

Prof. Dr. Nékám Kristóf

Táplálékallergiák

Összefoglalás

A táplálékallergiák előfordulási gyakorisága növekedett az elmúlt években, amit általánosságban aTh2 típusú immunválaszt elősegítő életkörülményeinkkel, folyamatosan újabb és újabb, korábban ismeretlen táplálékok elérhetőségével, más allergiák gyakoribbá válásának triggerelő hatásával magyarázhatunk. A korábban tipikus felnőttkori egyszerű (bőr vagy emésztőszervek) megjelenés a többszervi „globális allergia” tünete együtteseknek adja át a helyét ebben a betegségcsoportban is. Diagnosztikai eljárásainkra a funkcionális tesztek térnyerése jellemző: in vitro a mediátor vizsgálatoké, in vivo a toleranciaküszöb meghatározásához (is) vezető kettős-vak placebo kontrollált étel/adalékanyag provokációs vizsgálatoké. Bár a terápiás eljárások a gyakorlatban az elmúlt években keveset változtak, jó kilátások vannak az eddigieknél hatékonyabb, biztos experimentális alapon nyugvó, hatékony új terápiák megjelenésére a közeljövőben.

A táplálékallergiák nemzetközi adatok szerint Európában a lakosság 2-4%-ában fordulhatnak elő. Ezen belül kitüntetett helye van a négy év alatti korosztálynak, amelyben akár 10-15%-ot is elérhet az (átmeneti) gyakoriság. Az evidenciák azonban legfeljebb a WHO szerinti osztályozás IIa kategóriájába tartoznak (a bizonyíték forrása: jól megtervezett, bár nem randomizált kontrollált vizsgálatok megléte). A közeljövőben ér véget Dániában a világszerte első olyan epidemiológiai felmérés, amely a teljes populációt reprezentáló minta feldolgozásával készül. Hazai adataink nagyságrendileg egyeznek a külföldiekkel, többek között ezzel is alátámasztva, hogy az allergia elsősorban életvital és környezet kérdése, és ezek hasonlósága esetén a különböző nemzeti táplálkozási szokások, nyersanyagok nem gyakorolnak az előfordulásra a többi tényezőét meghaladó hatást¹.

A lakosság egészére vonatkozó fenti adatokból következik, hogy a „tisztá” táplálékallergiák a mára risztóan nagyra nőtt allergiás (és szenzitizált) lakossági csoportnak relatíve kis részét, mintegy tizedét jelentik csak, mégis egyre többet halani róluk. A folyamatos **felértékelődésnek** több oka van. Egyrészt az, hogy ez az újszülött-csecsemőkor első allergiás tünete együttese, amellyel a szülők, a család, a környezet szembeesnek, és ez érthetően kelt aggodalmat.

A csecsemőkori táplálékallergiák egy része ráadásul *nem elkerülhetően*, hanem a helyes csecsemőgondozási, táplálási ismeretek hiányából, esetleg semmibe vételéből fakad.

Már évekkkel ezelőtt valószínűsíthető volt az is, hogy a csecsemőkori táplálékallergiák legalább is *trigger* szerepet játszanak a későbbi (de még felnőttkor előtti) atópiás tünete együttesek, részben a légúti allergiák, részben az atópiás dermatitis kialakulásában – nem döntő tényezőként, de a hajlamos populációban jelentkező betegség fellépési idejét befolyásolva². Ezáltal elő is segítik a találoan „atópiás menet”-nek nevezett természetes lefolyást.

Fontos szempont továbbá, hogy a táplálékallergiák egy része, kitüntetetten bizonyos allergénnel (földimogyoró, néha dió, mogyoró, zeller, egyes tengeri halak) szembeni, IgE mediált allergiák ugyanolyan veszélyes tüneteket okozhatnak, mint a rovarmeggel szemben kialakuló túlérzékenység. Az ilyen kisgyermek családjában az életminőség kifejezetten rossz, amit a szülők folyamatos aggodása a gyermek állapotáért, néha szó szerint az életéért, indokol. Különösen felnőttkorban az intolerancia tünetek is komoly szerepet játszanak: megszokott ételeink, italaink egy részében számos adalékanyag található, amelyek az esetek legnagyobb részében az allergiákkal azonos tüneteket indukálnak. Ezek patomechanizmusa és diagnosztikája részben, kezelése teljesen meg egyezik a valódi ételallergiákkal.

A felnőttkori tünetek megjelenését – ez az újabb megfigyelések közé tartozik – nemcsak a táplálékallergia létrejöttét elősegítő egyéb megbete-

gedések, állapotok segíthetik elő, valószínűleg a permeabilitás megváltoztatása révén, mint a tejcukorbonítás elégtelensége, vagy az alkoholizmus, a *Helicobacter pylori* fertőzöttség magas aránya. Számos gyógyszernek az emésztésre, illetve a hisztamin bontó enzimekre (pl. hisztamin deamináz) gyakorolt gátló hatásán túl lelki tényezők szerepét is elfogadjuk, amelyek befolyása táplálék averzió kiváltásától tünetek szomatizációjáig terjed^{3,4}.

Végül elsősorban a felnőttek szenvedő alanyai két nemrégiben felismert jelenségnek: a pollen-táplálék keresztreakciók által a pollenszezonban étkezés útján provokálható tüneteknek, amelyek, legalább is eredeti értelmükben – nem táplálék allergiák, és az orális allergia szindrómának⁵. Ez utóbbi az azonnali típusú kontakt túlérzékenység speciális esete.

A diagnosztikus algoritmus

A táplálékallergiáknak nincsen jellegzetes tünete. Az étkezést (nassolást, üdítőital-, gyümölcs stb. fogyasztást) követően gyorsan, ismételt fogyasztást követően hasonlóan jelentkező tünetek egyre ritkábban jelentenek támaszt a vizsgáló orvos számára. A betegek legtöbbször az allergiás (tehát szenzitizálódást követően felépülő, általában az enyhétől a súlyosabb felé mozduló) tünetek első jelentkezéseire nem emlékszik pontosan; számos ételalapanyag és adalékanyag azonosíthatatlanul van jelen különféle termékekben, és a tünetet nincsen mihez kötni. Az élelmiszer törvények előírják ugyan az összetevők feltüntetését bizonyos keretek között (pl. a teljes súly százalékában vagy csak megjelölés szerint), de egy átlagos fogyasztónak nem könnyű eligazodnia az E számok jelentése és az általuk kódolt adalékanyaghoz köthető tünetek között. Az elkészített, felszolgált ételek (pl. vendéglőben, menzán stb.) összetevői rendszerint még kevésbé deríthetők ki.

Mindezek megnehezíthetik a táplálékallergiák és intoleranciák diagnózisának felállítását vagy kizárását, de a következő gondolatmenet segítségével szolgálhat:

1. A beteg által (a továbbiakban csak a felnőttkori ételallergiákat tár-

Prof. Dr. Nékám Kristóf
Budai Irgalmasrendi Kórház Kht.
1277 Budapest, Pf. 98.

gyaljuk) panaszolt tünetek beleilleszthetők-e egyáltalán táplálékallergia keretei közé, vagy inkább más betegségre engednek következtetni?

Ennek a kérdésnek az eldöntésénél érdemes figyelemmel lenni arra, hogy újabban szaporodnak a több szervi táplálékallergiás tünetek. Korábban felnőttekben szinte kizárólag bőr vagy emésztőszervi tünetekről írtak, a betegek több mint 80%-a monoszimptomás volt. Ma a fokozódó figyelem és a komplexebb vizsgálati tervek segítenek felismerni a betegeknek azt a 15-20%-át, akikben légúti tünetekkel is jár az IgE mediált táplálékallergia, illetve néhány százalékban szemtünetek (elsősorban viszketés és belőváltás) is előfordulnak. A monoszimptomás táplálékallergiás felnőttek aránya 30% körülire csökkent, tehát a tünet-asszociációk önmagukban is allergiás mechanizmusra hívhatják fel a figyelmet.

A leggyakoribb, tipikus tünetek a bőrről: urticaria, kontakt urticaria, angioedema, atópiás dermatitisz fellángolása, ekcéma; az emésztőszerveken epigasztriális/hasi görcsök, meteorizmus, fokozott bélmozgások, akár imperatív görcsös székürítések is, hányingerek (felnőttben a hányás igen ritka); a légzőszervi tünetek közül a különböző súlyosságú rinitiszek (jellegzetesen orrdugulással és fokozott szekrécióval), néha nehézlégzés, igen ritkán mellkasi diszkomfort érzések, köhögés. Provokációs vizsgálatok során gyakran lehet különböző fokú bronchokonstriktiót igazolni, de ezek nagy részét a betegek nem élik meg. A tipikus asztmás nehézlégzéses roham is kifejezetten ritka. Külföldi vizsgálatok anafilaxia vagy arra emlékeztető tünetek előfordulását („szisztémás tünetek” megjelöléssel) 2-8%-ra teszik, hazai beteganyagban alig észleltek ilyeneket, aminek többféle magyarázata is elképzelhető.

A fenti tünetek azonban (bármelyik szerven) nem táplálékallergiás háttérrel lényegesen gyakrabban fordulnak elő, ezért indokolt lehet a beteg vizsgálatára reflux betegségre, Helicobacter-asszociált gasztro-duodenitiszre, ulcus betegségre, colitisre, tejcukor-érzékenységre, sőt akár coeliakiára is⁶. (Utóbbi kettő akár az adverz táplálékreakciók fogalomkörébe is sorolható, amelybe az „igazi” táplálékallergiák is tartoznak). Indokolt lehet nemkülönben a beteg részletes kikérdezése esetleges

gyógyszer- és alkoholfogyasztási szokásairól, mert ezek is magyarázhatják bizonyos, akár táplálékallergiaként is értelmezhető tüneteit.

A permeabilitás fokozásán keresztül, a Th2 limfokin rendszer fenntartásán át *trigger* szerepe lehet más allergiás reakcióknak (ez vitatott, de az emésztőszervekben már zajló, alacsony intenzitású allergiás folyamat szerepe elvileg elképzelhető), vagy irritatív-toxikus anyagoknak is, mint számos erős fűszer.

A szaporodó felnőttkori arc-, fej, néha larynxoedemák, gigantea urtikák, angioneurotikus oedemák hátterében a sokszor feltételezett táplálékallergiát és/vagy adalékanyag-intoleranciát ritkán sikerül igazolni, nagyobb részüket, amennyire az egyáltalán kideríthető, bizonyos gasztrointesztinális vagy légúti vírusfertőzések (pl. rotavírus vagy RSV) okozzák, amelyek néha semmilyen más tünetet nem okoznak.

Nehezen igazolható, de elfogadott vélemény szerint a táplálékallergiák diagnózisához vezető információ mennyiség mintegy fele az anamnéziséből nyerhető; ide tartozik természetesen a lehetőséget kizáró differenciáldiagnosztika is. A fentiek értelmében, míg a gyermekgyógyászok az anamnéziséből és a betegvizsgálatból sokszor biztos diagnózishoz jutnak, felnőttek esetében ez utóbbi viszonylag kevés további információt szolgáltat.

A tünetek időbelisége ezzel szemben igazi segítséget jelent bizonyos esetekben: erős IgE-típusú szenzitivitásban az egyszeri (esetleg ismétlődő, de semmiképp sem folyamatos), az érzékenységi küszöböt meghaladó (ez lehet akár olyan kevés is, mint 1-10 mg) mennyiségű ételallergén bevitele úgy vált ki tüneteket, hogy az ok-okozati összefüggés egyértelmű lesz.

Ha azonban a háttérmechanizmus nem IgE természetű (lehet immunkomplex mediált vagy sejtes immunmechanizmusokhoz kötött az esetek akár felében-harmadában is; a pontos arányt nem ismerjük);

ha a provokáló allergén epitópok hőhatásra vagy az emésztés hatására felszívódás előtt részlegesen dezintegrálódnak (mint a legtöbb gyümölcs és zöldség esetében, de elterően a fűszerek java részétől);

ha a provokáló allergén nem bomlik ugyan le különös gyorsasággal az emésztés folyamatában, de egy olyan

alap-élelmiszer alkotó eleme (pl. kazein), amelyet folyamatosan fogyaszt a beteg, és ezért a tünetei is folyamatosan jelentkeznek: a táplálékallergia lehetőségét az anamnesztikus adatok nem teszik egyértelművé.

2. Ha az anamnézis, az ételnapló és a differenciáldiagnosztikai aktivitások segítségével sem lehet a táplálékallergia és az allergén kérdésében állást foglalni, a további tennivalókat az dönti el, hogy a beteg folyamatosan tünetes-e vagy csak időszakosan.

Folyamatos tünetek esetén allergénszegény *diagnosztikus diétát* lehet bevezetni, ellenőrzött szakambulanciái, célszerűbben fekvőbeteg osztályos körülmények között. A diagnosztikus diétát *célja* pusztán a betegek tünetmentesítése a további vizsgálatokhoz, sem fehérje, sem kalcium, sem számos más alkotórész (pl. nyomelemek) vonatkozásában nem elégti ki a felnőttek táplálkozási igényeit, ezért néhány napon túl nem is tartható fenn. A valóban táplálékallergiások azonban (függetlenül attól, hogy a provokáló allergént nem ismerjük – éppen ez ennek a diétának az egyik nagy előnye) általában tünetmentessé válnak ezen az étrenden, és ezáltal továbbvizsgálhatók. Van olyan gyakorlat, amely enyhe bőrtünetek, pl. urtikák esetén megengedi az azonnali típusú bőrpróbák végzését, ha a negatív (0.9% NaCl oldat) kontroll 2 mm átmérőt nem halad meg, de általánosabb vélemény szerint bármilyen folyamatos bőrtünet esetén előbb specifikus IgE meghatározások végzendők (emésztőszervi tünetek esetén természetesen nincs akadálya a bőrpróbák elvégzésének).

Ha egyáltalán semmilyen információ sem áll rendelkezésre az allergénekről, de a tünetek háttérben mégis táplálékallergiát lehet feltételezni, akkor az előfordulások aránya segíthet a további vizsgálatok megtervezésében. Magyarországi felnőttekben a tünetkiváltó allergének gyakorisága valószínűleg: tehéntej-fehérjék > tojásfehérjék > zöldségek > fűszernövények > csonthéjasok > hüvelyesek. Jelenleg azonban nem áll rendelkezésre olyan hazai adatbázis, amely részletes információkat tartalmazna^{7,8}.

Érdemes megjegyezni, hogy az elmúlt években ezeknek a vizsgálatoknak a paraméterei (specifitás, szenzitivitás, prediktív értékek) folyamatosan javultak, és a biotechnológiai úton előállított epitópok szélesebb

körü elterjedésével tovább fognak javulni (egyelőre még áruk, de már nem az előállítás nehézségei szabnak ennek gátat).

Jelenleg a stabil, lineáris szerkezetű epitopokkal végzett bőrpróbák (a gyakorlatban a földimogyoró, dió és mogyoró releváns allergénjei, tengeri halak közös allergénje, egyes tej, tojás és liszt szerkezeti elemek) negativitása lényegében kizárja táplálékallergia jelenlétét, természetesen az adott fehérje vonatkozásában.

Új lehetőség egyes, a táplálékallergiás reakció zajlása során felszabaduló mediátorok mérése, akár in vitro, akár in vivo, a provokációs vizsgálat különböző időpontjaiban. Régebben az eozinofil kationos protein (ECP) és a triptáz, valamint a metil-hisztamin mérést ajánlották, de egyik sem vált be *egyedi* diagnosztikára (bár a koncentráció növekedések tendenciáját vérben, esetleg székletben, pozitív eredményű provokációs vizsgálatok kísérő jelenségeként számos alkalommal sikerült igazolni). Az antigén hatásra frissen szintetizálódó szulfido-leukotriének mérése mind a táplálékallergiák, mind az intoleranciák, sőt valószínűleg a gyógyszerallergiák egy részében is diagnosztikus támaszt fog jelenteni. Gyakorlott kézben, stabil antigénnel, a leukocita migrációs teszt is értékes kiegészítő diagnosztikus eljárás⁹.

A fent említett bőrpróbákat tehát lehetőség szerint tünetmentes betegen kell elvégezni.

Az in vitro vizsgálatok a következő helyzetekben kerülnek előtérbe:

- ha a tünetmentesség nem biztosítható, illetve
- ha reális anafilaxia veszély áll fenn (a magyarországi táplálkozási szokások mellett ez kifejezetten alacsony), vagy
- ha a beteg a provokációs vizsgálatokat nem vállalja, esetleg azokat egyéb betegségei, állapota miatt nem lehet elvégezni.

Ha az eddigiekben ismertetett diagnosztikus algoritmus bármilyen okból kivitelezhetetlen, ide értve mindenek előtt a kettős vak provokációs vizsgálatokat, elkerülhetetlené válhat a lassú, számos buktatóval terhelt; a megszokott életkörülmények között megszervezett *szelektív* karencia. Ennek lényege, hogy az ételnapló és az anamnézis adataira támaszkodva valószínűsített táplálék összetevők közül egyszerre egyet

(vagy legfeljebb egy rokon csoportot, pl. gabonaféléket) a beteg teljes mértékben igyekszik elkerülni (a siker nem mindig meggyőző), általában néhány *hétig*; és a tüneti napló segítségével lehet indirekt úton valószínűsíteni, hogy a *kihagyott* ételmisszer összetevőnek lehetett-e tünetprovokáló szerepe vagy sem. A korábban többfelé használt 1-2 napos karenciáknak nincs elég információ tartalma.

A tünetmentes betegeken azonban, akiknél nincs olyan szempont, ami kizárná a *kettős-vak, placebo-kontrollált ételprovokációs vizsgálatok* [minden nyelvben az angol rövidítés használatára vált elfogadottá: DBPCFC] elvégzését, kizárólag ezzel a módszerrel elért eredmények számítanak véglegesnek. Ezt megelőzőn azonban a bőrpróbák, antitest vizsgálatok, mediátor meghatározások segítenek az anamnézis adatai mellett *leszűkíteni* azt a listát, amely a valószínűen tünetprovokáló anyagokat és esetleg adalékanyagokat tartalmazza (nem szükségszerűen egyet!).

A DBPCFC lényege, hogy egyforma kiberelésben, rendszerint kapszulázva kap a beteg placebót vagy a gyanúba fogott ételmisszer liofilizált fehérjéinek változó adagjait, és a provokáció hatására jelentkező, *reprodukálható* tünetekre alapozva lehet meghatározni az allergén *táplálék fajtáját*. Egyesek szerint az a *küszöbérték* is meghatározható (a legsúlyosabban szenzitizált, ezért kis ételmennyiségek fogyasztását követően is akár anafilaxiával reagáló betegeket kivéve!), amely a még tünetmentességet biztosító diétát lehetővé teszi. Ez a *kis* mennyiség fogyasztását lehetővé tevő étrend sokkal könnyebben szervezhető meg a betegek számára, mint egy olyan életvitel, amely bizonyos táplálék fajták fogyasztását *egyáltalán* nem engedi meg.

A placebo kontrollált kettős vak vizsgálatok elvégezhetőek olyan táplálékokkal is, amelyek instabilitásuk miatt még liofilizált állapotban sem tárolhatók allergén-aktivitás csökkenés nélkül (a legtöbb gyümölcs és zöldség friss állapotban hozzáférhető, de ebben a formában nem) – ezeket folyékony tápszerekben (mint a nálunk forgalomban lévő Sinlac) vagy nem allergizáló gyümölcslevegekben lehet elkeverni turmixolás után, és a „vak” elrendezés ezáltal biztosítható.

Az eredmények nemegyszer el-
lentmondanak egymásnak: így pozi-

tív bőrpróbák után is negatív lehet a provokáció eredménye. Előfordulnak minden vizsgálatsorozatban olyan betegek is, akiknek a placebótól is vannak (általában szubjektív) tüneteik. Az ő esetükben a DBPCFC vizsgálatot egy későbbi időpontban érdemes megismételni.

Indokolt negatív eredményű kettős vak vizsgálat után egy nyílt provokációs vizsgálatot is *elvégezni*, hogy a beteg számára teljesen elfogadhatóvá váljék, hogy az esetleg ő általa korábban gyanúba fogott ételmisszer valóban nem vált ki tüneteket. A *kettős-vak, placebo-kontrollált ételprovokációs vizsgálatok* diagnosztikus alkalmazhatósága és jelentősége az életkorral növekszik: kisgyermeken kevésbé szokás, mert általában nem szükséges elvégzésük: rendszerint a nyílt vizsgálat is megbízható információt ad.

Végül a **terápia** szolgált az elmúlt években a legkevesebb újdonsággal: újszülött és csecsemőkorú manifeszt táplálék (rendszerint tehéntej) -allergiákban továbbra is a nagy részben vagy teljesen hidrolizált tápszerek vezetnek egyedül tünetmentességhez. A későbbiekben, a felnőttkorral bezárólag, ha lehet, az igazoltan tünetokozó allergén hosszú ideig tartó (fél-két év közötti) elkerülése ad egyedül esélyt arra, hogy a tünetek tartósan megszűnhessenek, ennek híján, nem kevés más allergiás körképhez hasonlóan a tüneti kezelés marad – ma még – egyetlen hatékony terápiás eszközünk^{8,10}. Irodalmi adatok alapján azonban legalább kétféle, hatékonyan tűnő terápiás eljárás térnyerése várható már a közeli jövőben: az anti-IgE terápia más IgE-mediált kórképek kezelésében is sikerrel kecsegtethet (előnye, hogy nem szükséges feltétlenül a pontos tünetprovokáló allergén ismerete); illetve a mukozális immunrendszer működését a tolerancia irányába visszafordító, géntechnológiai eljárásokkal előállított epitopokat használó allergénspecifikus vakcinációé.

Irodalomjegyzék:

1. Polgár, M.: A táplálékallergiás gyermekek epidemiológiai adatai. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2001, IV,124-131.
2. European Allergy White Paper. UCB Institute of Allergy, Brüsszel, 1999.
3. Bakos, N.: A krónikus urticaria. Medicus Anonymus, ALLERGO, 2003, 32-35.

4. Stauder, A., Kovács M.: *Pszichés tényezők allergiákban*. Medicus Anonymus, ALLERGO, 2003, 30-32.
5. Bakos N., Nékám K.: *Növényi és állati eredetű táplálékok közötti allergiás keresztreakciók*. Orvosi Hetilap. 2000, 141, 657-661.
6. Arató A.: *A coeliakia genetikája és patogenezise. A körkép mint az autoimmun betegségek modellje*. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2003, VI, 1-6.
7. Nékám K., Szemere P. (szerk.): *Táplálkozási allergiák*. Springer Hungarica, Budapest, 1994.
8. Kósa L., Kovács N.: *Ételallergének*. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2003, VI, 54-63.
9. Kenderessy Sz.A., Bata Zs., Kiss M., Husz S., Dobozy A.: *Leukocytá migrációs teszt alkalmazása az ételallergia kimutatására*. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2001, IV, 119-123.
10. Hidvégi E.: *Étel-allergia: múlt-jelen-jövő*. Allergológia és Klinikai Immunológia. 2001, IV, 114-118.

Dr. Berta Gyula

Kérdések és válaszok az asztmáról

Tüdőgyógyász vagyok, működésem egyik fő területe évtizedek óta az asztmás betegekkel való foglalkozás. Továbbképző előadásokon és egyéb szakmai összejöveteleken gyakran van alkalmam találkozni és beszélgetni háziorvosokkal. A feltett kérdéseik között számos olyan van, amik csaknem minden találkozásakor terítékre kerülnek, és nekem is sok olyan „vesszőparipám” van, amit mindig szeretek elmondani.

A Hippocrates szerkesztői által nyújtott lehetőség jó alkalom, hogy „virtuális fórumot” tartsak, és válaszoljak sokakat érdeklő kérdésekre, illetve olyan kérdést tegyek fel magamnak, aminek kapcsán elmondhatom a véleményemet az általam fontosnak tartott dologról.

Miért mondják a tüdőgyógyászok, hogy az asztma aluldiagnosztizált?

A legtöbb krónikus betegség természetes lefolyása során számos stádiumon megy át, mire kialakul a jellegzetes, már mindenki számára nyilvánvaló körkép. A korai diagnózisnak a legfőbb feltétele az, hogy ismerjük azokat a *kezdeti tüneteket, amik felhívhatják a figyelmet a betegségre*. Ez azért nem könnyű, mert ezek a *tünetek általában nem specifikusak a betegségre*, könnyen összetéveszthetők banális, gyakran előforduló, múltó betegségek tüneteivel. A köhögés mindennapi tünet, nagyon sok légúti betegség kísérője. **A krónikus, vagy gyakran visszatérő, illetve elhúzódó köhögés** egyik leggyakoribb oka viszont az asztma, különösen akkor, ha a rohamszerű köhögést **jellegzetes ingerek váltják ki**: nevetés (hiperventiláció), fizikai terhelés (fu-

tás, lépcsőjárás), füst, por, vagy jellegzetes allergének (pl. pollenek). Ugyanezek az ingerek lehetnek az okozói a **nehézített légzésnek**, amikor a beteg csak annyit érez, „mint ha össze lenne szorítva a mellkasa”, „mintha ülnének a mellkasán”. Még nem „fullad”. Ezekkel a tünetekkel együtt, de ezektől függetlenül is érezhet a beteg **sípólást, vagy hörgést a mellkasában**. Érdekes módon a betegek nagy része ezt nem tartja kórosnak. Sokszor számolnak be arról, hogy „megfázáskor” napokig-hetekig van ilyen hang a mellkasukban évek óta, többnyire köhögéssel együtt, de a dohányzásnak, vagy munkahelyi pornak (újabbban az autók vagy helyiségek légkondicionálójának) tulajdonítják, csak arra nem gondolnak, hogy miért csak alkalmanként jelentkezik a tünet, és miért nem váltanak ki ezek a hatások hasonló tünetet családtagjaiknál vagy munkatársaiknál.

Ezekből a tünetekből **már egynek a megléte is alátámaszthatja az asztma korai diagnózisát**, és indikálhatja az asztma ellenes szerekkel való kezelés megkezdését.

Ez általában a legtöbb esetben elmarad. A köhögéses, sípolásos epizódok évekig, mint „meghűlés”, „influenza”, „tüdőgyulladás” szerepelnek, és akut betegségként kezelik őket. Nem áll össze az a kép, hogy ezek a tünetek egy évek óta meglévő betegség fellángolásai, epizódjai, és hogy a tünetek általában az egyes epizódok között is megvannak, csak enyhe, alig érzékelhető, a beteg által jól tolerálható formában. Pedig, ha a betegség már ebben a stádiumában felismerésre kerülne, és megkezdénénk a kezelést, megelőzhetnénk a súlyosabb, a beteg életminőségét, munkaképességét előnytelenül befolyásoló stádium kialakulását.

A betegek többsége sajnos eljut eddig a stádiumig, **mert a betegség aluldiagnosztizált**.

A korai diagnózis azért fontos, mert a betegség minél korábbi szakaszában kezdődik a kezelés, annál könnyebb a beteget tünetmentesen tartani, és megóvni a későbbi progressziótól, az irreverzibilis stádium kialakulásától. **Az asztmát akkor kell elkezdni kezelni, amikor még nem is (a klasszikus értelemben vett) asztma**.

Miért mondják a tüdőgyógyászok, hogy az asztma alulkezelt?

Az alulkezelttség kérdése összefügg az előzőekkel. Az asztma kezelésének korszerű irányelvei azt tanácsolják, hogy **az inhalációs kortikoszteroidokkal történő antiinflammatorikus (preventív) kezelést már akkor meg kell kezdeni, amikor a tünetek** (köhögés és/vagy nehézlégzés és/vagy mellkasi sípolás) **hetente 1-2 alkalommal, és/vagy havonta egy-nél többször éjszaka jelentkeznek**. Általános (nemzetközi) tapasztalat, hogy ez nem történik meg. Elsősorban a helyes diagnózis hiányában, de az asztmások többsége még súlyosabb stádiumban, sokkal gyakrabban fellépő tünetek esetén sem részesül állandó antiinflammatorikus kezelésben, vagy ha orvos tanácsolja is, *azt a betegek nem alkalmazzák folyamatosan, hanem állapotuk javulásakor elhanyagolják*. A betegek is, de sajnos gyakran az orvosok is *megelégszenek a tüneti kezeléssel* (rövid hatású hörgőtágítókkal, rövid- vagy retard hatású theophyllinnel), és a tüneti kezelést szorgalmazzák (gyakrabban, vagy nagyobb dózisban adva) akkor is, amikor az állapot romlik, súlyosabb tünetek lépnek fel.

Az adekvát kezelés elmaradása a szemléleti okok mellett *a kortikoszte-*

Dr. Berta Gyula
Allergon Kft Orvosi Tanácsadó Iroda
7400 Kaposvár, Füredi u. 7.