

616.5-002-056.3-053.1-079:356.33

NĚKTERÉ NOVĚJŠÍ POHLEDY DERMATOLOGA NA ATOPICKOU OSOBNOST

Plk. MUDr. Adolf JESENSKÝ, CSc.

Dermatovenerologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník: plk. MUDr. Adolf Jesenský, CSc.)

Incidence vrozeného alergického ekzému prudce narůstá, měnlivou polysymptomologií nabývá mezioborový charakter. Standardní, úzce oborový pohled neodpovídá současným potřebám a nenaplnuje požadavek souborného pojetí péče o zdraví.

V procesu denaturace životního prostředí mutageny z biosféry a potravinového řetězce narušují molekuly DNA a navozují škodlivé imunoreakce a mutace. Nepříznivé promítání socioekologických dějů do biologismu vede k dalšímu vyčerpání genetického

fondy. Vychází se civilizační atopická osobnost. Termín dermatitis atopica v klasickém pojetí (2, 7) nevystihuje tak odlišnou reaktivitu organismu v celé šíři projevů, stejně jako diagnózy jiných oborů. Její čistě dermatologické vyjádření je v současné době spíše výjimkou. Navíc poznatek, že u vrozené alergie jde o imunoreakci organismu časného i opožděného typu (2) se zakódovanou informací pro různé „šokové“ tkáně (kůže, podkoží, sliznice...), nás opravňuje k použití souběžného názvu pro soubor oborově vyjádřených příznaků (ekvivalenty) charakterizujících celkově chorobný stav. Nomenklaturně tomu nejspíše odpovídá sběrný pojem:

Asociovaný syndrom vrozené alergie (atopie) mukokutánní s klinicky variabilní expresivitou (40 až 50 %) ekvivalentů: Dermatitis atopica, urticaria allergica, acrocyanosis, dermatographismus plasticus, conjunctivitis allergica, rhinitis (pollinosis) vasomotorica, cephalaea migrenosa vasomotorica, bronchitis chronica asthmoides, enterocolitis allergica.

Příčinně jde o stejnou podstatu – vrozenou alergii klasifikovanou jako atopii.

Vlastní podstata zděděného defektu nebyla zatím spolehlivě objasněna, etiopatogeneticky se zjišťuje:

- zvýšená pohotovost produkovat homocytotropní protilátky třídy IgE, přičemž jejich koncentrace sérová a dermální bývá zpravidla různá,

- nadměrná vnímavost buněk na specifické i nespecifické podněty,
- nedostatečná účinnost vytvářených protilátek při likvidaci antigenů,
- nerovnováha v nadřazených a neurohumorálních centrech,
- vegetativní odchylky s anemickým dermatografismem,
- makroskopicky změněný terén (retence potu, xerosis, hypoanhidrosis, asteatosis, pruritus, sklony k sekundárním infekcím).

Tomu odpovídají imunologické hypotézy a teorie blokády betaadrenergických receptorů (geneticky zakódovaný defekt, HLA-A3, a HLA-A9, nízké cAMP, uvolňování mediátorů, defekt pozitivních supresorických buněk apod.).

Za podstatu patologických dějů se uznává disharmonická reakce mezi zvýšenými a kvalitativně odlišnými IgE protilátkami a alergeny a průvodní nespecifické procesy. Klinický vzhled podmiňuje nahromadění protilátek, antigenů a stávající kapacita regulačních mechanismů, faktorů reakce. Hladiny IgE v séru bývají zvýšeny (60 %), mohou kolísat, vždy recipročně ovlivňují počty T lymfocytů.

V oblasti humorální imunity je prokazována pozitivita na alergeny prostředí (zejména prach, pel, plísň), potravinové články a bakteriální produkty. Někdy bývá deficece IgA (1, 7). Nevyjasněná je role sekrečního (slizničního) IgA, plnicího předpokládající funkci imunoprotektivní bariéry střevní sliznice. Proniká-li antigen do hlubších partií, stimuluje tvorbu protilátek. V séru osob s deficitem IgA jsou často přítomny protilátky proti antigenům potravy. Při poruše

tvorby IgA dochází ke zvýšené stimulaci jiných složek imunitního systému, které mohou mít kvalitativní odlišnost. Imunohistochemické studie slizniční distribuce SIgA zatím schází. Genetická dispozice této abnormality daná vyšší frekvencí leukocytárních antigenů HLA-A8 (až 68 %) nabízí úvahu o blízké příbuznosti atopie s dermatitis herpetiformis.

V oblasti buňkami zprostředkované imunity nachylnost na infekce, snížená schopnost na senzibilizaci kontaktními alergeny a menší trend blastické transformace na mitogeny korelují zpravidla s nižším počtem T4 (CD4) lymfocytů a dysregulací T a B lymfocytů. Epikutánní testy bývají částečně, intrakutánní převážně pozitivní.

Kromě standardních metod ke stanovení exaktní diagnózy a posudkových závěrů je indikováno spektrum vyšetření (4, 5, 6): RIST test – radioimunosorbentní – určuje celkové množství IgE. Umožňuje odlišení atopické dermatitidy od skupiny ekzémů. RAST test – radioalergosorbentní – k průkazu biologicky aktivní frakce IgE – specifických reagínů. Umožňuje určení specifického antigenu u přecitlivělosti zprostředkovaných IgE.

Spiroergometrie

Bodypletyzografie – Body test – k ověření statických i dynamických funkcí (plicní objemy, dynamické plicní objemy, vztah průtok – tlak, vztah objem – tlak, ventilace a výměna plynů).

Často získávané odporové typy smyček svědčí pro známky hyperinsulační obstrukce zejména v periferních cestách dýchacích.

Charakter a rozsah změn z hlediska funkčního nebo organického poškození upřesní izotopová scintigrafie plic se značkováním galiem.

Při diagnostických rozpacích o příčině choroby lze s opatrností výběrově indikovat bronchoalveolární lavage (BAL), kdy charakter cytologie upřesní alergickou, zánětlivou, nádorovou povahu změn, případně pneumokoniózu. Ozřejmí rovněž fázi nemoci (akutní, chronická fibroproduktivní, retrakce apod.). Míru rizika (bronchoskopie) posoudí provádějící lékař.

Problematiku tedy nutno řešit v širším kontextu podle nového pojetí skupiny ekzém – dermatitida – CDRG (Contact Dermatitis Research Group) (6).

Závěr

Vyšetření a klasifikační zhodnocení atopického jedince nelze provádět z úzce oborového hlediska. Složitost problematiky podmiňuje mezioborovou spolupráci. Přednostně s oddělením funkční diagnostiky a tělovýchovného lékařství, pracovního lékařství, s pracovištěm tb a respiračních nemocí, alergologie a vnitřního lékařství. Určující role v kompletním pojetí choroby však přísluší dermatologovi.

Z uvedených etiopatogenetických souvislostí je zřejmé, že předpoklady atopické osobnosti k výkonu vojenské služby jsou krajně nepříznivé. Klinicky manifestní jedinci by neměli být odvedeni. Pokud aktivita nemoci přetrvává i po dosažení údobí časně dospělosti (dermodromní predilekce adolescentního věku, pozitivní ekvivalenty, laboratorní fenotypy) nutno provádět přezkumná řízení na neschopen vojenské služby.

Navrhovaná, syndromologicky pojatá klasifikační nomenklatura vyjadřuje souborný pohled i oborové specifiky (ekvivalenty) a vytváří podmínky pro komplexní posouzení. Prohlubuje se tak kvalita prevence, léčby i dispenzarizace. Roční zkušenosti získané na centrálním pracovišti v ÚVN to potvrzují. Ve zdravotnické službě ČSLA je nutno řídit se uvedenými závěry. K tomu vytvořit součinnostní vztahy a prohloubit spolupráci s orgány posudkové služby (ÚVLK, NVLK), které zaujímají k dané problematice stejné stanovisko.

Literatura

1. FRANĚK, J. – FRANKOVÁ, V.: Imunita slizničních povrchů proti infekci. In.: Novinky v medicíně, 25, Praha, Avicenum 1982, s. 43–84.
2. HEGYI, E. – STODOLA, I.: Dermatovenerológia v praxi. Martin, Osveta 1987, s. 102–107.
3. CHIARELLI, F. et al.: Humoral and cellular immunity in children with active and quiescent atopic dermatitis. Brit. J. Dermatol., 116, 1987, č. 5, s. 651–660.
4. KÁLENSKÝ, J. et al.: Dermatologická propedeutika. Vyšetřovací způsoby a léčebné postupy. Praha, SPN 1978, s. 45–53.
5. LESO, J. et al.: Vztahy mezi klinickým obrazem a ukazateli funkčního vyšetření plic u nemocných s kryptogenní fibrotizující alveolitidou. VZL., 58, 1989, č. 2, s. 54–57.
6. ŘEHOŘ, I.: Přístupy k řešení skupiny ekzém-dermatitida. VZL., 58, 1989, č. 2, s. 65–70.
7. ŠTÁVA, Z. et al.: Dermatovenerologie. Praha, Avicenum 1977, s. 171–178.

Klíčová slova: Atopická osobnost; Etiopatogeneze; Diagnostická vyšetření; Nomenklatura a posudková klasifikace.