

Prof. Dr. Nékám Kristóf

# Asztma és allergia prevenció: Lehetőségek és lehetetlenségek

## Összefoglalás

A „klasszikus” asztma prevenció egyre inkább a múlt, nem mintha szükség nem lenne rá, hanem azért, mert egyre kevésbé lehet *csak* asztmában vagy *csak* rinitiszben gondolkodni. A „légúti allergiák” patomechanizmusokat összefogó, tüneti, terápiás és prevenciós komplexuma a modern és költséghatékony fogalom, és közeledik az idő, amikor a teljes, allergia rizikójú ember (és részeként az allergiás beteg) fenotípus-expresszióját megelőző tevékenységben lehet és kell gondolkodnunk. A közlemény a jelenleg is megvalósítható prevenciós aktivitásokat veszi számba, elsősorban, de már nem izoláltan az asztma vonatkozásában.

## Bevezetés

A legtöbb betegségcsoportban a prevenció fontosságát – elvileg – a terápia elé helyezzük: az allergiák is közéjük tartoznak. Nehéz azonban konkrétan meghatározni, hogy milyen prevenció lenne a leghatékonyabb, és milyen feltételek teljesülése mellett érvényesülne.

Az allergiás megbetegedések háttere és kiváltó okai között ma a következők szerepét fogadjuk el:

- örökletes faktorok
- allergének
- környezeti („szennyező”) anyagok
- életstílus, életvitel jellemzői
- az egészségügyi ellátás, szolgáltatások színvonala (hozzáférhetőség, ár, gyógyszerek fajtája és modernsége, szakorvosok száma, betegkommunikáció és edukáció, számos egyéb jellemző mellett).

E tényezők egymáshoz viszonyított súlyáról különféle becslések szerepelnek az irodalomban, ami egyként jelezheti mérőmódszereink alkalmatlanságát és/vagy a fenti té-

nyezők klimatikus, gazdasági, szociológiai, pszichológiai egyéni és társadalmi faktoroktól való függését, régiókénti, országonkénti nagyfokú eltéréseit. Az azonban valószínű, hogy az egészségtől a súlyos allergiás betegség a fenti tényezők szerepe a kórfolyamat különböző szakaszaiban ugyanabban a személyben is eltérő lehet, és egyértelmű, hogy a hiperszenzitivitás specificitását az antigének határozzák ugyan meg, de a környezeti és életviteli tényezőknek hatékony trigger szerep jut egy konkrét allergén jelentőségének meghatározásában: mind a társadalom, mind az egyén szintjén.

Az allergiás megbetegedés folyamata, amelyet az asztmára is érvényesnek tartunk:

*Kiindulópont:* egészséges, nem szenzibilizált, bármely korú egyén



*Általában évekre terjedő, rendszeres antigén kontaktust feltételező, tünetmentes időszak után: egészséges, szenzibilizált egyén*

(Amennyiben a szenzibilizáltság IgG [esetleg IgA, IgM] antitestek képződésében vagy sejtes immunválasz kialakulásában nyilvánul meg, úgy a normál, „egészséges” védekező folyamatok részének tartható, de ha IgE típusú antitestek képződését, keringését, hízósejtekhez kötődését jelenti, akkor bizonyos helyzeteket kivéve /mint parazitákkal, férgekkel szembeni immunreakció/ a *tünetmentes* egyén már az allergia manifestációjának lehetőségét hordozza magában.)



*Általában évekre, évtizedekre terjedő időszak alatt és után: eleinte reverzibilisen tünetes, majd folyamatosan beteg, szenzibilizált allergiás (az egyidejűleg több szerven megjelenő tünetek sem mennek ma már ritkaságszámba),*



amely után még egy, a gyakorlati

betegellátás szempontjából fontos további kategóriát képezhetünk:

- a már nem csak allergiás tüneteket mutató betegét,
- többféle következményes, irreverzibilis szervkárosodással, akiben a túlérzékenység lehet, hogy már csak mérsékelten fontos szempont.

A *prevenció* a fentiek bármely pontjához kapcsolódhat, ám a kórfolyamat többségükben visszafordíthatatlan elemei miatt hatékonysága (egy ponton túl az értelme is) egyre kisebb.

*Primer* prevenciónak a **túlérzékeny válás megelőzését** nevezzük. Ez ma még többnyire filozófia, csak ritkán konkrét cselekvéssor – lehetőleg nem korlátozódik egyetlen antigén elkerülésére. Különösen kétértelmű lehet egy-egy futó allergénmentesítő kampány sikere (mint például a parlagfűé) a primer prevenció szempontjából, még akkor is, ha szekunder prevencióként (= már szenzitized egyénen a betegség megelőzése) kitűnően funkcionál. Az allergia prevalencia világszerte hasonló nagyságrendű, bár magában az allergén spektrumban óriási különbségek lehetnek. A preventív allergén kerülés csak az első életévekben járhat igazán sikerrel, különösen a magas allergia rizikójú csoportokban. Ezzel együtt a primer prevenció legfontosabb céljainak azonosítása, technikájának kidolgozása lenne minden társadalom számára a legértékesebb.

Már ma is megvalósítható részei az allergiák valamennyi, fent részletezett alapeleméhez kötődnek.

Lehetőségünk van a prevenció *célcsoportja*, a magas allergia rizikójú újszülöttek azonosítására egy gyors és költség-hatékony módszerrel: ez a család allergiás anamnézisének pontos felvétele. (Magas rizikójúak a WHO definíció szerint azok az újszülöttek, akiknek legalább egy igazoltan atópiás szülője és egy ilyen idősebb testvére van. Ők teszik ki az újszülöttek kb. 35%-át.) Számos megfigyelés támasztja alá, hogy a vérrokonok között előforduló atópiák növelik a leszármazottak és testvérek között a további előfordulások valószínűségét, olyan mértékig, hogy pél-

Prof. Dr. Nékám Kristóf  
Budai Irgalmasrendi Kórház  
Allergológiai és Immunológiai Osztály  
1023 Budapest, Árpád fejedelem útja 7.

dául két extrinsic asztmás házasságából születendő gyermekek 70%-ában várható azonos szerv-lokalizációjú kórkép fellépése. Allergia azonban nem csak a magas rizikójú csoportokban jelentkezhet:

a családi érintettség + a nem-kontrollált, allergén dús környezet + az elkerülhető triggererek figyelmen kívül hagyása szükséges hozzá.

A célcsoport számára az *allergén-szegény* környezet megteremtése segíthet megelőzni a betegség korai kialakulását. A lehetőségek között az első élethónapokban a táplálás legfontosabb, hogy a magas rizikójú csecsemő anyatej mellett semmilyen más erős antigenitású táplálékot ne kapjon. Itt már szerepet kap az egészségügyi faktor is: anyatej híján vagy elégtelen mennyisége esetén ezeket a csecsemőket az első félévben *nagy-mértékben* hidrolizált tápszerekkel kellene táplálni, amelyek beszerezhetősége és ára sokszor gátat szab a bizonyítottan helyes elv gyakorlatba ültetésének.

Fél-egy éves kor felett azonban az *általánosságban* allergén-szegény étkeztetésnek már nincs befolyása a gyermek további allergiás történéseire.

Az allergén-szegény környezet másik eleme a lakás; és az atka, svábogár, hobbyállat (hórcsög, papagáj stb.), kutya, macska, a penészgomba allergének alacsony szinten tartását („allergén-kontroll”) jelenti. Allergén-szegény beltéri környezetben az első élethónapok táplálékallergiái, atópiás bőrgyógyászati tünetegyüttesei bizonyítottan ritkábbak. Emellett minden egyes szenzitizáltság *további* szenzitizálódások (gyenge) rizikófaktor, és ezek az additív (esetleg szinergista?) hatások különösen könnyen érvényesülnek kisdcedkorban.

Valamelyes szerepet a kültéri allergének is játszanak a korai szenzitizálódásban: az agresszív pollenekben dús hónapokban születettek rizikója valamivel magasabb légúti allergiákra, mint az év többi részében születetteké. Az anyai dohányzás pedig (mint az életstílus eleme) a csecsemő további életét tekintve legalább kétszeres rizikófaktor légúti allergiák manifestálódására. Sajnálatosan kis hangsúlyt kap, de itt említhető meg, hogy a prenatális anyai prevenció egyetlen elfogadott formája is a terhes dohányzásának a felfüggesztése. Ha mást bizonyítottan nem is, de a csecsemőkori spasztikus bronchitiszek számát csökken-

ti. (Egyéb tényezők, így a terhes étrendjének allergén-szegényítése, nyilván a tudományos bizonyítékok hiányában nem nyertek polgárjogot.)

A triggererek kiiktatása már a *szekunder prevenció* területére vezet át. A hosszú listáról szinte lehetetlen a pollutánsok és a „banális” légúti, elsősorban vírusfertőzések elkerülése, pedig ez utóbbiak egy része bronchitist, bronchiolitist, tartós légúti obstrukciót vált ki. Összefüggésük az asztmával annyira szoros, hogy a legtöbben az inhalációs szteroidok bevetését már a tünetegyüttes első jeleitől kezdve indokoltnak tartják.

A későbbi (kisgyermek-serdülő) életkorok kevésbé hálás területét jelenti a primer prevenciónak, mert a környezetben lévő fontosabb allergénekkel a kontaktus eddig az életkorig már megtörténik. Új antigének szerepére a változó táplálkozási szokások vagy a lakóhely változtatás adnak legkönnyebben lehetőséget: tipikus példa manapság a „vidéki” életforma felcserélése városira.

Az Európában uralkodó városi életforma azonban azt is jelenti, hogy az emberek idejük 90-95%-át a zárt terekben töltik. Ezért megnő az építési technológiák szerepe, a hangsúly az energiafelhasználás csökkentéséről (hőkonzerválás, szigetelés) az egészséges (esetünkben allergén szegény) mikrokörnyezet kialakítására tolódik. Ez főleg a legfontosabb beltéri allergén, a háziporátka életkörülményeinek rontását jelenti (alacsonyabb hőmérséklet és páratartalom, atkázáró ágy, takaró, párnahuzatok, meleg (62°C feletti) tisztítást elbíró ágynemű, speciális tisztítógépek, esetleg vegyszeres atkacsökkentő takarítás), illetve a második legfontosabb házi allergén-forrásként azonosított macskák lehetőség szerinti távoltartását. Az allergén kontroll tehát *mindenfélre* prevenció fontos eleme, bármely életkorban és betegségnél, mert ha nem is sikerül sokszor megakadályozni a szenzitizálódást, a tünetek súlyossága és tartóssága a legtöbb allergiás betegségnél nagyjából (esetleg csak bizonyos koncentráció határok között) párhuzamosan fut az allergén koncentrációjával.

Az elterjedtebb kültéri – gyompolen – allergének távoltartása csak állami-önkormányzati feladatként lehet hatásos az egészségtudat alacsony fokán álló társadalmakban.

A betegség kialakulásában (amelynek megelőzése lenne a *szekunder prevenció* szerepe) növekszik a környezeti pollutánsok trigger szerepe – ezektől a kisgyermeket sokszor még sikerül megvédeni –, és egyre nagyobb, szekunder és terciér prevencióként is értelmezhető szerephez jut az egészségügyi szolgáltatások széles köre, a korai, megalapozott diagnosztika és a határozott, nemzetközi és (adaptált) hazai irányelvek szerinti, stádiumfüggő agresszív kezelés.

A hatékony *kezelési technikák* asztmában (a legenyhébb kategóriát kivéve) elsősorban a magasabb (inhalatív) kezdő szteroid adagot és a gyors tünet kontrollt követő redukciónak jelenti a még szükséges legalacsonyabb adagra, és **nem** az óvatosan alacsony dózissal kezdetet, amely hosszú tünetes időszakot követően ér csak el a tünetek és a háttérben zajló allergiás gyulladás blokkolásáig. Az inhalációs szteroidoknak az állapotromlást megakadályozó vagy lelassító, így preventívként is felfogható szerepe van, amely annál hatékonyabban érvényesül, minél korábbi ponton kezdjük el alkalmazását. Hasonló, de gyengébb „preventív” hatást több, az asztma kezelésében használt gyógyszercsoportnál észleltek, így a tért nyelő leukotrién-antagonistáknál, a kromonoknál vagy az antiallergikum-antihisztaminoknál is.

Egyes újabb longitudinális vizsgálatok például alátámasztják azt a lehetőséget, hogy magas rizikójú gyermekcsoportokban (atópiás dermatitisz, korai szenzitizáltság aeroallergénekkel szemben) antihisztaminoknak is lehet asztma-preventív szerepe. A farmakoprevenció szélesebb körű elterjedése azonban további tudományos alátámasztást és meggyőző költség-hatékonyság elemzéseket igényel.

Az asztma gondozás magától értődően az állapot folyamatos kontrollját is magában foglalja, a stádiumokhoz rendelt teendőkkel együtt, mind gyermekben, mind felnőttben. Legegyszerűbb eszköze az egyéni csúcsáramlás-mérés. Az allergén kontroll és az adekvát terápia egyébként inkább szinergista, mint additív kapcsolatban vannak.

Az *egészségügyi tényező* pozitív hatását gyengíti atópiás betegségekben, hogy az elfogadott kezelési irányelveket egyre több orvos ismeri ugyan nagy vonalakban, de alig negyedük

alkalmazza a gyakorlatban is. A betegek körüli *kommunikációs ricsaj* miatt (amelyben a legkárosabb a soha nem bizonyított hatékonyságú alternatív kezelésmódok törvényileg nem tilos agresszív reklámozása) nem elég hatékony a fiatalok és gondozóik felkészítése allergiás szituációkra (mint az asztmás tanuló az iskolában, vagy az ételallergiás gyermek az óvodában tipikus helyzetei). Sokan nem ismerik (= nincsenek megtanítva rá) a betegek közül az inhalációs és intranazális eszközök hatékony alkalmazását sem.

A *felvilágosítás* segítene olyan táplálkozáshoz köthető légúti és bőrtünetek (ritkán anafilaxiák) megelőzésében is, mint a pollen-táplálék keresztreakciókon alapuló tünetegyüttesek, az egyre gyakoribb orális allergia szindrómák. A *fogyasztó tájékoztatás* segíthetne az egyes vegyi anyagokkal (perubalzsam, illatanyagok, konzerváló szerek) szemben túlérzékenyeknek az anyagokat bármely formában vagy készítményben (kozmetikum, háztartási vegyszerek, ételek-italok) azonosítani. A felvilágosítás az allergének, haptének elkerülésének módjairól már az allergiást *elsőként* kezelő orvosi intézményben annál fontosabb információ lenne, mert a szaporodó *többszervi* manifesztációk azt igénylik, hogy egy bizonyos allergén *valamennyi* tünetki-váltó lehetőségéről szó essék, szemben a hagyományos, de egyre inkább idejét múlt „szervközpontú” allergia rendelések gyakorlatával.

Még később, a felnőtt életkorokban lesz jelentős a kialakult, enyhe betegség romlásának, visszafordíthatatlanná válásának megelőzését célzó *tercier prevenció*, amely társszaktárk együttműködését igényli. Minden életkorban szükség van (lenne) folyamatos asztma/allergia tanácsadásra és edukációra, írásos gondozási és

vészhelyzeti akciótérvek kidolgozására, amelyek költségkímélő szerepét több vizsgálat is igazolta.

Befejezésül megemlíthető, hogy a *foglalkozási allergiák* speciális, a preventív szemlélet gyakorlatba ültetésére alkalmas élethelyzetet jelentenek, amely még a primer prevenció eredményességét kínálja. Atópiás alkátúaknak háromszoros rizikójuk van foglalkozási allergiák létrejöttére általánosságban, ami az előzetes foglalkozás-alkalmassági vizsgálatok, a tanácsadás és az allergén-mentes (vagy legalább is ellenőrzött, csökkentett allergén koncentrációjú) munkahelyek kialakításának igényét támasztja alá. Amennyiben nincs technikai lehetőség egy konkrét foglalkozási allergén szintjének csökkentésére, szekunder prevencióként a folyamatos allergológiai ellenőrzés lehet hatékony a tünetek megjelenésének megelőzésében.

### Konklúziók

A kiterjedt allergia prevencióval foglalkozó irodalom szerint az újszülött – csecsemő tartós (4-6 hónapos) anyatejes táplálása, a késői hozzátáplálás és a passzív dohányzás elkerülése azok a lehetőségek, amelyet minden újszülöttnél (tehát **nem** csak a magas allergia rizikójúaknál) használhatunk későbbi életkorokban fellépő allergiás vagy asztma-előtti tünetegyüttesek megelőzésére. Az atkák és a hobbiállatok távoltartása rontja a szenzibilizálódás esélyeit, de nem egyértelmű az összefüggés az asztma kialakulásával. Az eliminálható rizikófaktorok között a dohányzás mellett a lakóterek magas nedves tartalmát kell említeni.

Adolescens korban az allergén-mentesítés, redukció már az allergiás betegség kialakulásának megelőzése miatt fontos.

Felnőtt korban az allergének elsősorban a tünetek erősségét befolyásolják. A környezeti szennyező anyagok: ózon, koromszemcsék, latex szemcsék, a kén és a nitrogén oxigénnel alkotott vegyületei mind a szenzibilizálódást, mind a tünetek kialakulását majd romlását elősegítik.

Az életviteli sajátosságok egy része is elősegíti allergiák megjelenését, más részük életkor-függő, továbbiak pedig annyira a család körülményeitől függenek, hogy általános érvényű megfigyeléseket csak ritkán lehet megfogalmazni.

Az egészség-szolgáltatások szerepe (ideértve mások mellett a fizikai elérhetőséget, a szakorvosok felkészültségét és kapacitását, a gyógyszerek hatásosságát, modernségét, árát; a beteg, gondozói és az egészség-szolgáltatók közötti érdemi kommunikációt a terápia részletes alkalmazásáról, az allergének és járulékos súlyosbító tényezők szerepéről és elkerülhetőségéről, valamint a beteg állapotának folyamatos – részben önellenőrzését, a hatékony gyógyszeres stratégiát), továbbá a társadalom percepciója, áldozatkészsége és cselekvési hajlandósága az allergiákkal kapcsolatban azok a területek, amelyeken az igazi, elérhető hatékonyság érdekében lényegesen többet, komplexebbet, szervezettebbet lehetne és kellene tennünk.

Mind a beteg, mind az egészség-szolgáltatók legnagyobb mulasztása azonban az lenne, ha nem ismernék fel, hogy az allergiák, mint komplex, társadalmi jelentőségű betegségcsoport megelőzése, kezelése és gondozása *minden* szereplő részéről folyamatos, intenzív, összetett és összehangolt tevékenységet feltételez.

(Irodalom a szerzőnél.)

### HÁZIORVOSOK, ORVOSOK

PATIKÁK, EGÉSZSÉGÜGYI VÁLLALKOZÁSOK és INTÉZMÉNYEK  
részére

**már 1 havi** kezdőrészlet befizetésével,

akár szerződéskötési díj nélkül is

LÍZING vagy TARTÓS BÉRLET kötése  
személygépkocsira vagy kishaszonjárműre

OSTER LÍZING Rt.

1056 Budapest, Váci utca 36.

Telefon: 1/318-4910, 06-20/944-6826 Fax: 1/318-2459

E-mail: osterirt@oster.hu