμακολογία", Μετ. Μαρσέλος Μ., 10η έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1982.
- Harrisson T.R.: "Εσωτερική παθολογία", Μετ. Βαγιωνάκης Α. - Βαρώνος, Τόμοι Α, Β, Γ, Έκδοση 10η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
- Heyman M.B.: "Food sensitivity and eosinophilic gastroentero- rothy", W.B. Saunders Editions, Philadelphia 1989.
- Καπετανάκης Ιω. "Έγχρωμη δερματολογία", Έκδοση 2η, Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
- Καραγκιουλάκης Γ. "Γενική Φαρμακολογία", University Studio Press εκδόσεις, Θεσσαλονίκη 1987.

- Κατσιμπαρδης Δ.: "Αλλεργία και παιδικές αλλεργικές παθήσεις",
Έκδοση 2η, Εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα 1992.
- Kniest F.M.: "The management of dust allergens", Catholic
University editions, Nijmegen, Netherlands 1990.
- Knight A.L.: "Άσθμα και αλλεργικό συνάχι", Μετ. Αθανασίου
Κ., Εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός, Αθήνα 1983.
- Κολλιόπουλος Ιω. "Οφθαλμολογία", Έκδοση 2η, Εκδόσεις
Παρισιάνος Γ., Αθήνα 1989.
- Holgate S.T.: "Cellular mechanisms", Blackwell Scientific
Publications, Oxford 1989.
- Hollwich Fritz: "Εισαγωγή στην οφθαλμολογία", Μετ. Παλημέρης
Γεράσιμος, Έκδοση 2η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος
Γ., Αθήνα 1984.
- Hunter J., Savin D.S., Dahl M.V.: "Clinical dermatology",
Blackwell Scientific Publications, Oxford 1989.
- Ishizaka K.: "Control of IgE synthesis", 2rd edition C.V.
Mosby Co Editions, St. Louis 1988.
- Kaliner M., Eggleston P.A., Mathews K.R.: "Rhinitis and
Asthma", 258: 2851-2873, JAMA 1987.
- Κουτσελίνη Αντ., Μουλοπούλου-Καρακίτσου Κ. "Καλλυντικά",
Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1984.
- Λεκάκος Σταύρος "Το βρογχικό και αλλεργικό άσθμα", Αθήνα
1958.
- Liotet S., Morin Y.: "Guide pratique des examens de
laboratoire en ophtalmologie", Masson Editions, Paris
1988.

- Λογαράς Γεώργιος "Εγχειρίδιον φαρμακολογίας - φαρμακοδυναμικής", Τόμοι Α, Β, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1979.
- Lowenstein H.: "Selection of reference preparations", Gustav - Fisher - Verlag Editions, Stuttgart 1987.
- Lowenstein H., Ipsen H., Lind P.: "The physicochemical and biological characteristics of allergens", John Wiley and sons Ltd editions, New York 1987.
- Metcalf D.D.: "Diseases of food hypersensitivity", Medical editions, New England 1989.
- Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια, Εκδόσεις Πνευμονολογικού Τμήματος Ιωαννίνων, Μέτσοβο 1990.
- Molckhou P., Dandeu J.P., Lux M.: "Allergiques, quelle guepe vous pique?", U.N.A.F. Editions, Paris 1989.
- Molckhou P., Pinon C.: "Allergic aux insectes, in allergologie", Charpin J. - Vervloet D. editions, Paris 1992.
- Monograph of insect allergy, Levine and Coll editions, Library of Congress, Washington 1986.
- Μπάρλου-Πανοπούλου "Εγχειρίδιο φυσικοθεραπείας", 2η έκδοση, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1990.
- Mueller U.R.: "Insect sting allergy", Gustav-Fischer editions, New York 1990.
- Nilsson S.: "Atlas of airborne fungal spores in Europe", Springer Editions, Berlin 1983.
- Norman P.S.: "International units", Gustav - Fischer - Verlag editions, New York 1988.
- Nordic Council of Medicines: "Registration of allergenic preparations", N.L.N. Publications, Upsala 1989.

- Παπαϊωάννου Δ. "Συνοπτικό εγχειρίδιο αλλεργιογονίας",
Εκδόσεις U.C.B., Αθήνα 1993.
- Παπαλάμπρου Γ. Δημήτριος "Συχνότητα άσθματος παιδικής
ηλικίας", Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα 1984.
- Πολυζωγόπουλος Δ. - Πολυχρονόπουλος Β. "Κλινική Πνευμονολο-
γία", τόμος Β', Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1993.
- Rahi A.H.S., Garner A.: "Immunopathology of the eye",
Blackwell Scient Publications, Oxford 1976.
- Rajka G.: "Essential aspects of atopic dermatitis", Springer
Verlag Editions, Heidelberg 1989.
- Ρασιδάκης Α. - Σιαφάκας Ν. "Βρογχικό άσθμα", Εκδόσεις 19ου
Ετήσιου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, Αθήνα 1993.
- Report of the NIAID task force of immunology and allergy,
N.I.H. Publications, U.S.A. Department of Health,
Washington 1992.
- Rihoux J.P.: "The allergic reaction", O. van Moerbeke
editions, Belgium 1990.
- Roitti, Brostoff J., Male D.: "Immunologie, fondamentale et
appliquee", Medsi Editions, Paris 1985.
- Ruzicka T., Ring J., Przybilla B.: "Handbook of atopic
eczema", Springer Verlag editions, London 1989.
- Samter M., Dw Talmage N.M., Frank K.: "Immunological
diseases", 4th edition, Little brown and Co editions,
Boston 1988.
- Σαχίνη - Καρδάση Άννα: "Παθολογική και χειρουργική νοση-
λευτική", Τόμος 2ος, Μέρος Α', Β' επανέκδοση, Εκδόσεις
Βήτα, Αθήνα 1988.

- Schlumberger H.D.: "Epidemiology of allergic diseases", S. Karger editions, Basel Switzerland 1987.
- Schober G.: "Control of allergenic mites and fungi in house dust", Ph.D. Thesis, Editions University of Utrecht, Utrecht, Netherlands 1991.
- Sears M.L.: "Pharmacology of the eye", Springer Verlag editions, Berlin 1984.
- Secchi A.G.: "Immunologia ed immunopatologia oculare", T.D. Gunnella editions, Roma 1984.
- Shelley E.D., Shelley W.B.: "Advanced dermatologic therapy", W.B. Saunders editions, Philadelphia 1987.
- Στρατηγός Ιωαν.: "Μαθήματα δερματολογίας - αφροδισιολογίας", Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
- Tonnel A.B., Gosset P.H., Wallaert B.: "Allergy bronchopulmonary aspergillosis in highlights in asthmology", F. Michel editions, Heidelberg 1987.
- Τσανάκας Ι.: "Το βρογχικό και αλλεργικό άσθμα στα παιδιά", University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1992.
- Τσόχας Κων/νος: "Επιτομή κλινική φαρμακολογία", Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1988.
- Ulrich Wolf: "Οι αλλεργίες θεραπεύονται", Μετ. Κουναλάκη Αγγελική, Έκδοση 2η, εκδόσεις Νότος, Αθήνα 1979.
- Van Bronswijk Jemh: "House dust biology for allergists, acarilogists and mycologists", Nib editions, Zeist 1981.
- Van Bronswijk Jemh: "Sick of your home", Ph.D. Thesis, Editions University of Utrecht, Utrecht 1991.
- Wuthrich B.: "Zur immunpathologie der neurodermitis constitutionalis", Hans Huber editions, Wien 1975.