

Fakty i mity o alergii

Odczulanie to proces długotrwały i bolesny. FAKT/MIT

Pierwsza część pozostaje prawdziwa – proces skutecznego odczulania trwa ok. 3 lat. Jednak od kilku lat dostępne są preparaty podjęzykowe: tabletki i roztwory, których skuteczność jest równie wysoka, co w przypadku iniekcji. Ta metoda jest nie tylko bezbolesna, ale też łatwiejsza do wdrożenia, bo pacjent nie musi pojawiać się w przychodni, by otrzymać zastrzyk. Przypomnijmy, że iniekcje wykonuje się średnio raz w miesiącu przez cały rok, więc jest to rozwiązanie dość angażujące dla pacjenta. Szczepionki podjęzykowe tylko w przypadkach alergii całorocznych (np. na roztocza) są podawane przez cały rok, w przypadku alergii sezonowych opracowane są schematy tzw. okołosezonowe, polegające na podawaniu szczepionki tylko przed i w czasie sezonu pylenia i z przerwą na pozostałe miesiące. Na przykład osoby uczulone na pyłki brzozy odczulają się od listopada do końca kwietnia, uczuleni na pyłki traw - od marca do końca września. Taki cykl powtarzamy co roku przez 3 lata.

Niestety, szczepionki podjęzykowe nie są refundowane, więc koszt jest większy, ale z drugiej strony, „odpada” pacjentowi opłata za dojazdy i wizyty u lekarza, jeśli pacjent leczy się prywatnie.

Należy zatrzymać proces odczulania, gdy pacjentka jest w ciąży. MIT

Zdecydowanie warto kontynuować odczulanie i jest to bezpieczne, zarówno dla mamy, jak i dla dziecka. W związku ze zmianami hormonalnymi w organizmie kobiety w ciąży rzeczywiście nie należy rozpoczynać tego procesu, ale jeśli on trwa, to nie należy odczulania przerywać. Trzeba podawać dawki podtrzymujące.

Alergie w ciąży występują i wymagają nowoczesnego leczenia, np. sterydami donosowymi, które działają miejscowo i tylko w bardzo niewielkim stopniu przenikają do krwi, nie stanowią więc żadnego zagrożenia dla rozwijającego się dziecka.

Podobnie jest z astmą – trzeba ją leczyć również w ciąży, gdyż odstawienie leków może doprowadzić do napadów duszności, które z kolei mogą skutkować niedotlenieniem i być realnym niebezpieczeństwem dla matki i dziecka. Kontynuując dobrze dobrane leczenie wziewne, zapewniamy pacjentce poczucie bezpieczeństwa, przespane noce i minimalizujemy ryzyko napadów duszności.

Badania pokazują, że w ciąży ok. 1/3 pacjentek odczuwa zmniejszenie dolegliwości związanych z astmą, 1/3 czuje się tak samo jak przed ciążą, a u 1/3 dochodzi do

zaostżenia objawów – ważne jest, by tym zaostżeniom zawczasu przeciwdziałać.

Tu warto dodać, że mimo sporych kolejek do naszej poradni [przy szpitalu Barlickiego – przyp. red.], staramy się, by kobiety w ciąży były przyjmowane w pierwszej kolejności. Jeżeli są jakiegokolwiek wątpliwości, można taką pacjentkę pokierować do nas, w celu weryfikacji zasadności czy bezpieczeństwa leczenia przeciwastmatycznego.

Każda zmiana skórna u niemowląt ma podłoże alergiczne. MIT

Wielu lekarzy każdą zmianę skórnią u niemowlęcia tak diagnozuje i przepisuje emolienty lub maści sterydowe, które w niektórych sytuacjach nie tylko nie pomagają, a wręcz pogarszają stan wyjściowy skóry.

Lekarz powinien zmiany skórne dokładnie obejrzeć, zbadać ich lokalizację (np. czy obejmują okolicę podpieluszkową – to ważne w diagnostyce różnicowej), ocenić stan skóry niezajętej zmianami chorobowymi (czy jest sucha, czy raczej dobrze nawilżona), dopytać rodziców, w jakim wieku pojawiły się pierwsze wykwity, w jakiej porze roku szczególnie nawracają, wziąć pod uwagę wiek dziecka, bo u 2-3-tygodniowych noworodków prawdopodobieństwo atopowego zapalenia skóry jest bardzo niskie. Większość zmian skórnych u tak małych dzieci ma charakter łagodny i przejściowy, mogą to być np. potówki, kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia, grzybica, łojotokowe zapalenie skóry.

Warto skierować dziecko do dermatologa dziecięcego, który poprowadzi rozwiniętą diagnostykę różnicową. Jest to szczególnie istotne, jeśli nie widzimy poprawy po zastosowaniu leczenia pierwszego rzutu.

Podstawą leczenia zmian skórnych u niemowląt jest dieta eliminacyjna. MIT

Wbrew obiegowej opinii, alergii pokarmowe są stosunkowo rzadkie. Nawet 20 procent rodziców niemowląt podejrzewa u swoich dzieci alergię na białka mleka krowiego, tymczasem rzetelna diagnostyka alergologiczna potwierdza ją w zaledwie 1,5 procent przypadków. Do objawów alergii pokarmowych należą gwałtowne wymioty, kurczowe bóle brzucha, biegunka, pokrzywka, świsty wydechowe, krew w stolcu, a nie przewlekłe zmiany skórne o typie wyprysku.

Niestety, alergii pokarmowe są często diagnozowane na podstawie objawów subiektywnie odbieranych przez rodziców: np. większa płaczliwość, niepokój czy np. „nadmierne” ulewianie. Jak ocenić ową „nadmierność” w ulewaniu? Większa płaczliwość może mieć tyle powodów... przegrzanie, głód, ząbkowanie, przemęczenie, przebudzowanie, infekcja.

To prowadzi do nadrozpoznawalności alergii pokarmowej. Zawsze obowiązuje nas diagnostyka różnicowa i poszukiwanie innych niż alergia przyczyn zachowania dziecka i zmian skórnych. Wiele niemowląt jest kierowanych na oznaczenie IgE swoistych przeciwko różnym pokarmom, a na podstawie otrzymanych wyników wprowadza się dietę eliminacyjną u karmiącej mamy (jeśli niemowlę jest „na piersi”) lub opóźnia się wprowadzenia nowych pokarmów przy rozszerzaniu diety (jeśli niemowlę jest karmione mlekiem modyfikowanym). Nie jest to właściwe postępowanie, prowadzi bowiem do niedoborów pokarmowych u mamy karmiącej w momencie, gdy jej zapotrzebowanie na energię, mikroelementy i witaminy jest największe, a u niemowlęcia czy małego dziecka może spowodować rozwój zaburzeń odżywiania pod postacią, np. jedzenia wybiórczego, to najkrótsza droga do wychowania „niejadka”. Podejrzewając alergię, należy na podstawie wywiadu wytypować potencjalnie uczulający pokarm, a następnie przeprowadzić próbę czasowej eliminacji i prowokacji. Usuwamy dany składnik na 2 tygodnie – jeśli po tym czasie objawy znikną, to wtedy podajemy ten składnik i obserwujemy reakcję – jeśli zmiany nawrócą, prawdopodobieństwo alergii jest wysokie, wtedy warto przeprowadzić diagnostykę laboratoryjną. Natomiast, jeśli po dwóch tygodniach nie ma poprawy, możemy z dużym prawdopodobieństwem założyć, że alergia najpewniej nie jest przyczyną zaburzeń. Tymczasem mamy karmiące są często na bardzo restrykcyjnej diecie eliminacyjnej miesiącami, a nawet latami. Warto pamiętać, że wprowadzając dietę eliminacyjną u karmiącej mamy, należy koniecznie zadbać o suplementację wapnia, witaminy D i żelaza. To samo dotyczy dzieci powyżej pierwszego roku życia.

Obecnie wiemy już, że dzieci „wyrastają” samoistnie z niektórych alergii. Nawet jeśli potwierdzimy alergię, powinniśmy minimum raz na 6 miesięcy sprawdzać, czy dziecko nie nabyło tolerancji na ten alergen.

Najczęstszą chorobą skóry u niemowląt i małych dzieci jest atopowe zapalenie skóry. MIT

Niestety obserwuję dużą nadrozpoznawalność AZS. Podstawą tej choroby jest uszkodzenie hydrolipidowej bariery naskórka, co powoduje, że czynniki drażniące (bakterie, wirusy, alergeny) swobodnie przenikają do głębszych warstw skóry i naczyń krwionośnych, prowadząc do rozwoju zakażenia lub alergii. Alergie w AZS są wtórne wobec uszkodzonej skóry. Wprowadzanie diet eliminacyjnych w celu leczenia AZS jest więc ślepym zaułkiem. Podstawą leczenia AZS jest stała, żmudna, codzienna emolientacja skóry, czyli odtwarzanie bariery hydrolipidowej, a nie odstawianie pokarmów.

Dużym problemem jest diagnostyka różnicowa, rozpoznanie atopowego zapalenia skóry jest często mylnie stawiane w przypadku grzybicy lub łojotokowego zapalenia skóry (ŁZS),

które leczy się zupełnie inaczej. Uparcie natłuszczając skórę z ŁZS emolientami, oliwką lub olejem kokosowym jeszcze bardziej zatykamy pory, co prowadzi do bujnego rozsiewu zmian, podobnie jak stosowanie sterydów miejscowych na zmiany grzybicze (zwłaszcza, jeśli po nałożeniu sterydu posmarujemy grzybicę dodatkowo obfitą warstwą okluzyjną z tłustego emolientu...).

Diagnostyka różnicowa chorób skóry u niemowląt i małych dzieci bywa bardzo trudna. Jeśli nie widzimy poprawy po leczeniu nawilżająco-natłuszczającym, warto spróbować osuszania, a jeśli i to nie działa, należy skierować małego pacjenta do dermatologa dziecięcego.

Podstawą diagnostyki alergologicznej w AZS są testy płatkowe, które pomagają nam znaleźć alergen kontaktowy będący przyczyną wyprysku, a nie badanie IgE swoistych.

Leki donosowe na bazie pseudoefedryny nie powinny być stosowane w leczeniu alergii. FAKT

Tak popularne wśród pacjentów leki donosowe na bazie pseudoefedryny lub ksylometazoliny niestety są promowane w mediach jako skuteczne środki na alergię. Warto popularyzować wśród pacjentów wiedzę, że takie preparaty mogą być stosowane krótko, ok. 3 dni. Działają wyłącznie objawowo, rzeczywiście przynosząc natychmiastową, ale przejściową ulgę przy zatkany nosie, nie leczą jednak przyczyny dolegliwości. A już na pewno nie powinny być stosowane przewlekłe, przy alergiach, których objawy mogą dotyczyć pacjentów przez długie tygodnie. Długotrwałe stosowanie takich środków prowadzi do polekowego nieżyty nosa. W leczeniu alergii stawiamy na leki donosowe na bazie glikokortykosteroidów.

Fakty i mity weryfikowała Agnieszka Danowska-Tomczyk

Panaceum 4/2021