

Prof. Dr. Cserháti Endre

# Gyermekkori allergiás (atópiás) megbetegedések

## Összefoglalás

A légúti allergiás (atópiás) megbetegedések gyakorisága világszerte növekedett a modern társadalom és környezet immunmoduláló hatásának következtében. A gyermekkori asthma a legfontosabb kórkép ezek között, a betegek kezelését a WHO alapján négy súlyossági stádium figyelembevételével végzik. A kezelés előterében a gyulladásellenes (inhalációs szteroid) és a hörgőtágító (hosszú hatású béta-mimetikumok) gyógyszerek, utóbbi időben ezek kombinált használatra áll. A fegyvertár újabb részei a leukotrien antagonisták. Az immunterápia, a környezet és életmódrendezés mind-mind fontos részei az asthmás gyermek gondozásának. A leggyakoribb atópiás megbetegedés az allergiás rhinitis, melynek újabban szokásossá vált beosztása nem a szezonális és perenniális megkülönböztetésen, hanem a tünetek intermittáló ill. perzisztáló megjelenésén alapszik.

Az allergia fogalmának bevezetése Clement von Pirquet-hez fűződik, aki a 20. század első évtizedében ezzel a kifejezéssel jelölte a tuberculosissal már érintkezett szervezet megváltozott reakcióját a Koch bacilusból kivont tuberculin szemben. A fogalmat ma szélesebb körben használják: betegségek és állapotok sorát jelöli, amelyeknél egy adott szervezet másképpen reagál a külső antigénekkal (legtöbbször fehérjékkel) szemben egy ismételt találkozásnál, mint ahogyan azt más emberi szervezetek teszik és ezen reakció során kóros és ártó tünetek jelentkeznek.

Az idetartozó betegségek: a gyermekkori asthma bronchiale esetek túlnyomó többsége, az allergiás nátha szezonális és nem szezonális formája, az allergiás kötőhártya-gyulladás, az atópiás és a kontakt

dermatitis, az urticaria és az angio-neuroticus oedema, az étel allergiák bizonyos típusai, a rovarcsípés allergiák, egyes gyógyszerérzékenységek, az anaphylaxiás shock, neuroallergiás kórképek és részben az extrinsic alveolitisek. Az allergiás megbetegedéseken belül Cooke 1923-ban elkülönített egy speciális csoportot és azokat atópiás kórképeknek nevezte el (a görög szó „atopos” idegent, nem helybéli jelent); az atópiás betegségek ugyanazon családban halmozottan fordulnak elő; az egyénnél gyakori az egynél több ilyen megbetegedés egyidejű megjelenése, vagy az élet folyamán ezek a kórképek egymást váltják. Ismereteink szerint az atópiás mechanizmus egyik lényeges vonása az, hogy az említett egyének a környezeti allergének epítőpjáival szemben excesszív mértékben termelnek IgE típusú ellenanyagot. Az elmúlt évtized vizsgálatai tisztázták, hogy az atópiás egyénekre a Th2-es (T helper 2-es) sejtek és általuk termelt citokinek túlsúlya a jellemző.

Az atópiás megbetegedések alcsoportjába tartozik a gyermekkori asthma bronchiale esetek többsége, a szezonális és perenniális allergiás rhinitis, az allergiás conjunctivitis és az atópiás dermatitis. A csecsemőkori atópiás dermatitises egyén később gyakran gyermekkori asthmás lesz, majd kamaszkorban szénanáthás tünetek, conjunctivitissal jelentkeznek nála. Ugyanez a folyamat más sorrendben is jelentkezhet; az atópiás betegségek ezen változását atópiás march elnevezéssel illetik.

Tárgyalásunk során az atópiás jellegű allergiás megbetegedéseket (asthma bronchiale, obstruktív bronchitis, allergiás rhinitis, allergiás conjunctivitis) ismertetjük; az atópiás dermatitis tárgyalása meghaladná ezen közlemény terjedelmét.

## Asthma bronchiale

Definíció: az asthma a légutak

krónikus gyulladással megbetegedése; a folyamat létrehozatalában számos sejt- és sejtelem, elsősorban a hízósejt, az eozinofilejt és a T-lymphocyta – játszik szerepet. Az érzékenységet mutató egyénekben a gyulladás ismétlődő nehézlégzéses epizódokat, légzési zavart, mellkasi szorító érzést hoz létre, ehhez köhögés csatlakozik, ami leggyakrabban éjjel vagy korán reggel jelentkezik. Ezen tünetek mellett észlelhető a kiterjedt, de mértékében változó légáramlási zavar, pontosabban a légáramlás beszűkülése. Ez legalábbis részben akár spontán, akár kezelés hatására megszűnik. A gyulladás létrehozza és fenntartja azt a légúti túlérzékenységet (hyperreaktivitást), mely különböző külső ingerek hatására jelentkezik. – Ez a meghatározás a WHO Global Initiative for Asthma (GINA) elnevezésű állásfoglalásán alapszik.<sup>1</sup>

A XX. század második felében rohamosan növekedett világszerte – és így hazánkban is – az asthmás gyermekek száma, ezek kezelése egyre növekvő kihívást jelentett.

A gyermekkori asthma ma a korosztály leggyakoribb krónikus kezelést igénylő betegsége. Előfordulása a technikai civilizáció közepes vagy magasabb szintjén álló országokban – kérdőíves módszerrel kiderítve – eléri az 1%-tól a több mint 30%-ig terjedőt. A világ fejletlen országaiban általában alacsonyabb prevalenciát regisztrálnak. A magyarországi egyes városokra, területekre vonatkozó adatok szerint 2,9–4,9%-os előfordulást észleltek, de egyes adatok ennél is nagyobb számú megbetegedett gyermekekre utalnak. Megalapozott bizonyítékok szerint a magas technikai civilizáció, az ún. „nyugati típusú „életmód” vagy „higiénia” útján (a gyermekek megóvása az infekcióktól, a védőoltások elterjedtsége, antibiotikumok, az ipari jellegű környezeti szennyeződés, a manipulált ételekkel való táplálás, az egyénre ható bonyolult kémiai

Prof. Dr. Cserháti Endre  
Semmelweis Egyetem  
I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika,  
1083 Budapest, Bóky J. u. 53.

anyagok, stb.) immunrendszerünket modifikálja. A fertőzések elleni T helper 1 típusú sejtek dominanciája helyett a T helper 2 típusú, az asztmát elősegítő sejtek és az általuk termelt citokinek túlsúlya alakul ki. Ugyanakkor a T helper 3 és T reguláló 1-es sejtek (citokineikkel együtt) immuntoleranciát alakítanak ki és az allergiás gyulladás ellen hatnak.

### Az asthma kialakulásának mechanizmusa

Az asthma kialakulására és az exacerbatiók megjelenésére ható főbb okok:

- genetikai hatások
- a méhen belüli életben történő érintkezés allergénekkal
- lélegeztetett újszülötteknél és koraszülötteknél kialakuló tüdőkárosodás
- allergének (inhalatio, étel, stb.) bejutása a szervezetbe (a leggyakoribb allergéneket az 1. táblázatban soroljuk fel)
- vírusmegbetegedések (RS-vírus, rhinovírus, coronavírus, adenovírus stb.)
- fizikai terhelés (elsősorban futás)
- légszennyeződés (SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>,

O<sub>3</sub>, környezeti dohányzás, dízel-kipufogógázok koromszemcséi, stb.)

- jelentősebb meteorológiai változások
- érzelmi stressz (főleg nagyobb gyermekeknél)
- cirkadiánritmus-változás (legtöbb panasz késő éjjel, kora hajnalban)

Az asthmás gyermekekre jellemző elváltozások: az atópia és a légúti hiperreaktivitás igazolása. Az allergéneknek nevezett antigénekek szemben az atópiás egyén IgE típusú ellenanyagot termel. Atópiás családokból származó újszülötteknél már a köldökzsinór vérből emelkedett IgE szint (>0,5 kU/liter) mutatható ki, és az atópiás egyéneknél található össz IgE szint minden életkorban meghaladja a nem atópiásoknál észlelteket. Az össz IgE érték életkor függő, 10–14 éves korban a legmagasabb, de a 100 kU/l feletti értékek általában már atópiás reakcióra utalnak. Az össz IgE szintből csak korlátozott értékű következtetések vonhatók le.

Az atópiás állapot kimutatása: azonnali típusú bőrpróbák a legfontosabb légúti allergénekekkel, esetleg étel allergénekekkel kiegészítve az allergizáltság (IgE típusú ellenanyag) kimutatásának leggyorsabb és legolcsóbb módja; 2–3 évesnél kisebb gyermekeknél értéke valamivel korlátozottabb, kifejezett ekcémánál nehezen kivitelezhető, olykor az ismételt karcolások túl nagy emocionális reakciót váltanak ki a gyermekeknél. A vizsgálat lényege: a rovarok fullánkjának behatolását utánzó igen felületes szűrés; a teszt allergén oldat ezen át szívárog be a bőr felületes rétegeibe (prick teszt). Az előbb említett esetekben, vagy a bőrpróba eredmények megerősítésére igénybe vehető az IgE típusú specifikus ellenanyagok semiquantitativ vizsgálata a vérből.

Az atópia mellett az asthmás gyermekekre jellemző a hörgő hiperreaktivitás is. Ennek lényege, hogy náluk a provokáló tényezőkkel szembeni reaktivitás fokozott az egészségesekhez viszonyítva. Az adott gyermek normál értékeihez viszonyított jelentős csökkenés a vitálkapacitásban vagy a FEV<sub>1</sub>-ben a nagylégutak érintettségére, az áramlás-térfogat görbék számadatainak a csökkenése viszont a kislégutak kóros állapotára utal. Leggyakrabban az erőltetett kilégzés első másodpercére eső levegő

Az atópia mellett az asthmás gyermekekre jellemző a hörgő hiperreaktivitás is. Ennek lényege, hogy náluk a provokáló tényezőkkel szembeni reaktivitás fokozott az egészségesekhez viszonyítva. Az adott gyermek normál értékeihez viszonyított jelentős csökkenés a vitálkapacitásban vagy a FEV<sub>1</sub>-ben a nagylégutak érintettségére, az áramlás-térfogat görbék számadatainak a csökkenése viszont a kislégutak kóros állapotára utal. Leggyakrabban az erőltetett kilégzés első másodpercére eső levegő

1. táblázat

Csoport	Előfordulás
Légúti allergének: pollenek fa	éger, nyírfa, mogyoró, olíva
fű	angol perje, tarackfű, réti komócsin
gyom	parlagfű, útifű, üröm
penészgombák	<i>Aspergillus</i> , <i>Cladospora</i> , <i>Alternaria</i>
állati szőr, testváladék	macska, kutya, ló, nyúl, tengerimalac, hörcsög
madártoll	papagáj, galamb, csirke, kacska, liba
házipor atka	<i>Dermatophagoides pteromyssinus</i> , <i>D. farinae.</i> , tárolási atkák
ízeltlábúak	svábbogár
Egyéb allergének: ételek gyógyszerek injektált gyógyszerek rovarcsípés (méh, darázs) foglalkozási allergének	

Dőlt betűkkel jelöljük a Magyarországon előforduló legjelentősebb allergéneket

### Főbb allergén források

térfogatnak (FEV1, forced expiratory volume/sec, forszírozott expiratorikus volumen/sec) az eredeti kiindulási értékhez viszonyított 20%-os csökkenését kiváltó ingert nevezik provokatív stimulusnak. Hasonló célt szolgál az erőltetett kilégzés során mért legmagasabb áramlás (PEF, peak expiratory flow, kilégzési csúcsáramlás) változásainak meghatározása is.

Az asthmás egyénre nemcsak az jellemző, hogy a kívülről jövő ingerekre a normál egyénekénél hamarabb és nagyobb mértékű légúti konstriktóval reagál, hanem az is, hogy a légutak kalibere egy napon belül is nagyobb mértékben ingadozik, mint az egészségeseknél. Ha a FEV1-et vagy a PEF értéket mérjük, akkor ezen betegeknél az 1 napon belüli különbségek gyakran eléri, vagy meghaladják a 20%-ot.

### Az asthma bronchiale klinikai megjelenése a következő

- az anamnézisben ismétlődő, gyakran láztalan, köhögéses (sokszor éjszaka), fulladással, nehézléggzéssel és sípolással járó rohamok szerepelnek,

- fizikális vizsgálatnál a légúti obstrukció jeleként a tüdővolumen megnő, ennek következtében a tüdők feletti kopogtatási hang dobozos jellegű, a rekeszek mélyebben állnak, a bordák lefutása vízszintes, a mellkas hordó alakú,

- a szűkült légutakban, amelyeket sűrű, gyakran szívós nyák tölt ki, a kilégzés megnyúlik, az

átáramló levegő hangjelenségeket hoz létre, amelyeket sípolás és bűgás formájában észlelünk,

- a súlyos akut asthmás szakaszban a kifejezett nehézléggzés jeleként orrszárnnyi légzés, orthopnoe, a légzési segédizmok használata, tachycardia, esetleg tachypnoe a jellemző; az oxigén szaturáció csökkenhet és súlyos helyzetben széndioxid retenció is bekövetkezhet,

- nagyon súlyos asthmások, különösen a régebbi esztendők még szerényebb kezelési lehetőségeinél, nagy mennyiségű és tartós szájon keresztül steroid kezelésben részesültek; ezek a gyermekek gyakran mutattak jelentős súly- és hosszfejlődési retardációt, vagy a steroid mellékhatás jeleként cushingoid küllemet; mellkasi deformitások (pl. tyúkmellkas) kialakulása is gyakoribb volt náluk.

Az asthma bronchiale diagnózisának felállításához még a következő vizsgálatok tartoznak:

mellkas rtg.: típusos esetben fokozottan légtartó, világosabb tüdőmező, mélyebben álló rekeszek és vízszintes lefutású bordák; előfordul, hogy a szívós, lument eltömeselő nyákdugók, valamilyen kisebb vagy nagyobb tüdőrészt a légzésből kizárnak, innen a levegő felszívódik és atelectasiák keletkeznek.

Légzésfunkciós eljárások: a gyakorlat szempontjából egy-két egyszerű paraméter, az 1 másodpercre eső erőltetett kilégzési volumen (FEV1) vagy kilégzési csúcsáram-

lás (PEF) meghatározása általában elegendő. Az egyszerű, otthon is használható eszköz miatt a PEF meghatározás a legelterjedtebb.

Az asthma bronchiale természetes lefolyását jellemzi, hogy a betegek kb. 2/3-a a pubertás idejére látványosan gyógyul, majd egy részüknél felnőttkori recidiva következik be; végül is a betegek kb. fele válik teljesen tünetmentessé, a többiek nem teljesen gyógyulnak meg és a teljes kohors 15%-a érdemi asthmás panaszokkal éli le életét.

### Az asthma kezelésének gyakorlata

A biztonsággal felállított asthma diagnózisán és a súlyosság szerinti besoroláson alapszik a kezelés, amelyet 3 alapvető lehetőség kombinációjából állítunk össze:

- A környezeti allergének és az asthma exacerbációt kiváltó (ún. trigger) faktorok lehetséges eltávolítása; az asthmás állapotot kiváltó légúti – elsősorban virális – infekciók megoldható mértékű elkerülése.

- A légúti gyulladás és a következményes tünetek gyógyszerekkel történő megelőzése, illetve kezelése.

- Specifikus immunterápia (allergén vakcináció), régebbi nevén hyposzenzibilizálás alkalmazása.

### Az asthma gyógyszeres kezelése

A tennivaló a Világ Egészségügyi Szervezet (WHO) ajánlásaira (Glo-

2. táblázat

Súlyossági lépcső	Tünetek	Éjszakai tünetek	Kilégzési csúcsáramlás (PEF)
1. Intermittáció	< 1-szer hetente	Legfeljebb havonta kétszer	Eléri vagy meghaladja a normál 80%-át, variabilitás < 20%
2. Enyhe perzisztáló	Egyszer hetente vagy annál gyakrabban, de kevesebb mint naponta egyszer	Több mint kétszer havonta	Eléri vagy meghaladja a normál 80%-át, variabilitás 20-30% között
3. Mérsékelt perzisztáló	Naponta panaszok, naponta igényel béta mimetikumot, aktivitás beszűkült	Hetente gyakrabban, mint egyszer	> 60% < 80%-a a normálnak, variabilitás > 30%
4. Súlyos perzisztáló	Folyamatosak, fizikai aktivitás beszűkült	Gyakoriak	< 60%-a a normálnak, variabilitás > 30%

Az asthma súlyossági beosztása a tünetek alapján

bal Initiative for Asthma, GINA), és ezen belül a betegség súlyosság szerinti beosztására tekintettel épül fel. Az asthma súlyosságát a 2. táblázat alapján határozzuk meg.

Ez egyszerű módon a beteg panaszainak regisztrálása és a leg-  
alapvetőbb légzésfunkciós adatok segítségével történik. Ezen irány-  
mutatás világszerte – szegényebb  
országokban is – jól alkalmazható,  
hiszen gyakorlatilag nem igényel  
eszközöket és nem jár költségek-  
kel. Az asthma ellenes gyógyszere-  
k jelentős részét inhalációs úton  
közvetlenül a légutakba juttatjuk  
be. Ennek előnye, hogy a szer köz-  
vetlenül a hörgőkbe jut, oda, ahol  
hatását kifejti. Így jóval kevesebb  
gyógyszerre van szükség és a jóté-  
kony hatás akár percekben belül  
is jelentkezhet. A rövid és hosszú  
hatású béta-mimetikumoknál ez a  
szisztémás alkalmazáshoz képest  
kevesebb mellékhatást és gyorsabb  
hatást jelent. Az inhalációs ste-  
roidok pedig a mellékhatásoktól  
való lényegi mentességet hozzák  
magukkal a szisztémás (tablettás,  
injekciós) készítményekkel szem-  
ben. Hasonló módon juttatjuk be

az anticholinergikumokat és az  
újabbban forgalomba kerülő hosszú  
hatású bétamimetikum + inhaláci-  
ós steroid kombinált készítménye-  
ket, továbbá a ma már alig használt  
cromoglycatokat.

### Az asthma krónikus gyógyszeres kezelése

A GINA ajánlásainak megfele-  
lően az 5 év feletti gyermekeket  
az asthma súlyosságától függően a  
3. táblázatban foglaltak szerint kell  
beállítani.

A heveny panaszok megszün-  
tetésére elsősorban a rövid hatású  
béta2 agonistákat naponta legfel-  
jebb 3–4-szer alkalmazzuk. Miután  
a hosszú hatású hörgőtágítók között  
is van olyan (formoterol), amelyik  
percekben belül hat, a rövid hatású  
és hosszú hatású béta agonisták  
elkülönítése már kevésbé egyér-  
telmű. Alapelv, ha a beteg jól van,  
akkor három hónap múlva a keze-  
lés csökkentése jön szóba.

Az 5 év alatti gyermekeknél az  
előzőekben megadott gyógyszeres  
ajánlás kis mértékben változik, de

a lépcsőbe sorolásnál a légzésfunk-  
ciós értékeket – miután nem meg-  
határozhatók –, nem lehet figye-  
lembe venni.

Az inhalációs steroidok jelentik  
az asthma legfontosabb kezelési  
lehetőségét. Segítségükkel – vala-  
mennyi nemzetközi ajánlásban  
szereplően – az asthmás történé-  
sek alapját képező gyulladást lehet  
csökkenteni. A korszerű készítmé-  
nyek megfelelő bejuttatási eszkö-  
zökkel hatékonyak, a mellékhatá-  
sok pedig minimálisak vagy egyál-  
talan nincsenek. Általában a gyer-  
mekek asthmájánál alacsony vagy  
közepes adagban (100-400 µg/nap)  
jól tolerálhatók, a súlyosabb bete-  
geknek ennél többet is kell adni,  
de a steroid emelésnél a kiegészít-  
ő hosszú hatású beta-mimetikum  
hozzáadása jelenti általában a ked-  
vező megoldást. Az ilyen adagú  
alkalmazás mellett a mellékvese  
kéreg szupresszió elmarad, a növe-  
kedés, - ha átmenetileg lelassul is  
– helyre áll és utána a várható fel-  
nőtt magasságot éri el a betegek.  
Az utóbbi években éppen az előbb  
említett kedvező együttes hatást  
figyelembe véve kombinációs

3. táblázat

Asthma lépcső	Naponta adandó gyógyszerek	Egyéb kezelési lehetőségek
1. lépcső intermittáló asthma	nem szükséges	– panaszokhoz igazodó rövid hatású beta2 agonista
2. lépcső enyhe perzisztáló asthma	– alacsony adagú inhalált ste- roid	– elhúzódo hatású theophyllin vagy – cromoglycat vagy – leukotrien antagonist
3. lépcső mérsékelt perzisztáló asthma	– alacsony vagy közepes adagú inhalált steroid plusz – hosszú hatású inhalált béta agonista	– közepes adagú inhalált steroid plusz hosz- szú hatású theophyllin vagy – közepes adagú inhalált steroid plusz hosz- szú hatású szájon át adott béta2 agonista vagy – magas adagú inhalált steroid vagy – közepes adagú inhalált steroid plusz leu- kotrien antagonist
4. lépcső súlyos perzisztáló asthma	– magas adagú inhalált stero- id plusz hosszú hatású inha- lált béta2 agonista plusz egy vagy több a következőkből: – hosszú hatású theophyllin – leukotrien antagonist – hosszú hatású szájon át adott béta2 agonista – orális steroid	– panaszokhoz igazodó rövid hatású beta2 agonista

Az 5 év feletti gyermekeknek ajánlott kezelés az asthma súlyosságának függvényében



készítményeket hoztak forgalomba, amelyek inhalációs steroidot és hosszú hatású beta-mimetikumot együttesen tartalmaznak. Ezek előnye az egyszerűbb alkalmazás (egy beszívás kettő helyett), a jobb compliance, bizonyos szinergikus hatások, stb. az ún. GOAL (Gaining Optimal Asthma control) vizsgálat – mely fluticasont + salmeterolt tartalmaz – az ilyen kezelési mód határozott előnyét mutatta, a csak steroid terápiával összehasonlítva.<sup>2</sup> Az azonnali hatásformaterol a budesoniddal kombinálva rugalmas, a betegség tüneteinek alkalmazkodó kezelést tesz lehetővé.<sup>3,4</sup>

Az orális vagy parenterális steroid kezelésére a jól beállított asthmás gyermekeknél csak kivételesen kerül sor, és akkor is igen rövid ideig van rá szükség. Az asthma krónikus gyógykezelésének legújabb, lényeges gyógyszerei a leukotrien hatást módosító szerek. Ezek közül Magyarországon a leukotrien receptor antagonisták használata alakult ki.<sup>5,6</sup>

### Specifikus immunterápia (allergén vakcináció)

A specifikus immunterápia (SIT) az allergiás betegségek kezelésének hatékony, integrált része, amelyben nagy tisztaságú specifikus allergént tartalmazó vakcinát emelkedő adagban, majd megfelelő fenntartó dózisban évekig alkalmaznak a betegség tüneteinek és súlyosságának mérséklése, a gyógyszeres kezelés veszélyeinek és költségeinek csökkentése, valamint az allergiás beteg életminőségének javítása érdekében. A SIT célja specifikus immunológiai tolerancia indukálása az alkalmazott allergénnel szemben.

### Az asthmás roham kezelése

Az asthmás kezelés, amennyiben otthon történhet, és a beteg nincs túl súlyos állapotban, elsősorban a béta2 agonistáknak – a rövid, illetve gyors hatásúaknak – a viszonylag bőséges adásából áll. A beteg 1 vagy 2 ún. puffot szív be belőlük és ezt 20 percenként 3-szor megteheti. Az ez után kialakuló helyzet lesz a

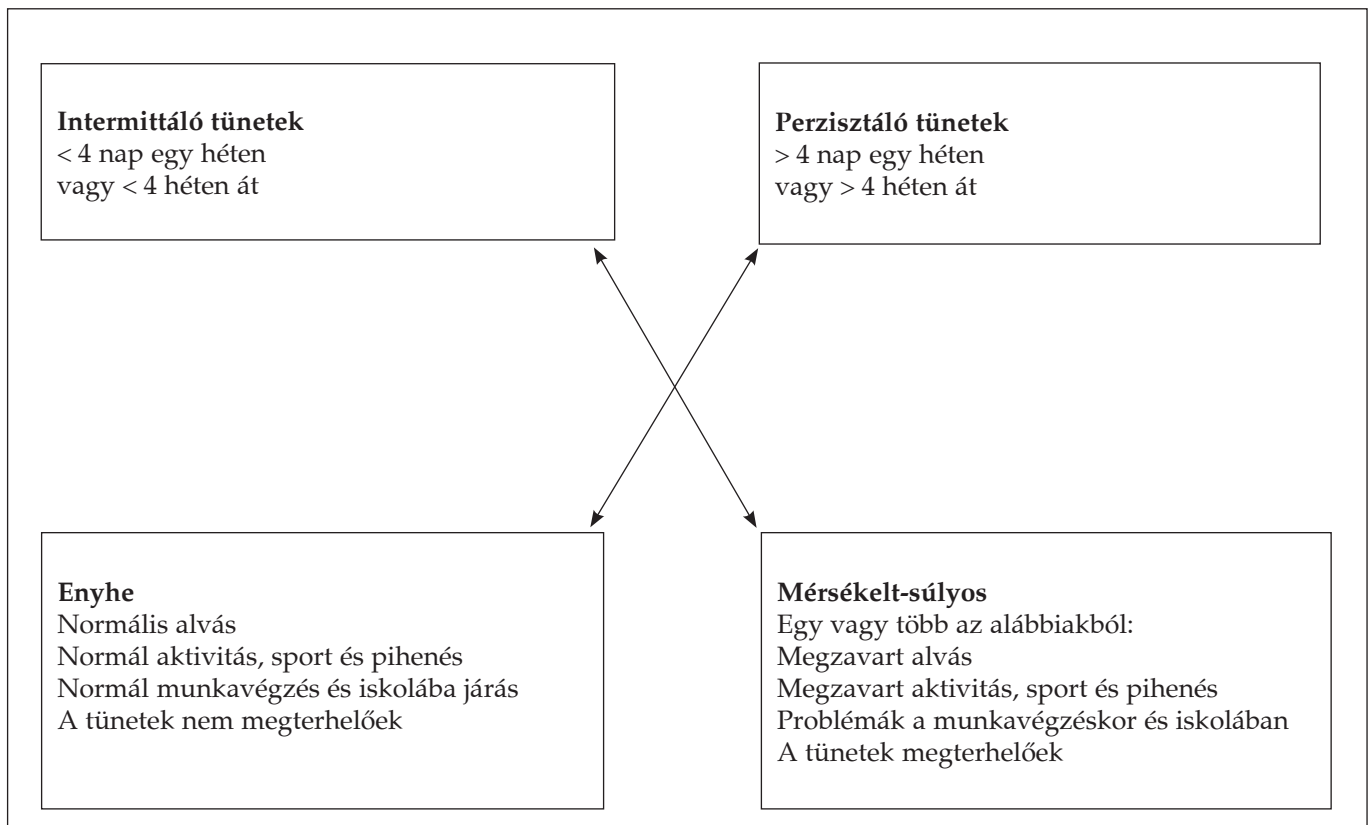
további kezelésnek és a tennivalóknak az alapja.

A gyermekkori asthma kezeléséhez már jelenleg is kiváló gyógyszerek és egyéb eljárások állnak rendelkezésünkre, amelyek segítségével ugyan az asthmát meggyógyítani nem tudjuk, de a betegek túlnyomó részének kiváló életminőséget, közel panaszmentes mindennapokat tudunk biztosítani. Amiért ez nincs mindig így, az annak a következménye, hogy a betegek lehetséges optimális kezelését az orvosok gyakran nem írják elő, és a betegek a javaslatokat pontatlanul és részlegesen hajtják végre.

### Obstruktív bronchitis

A betegség sokszoros összefüggést mutat az asthmával és számos nomenklaturális problémát is felvet. Általában vírusfertőzés (RS vírus, parainfluenza vírus, adenovírus, esetleg rhinovírus) mutatható ki kórokként. A szerzők olykor bronchitis spastica-nak, bronchitis asthmaticanak vagy az angolszász irodalomban wheezy bronchitisnek nevezik.

4. táblázat



Az allergiás rhinitis beosztása

Ma a leghelyesebb ezt a kórképet olyan, általában vírus eredetű, tünetegyüttesnek tartani, amelynek hátterében ott lehet az asthma differenciáldiagnosztikájában említhető úgyszólván valamennyi kórkép. Ha egy csecsemőnél vagy kisdednél minimálisan háromszor előfordult, akkor elég nagy a valószínűsége a hosszabb ideig fennálló, megmaradó obstruktív megbetegedésnek.

### Allergiás rhinitis

A WHO az allergiás rhinitist a fő krónikus légúti betegségek közé sorolja prevalenciája, az életminőségre, az iskolai teljesítményre, a gyermek gondozójának életvitelére gyakorolt hatása, gazdasági terhe, az asthmával, a sinusitissal és más társuló betegségekkel (conjunctivitis, otitis media, nasalis polypo-

sis, alsólégúti fertőzések, fogászati rendellenességek, malocclusio) való kapcsolata miatt.

**Definíció:** Az allergiás nátha (rhinitis allergica) az orr és az orrmelléküregek nyálkahártyájának allergén- expozíciót követő, sejtes beszűrődéssel járó, IgE közvetítette allergiás gyulladása, melyben az orrdugulás, orrfolyás, tüsszögés, orrvizketés tünetei közül legalább egy, hetente több napon keresztül, napi egy vagy több órán át fennáll.

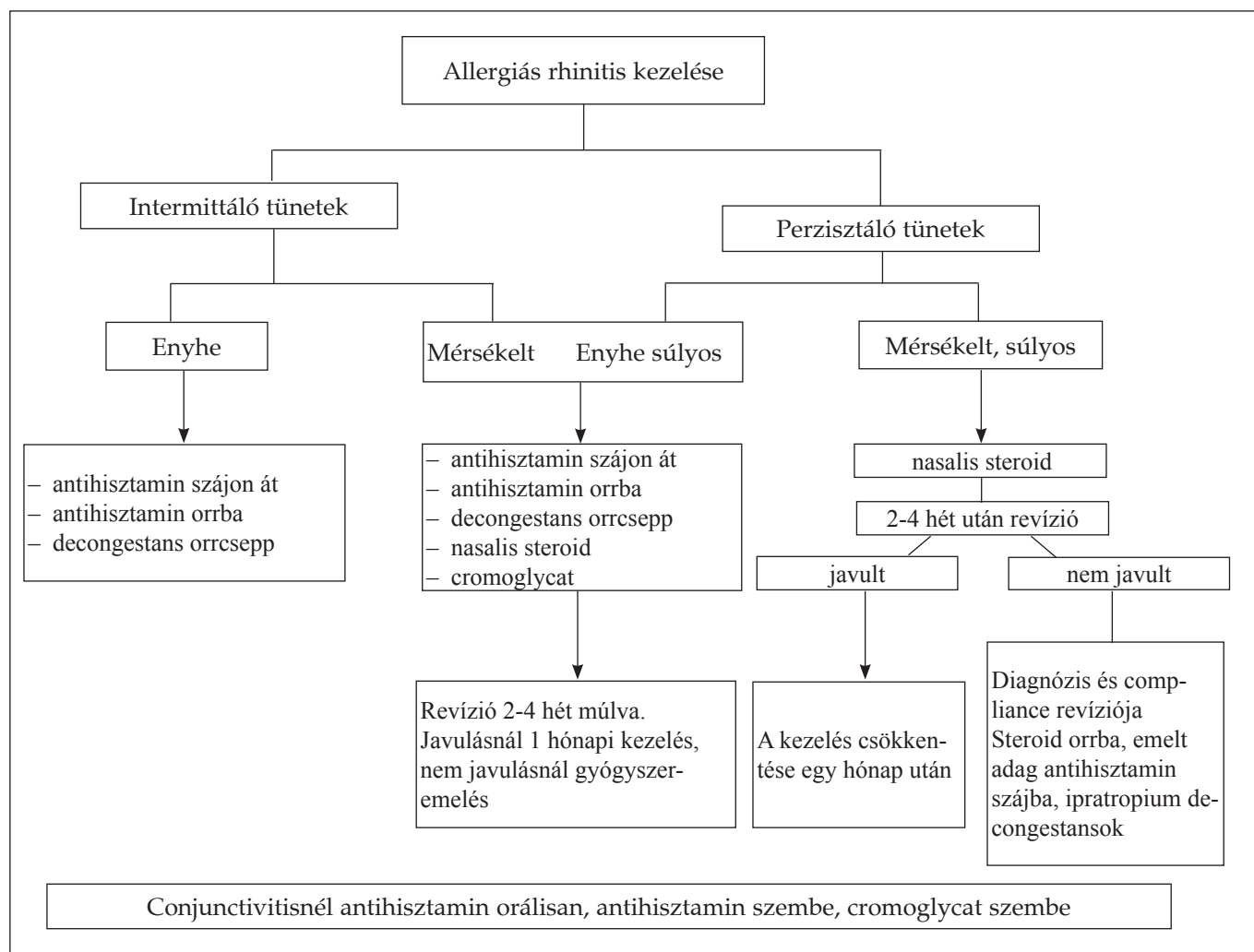
Az allergiás rhinitis olyan egyéneknél alakul ki, akik tartós IgE választ adnak bizonyos allergénnel való találkozáskor. Ez a tulajdonság genetikailag meghatározott. Az allergiás rhinitist általában az jellemzi, hogy a panaszok szezonálisan, vagy egész éven át jelentkeznek. A betegek jelentős

részénél - főleg a szezonális formában - allergiás conjunctivitis is csatlakozik hozzá.

### Epidemiológiai adatok

A betegség a civilizált országok legnagyobb részében rendkívül gyakori, a benne szenvedők száma az adott területen talált asthmásokénak 2-3-szorosa. Kezdeté legtöbbször a gyermekkor második felére, az adolescens és fiatal felnőttkorra esik. Ennek ellenére 10 év alatti gyermekeknél sem ritkaság. Az előfordulás különböző országokban változó, a lakosság egészére vonatkozóan 8-10 vagy ennél is több százalék, az adoleszensekre és fiatal felnőttekre vonatkozóan pedig elérheti a 15-20%-ot is. Magyarországi adatok szerint 10% feletti (akár 17%-os) előfordulással kell számolni. Hazánkban a

5. táblázat



### Allergiás rhinitis kezelése

gyermekek szénanáthája az elmúlt 20 évben vált népbetegséggé.

Az allergiás rhinitis atópiás megbetegedés, azaz a T helper lymphocita rendszer egyensúlyzavarára, továbbá IgE típusú mechanizmusra vezethető vissza. Gyakran fordul elő asthmával vagy atópiás dermatitissel együtt; az allergiás conjunctivitissel való megjelenés pedig majdnem törvényszerű. A betegség pathomechanizmusa az orrnyalvárhártyában zajló allergiás gyulladáson alapszik. A betegség klinikai képét a következők jellemzik: orrfolyás, orrvizketés, tüszögési rohamok, orrdugulás. Ezeket a tüneteket egészíti ki viszketés a fülben vagy a torokban. A csatlakozó conjunctivitis részletezését az erről szóló alfejezetben adjuk meg.

Fizikális vizsgálattal bizonyos jellegzetes arctünetek észlelhetők: infraorbitalis sötét gyűrű, az orr dörzsölése miatt megjelenő horizontális orredő, az orrtájék gyakori dörzsölése. A betegség enyhe formája nem befolyásolja az életvitelt, a súlyosabb formák a gyermekek játékát, iskolai teljesítményét korlátozzák, főleg az orrdugulásos forma zavarja az éjszakai pihenést, a szájlégzés miatt szájszárazságot okoz, a beteg nem lázas, de annak érzé magát (szénaláz); fejfájás, koncentrációhiány komplikálja az előbbi tüneteket. A betegség szezonális formája általában minden évben ugyanazon időben lép fel, a kórok a pollen. A betegség perenniális formáját a házipor atka, az állati tollak és szőrök, ritkábban a penészgombák okozzák. A tünetek azonosak a szezonális allergiás náthával, de általában az orrdugulás a kifejezettebb és a szemvizketés ritkán okoz problémát.

A betegséget számos éven át szezonális és egész esztendőn át tartó (perenniális) formára osztották fel. A WHO 2001-ben keletkezett ajánlása (Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, ARIA) a felosztást a panaszok tartama és súlyossága alapján határozta meg (4. táblázat). A kórkép leírásában a tünetek mellett figyelemmel van az életminőséget érintő problémákra is.<sup>7</sup>

### Az allergiás rhinitis kezelése

Az asthmához hasonlóan a kezelés a kiváltó tényezők lehetséges

csökkentésén, a gyógyszeres terápián és az allergén vakináción (immunterápia) alapul.

- Az eltávolítható allergéneket távolítsuk el vagy jelenlétüket korlátozzuk

- Az allergiás náthás gyermeknek a sportolást meg lehet engedni, a szükséges mértékű gyógyszerelés mellett.

- A gyakori hajmosás, a szemkimosása allergéneket távolíthat el és csökkenti a gyulladáshoz vezető mediátorok mennyiségét, különösen, ha szempanaszok is vannak.

### Gyógyszeres kezelés

- A gyermekek perenniális/perzisztáló allergiás nátháját a felnőttekéhez hasonlóan kezelik, de az orális szteroidot mindig mellőzik.

- A gyógyszeres kezelés algoritmusát az 5. táblázat tartalmazza. Sikertelenség esetén gondosan kell mérlegelni a differenciáldiagnosztikai lehetőségeket, áttekintve a beteg compliance-ét. A részletes betegoktatás, valamint a gyógyszerek bejuttatásának gyakorlása nélkülözhetetlen része az allergiás nátha kezelésének.

### Specifikus immunterápia

A specifikus immunterápia (allergén vakináció) akkor indikált, ha

- a szenzibilizálódást okozó allergénnel kapcsolatban IgE mediált kórkép igazolható, (a bőrpróba pozitivitása korrelál a tünetekkel),

- a szezonális allergiás rhinitis tünetei legalább két szezon óta jelentkeznek,

- a perenniális panaszok hat hónapnál hosszabb ideje tartanak,

- a haszon/kockázat arányt minden esetben meg kell fontolni,

- az allergének száma limitált (egy vagy két klinikailag releváns allergén),

- a farmakoterápia és az elkerülési rendszabályok elégtelenek.

3–4 éven át tart a prolongált remisszió reményével kecsegtető immunterápia. Egyes adatok szerint csökkenti az új szenzibilizációkat és az asthma kialakulásának valószínűségét. A rovarcsípés allergia immunterápiája mellett ezen kezelési mód ebben a kórforgásban a legsikeresebb.

Nagy dózisú sublingualis/

lenyelt immunterápia az injekciós immunterápia hatásos alternatívája, ennél csak igen ritkák a nem kívánt reakciók (szájviszketés, gastroenteritis).

### Prognózis

Az allergiás rhinitis prognózisa jó. Előfordulásának gyakorisága a serdülő- és a fiatal felnőttkorban a legmagasabb. Később a betegek egy része tünetmentessé válhat. Kedvezőtlen prognózist jelent, ha a rhinitisen kívül asthma bronchiale, atópiás dermatitis is jelen van, valamint, ha a beteg dohányzik.

### Allergiás conjunctivitis

Az allergiás conjunctivitis gyakori kísérő betegsége az allergiás rhinitisnek, atópiás mechanizmusú kórkép. Az allergiás conjunctivist jellemzi a szezonálisan vagy néha egész éven át fellépő váladékképződéssel, szemvörösséggel és conjunctivális viszketéssel járó állapot.

A megbetegedés háromféle klinikai formában prezentálódik:

Szezonális allergiás conjunctivitis: vizes szemváladék, szemvörösség és conjunctivális viszketés jellemzi; a betegség a látást nem alterálja.

Terápia: nem szedáló antihisztamin az enyhe tüneteknél elegendő, a mastocytta stabilizáló szerek kiváltképp csökkentik a panaszokat. Nátrium cromoglycat tartalmú cseppek naponta négyszer adva hatásosak; a szem gyakori vízzel való kimosása meglepően jó eredménnyel jár, eltávolítja időlegesen a pollent és a mediátorokat; a lokális szteroid kezelés általában felesleges és a súlyos mellékhatások miatt csak szoros szemorvosi indikáció és felügyelet mellett jön szóba; a lokálisan hatásos antihisztaminikumok, és mastocytta stabilizálók jó eredménnyel alkalmazhatók. de a majdnem mindig egyidejűleg meglévő allergiás rhinitis gyakran képez ilyen indikációt.

Perenniális allergiás conjunctivitis: ugyanilyen panaszok, azonban az egész éven keresztül tartanak és legtöbbször csupán kisebb mértékben jelentkeznek. Leggyakrabban a házipor atka okozza, de egyéb perenniális allergén is létrehozhatja.

Terápia: ugyanaz, mint a szezonális formában, immunterápia csupán conjunctivitis miatt itt sem indokolt.

Vernalis keratoconjunctivitis: fiúgyermeknél 5–15 éves kor között szokott előfordulni. A betegnél egyéni és családi atópia van és sokféle bőrpróba pozitív. A keratitis miatt a betegség kezelése és gondozása szemész szakorvos feladata, mert a cromoglycat mellett általában nem kerülhető el a lokális steroid kezelés.

Valamennyi allergiás conjunctivitis formánál kötelező a sze-

mészeti konzílium igénybevétele, hogy a differenciáldiagnosztikai problémákat megoldjuk.

### Irodalomjegyzék:

1. Workshop report: *Pocket Guide for Asthma Management and Prevention in Children*. Global Initiative for Asthma (updated 2005.)
2. Bateman E. D., Boushey H. A., Bousquet J., et al: *Can Guideline-defined Asthma Control be Achieved? The Gaining Optimal Control Study* Am J Respir Crit Care Med 2004; doi: 10.1164/rccm.200401-033OC
3. Aalbers R., Backer V., Kava T. T. K., et al: *Adjustable maintenance dosing with budesonide*

*/formoterol compared with fixed dose salmeterol/fluticasone in moderate to severe asthma* Current Medical Research and Opinions 2004; 20. 225-240

4. Haughney J., Sears M. R.: *The application of budesonide/formoterol (Symbicort) adjustable maintenance dosing to real-life clinical practice* Int J Clin Pract 2004; 58 (Suppl. 141), 42-46
5. Cserhádi E.: *Az asthma bronchiale kezelése gyermekkorban* Orv. Hetil. 2004; 145. 2275-2284
6. Kovács I.: *A leukotrien antagonisták szerepe a gyermekkori krónikus asztma kezelésében* Medicina Toracalis 2004; 45-51.
7. Allergic rhinitis and its impact on asthma workshop report: *Management of allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) A Pocket Guide for Physicians and Nurses* 2001.