

Choroby alergiczne

Typy reakcji alergicznych

I - typ natychmiastowy

Alergenem wywołującym reakcję jest substancja dostarczona z zewnątrz, np. z pokarmem lub powietrzem, a także światło, zmiany temperatury i ucisk mechaniczny. Substancjami odpowiedzialnymi za występowanie I typu reakcji alergicznej są przeciwciała klasy IgE, jak również komórki tuczne uwalniające histaminę. Objawy pojawiają się natychmiast po zadziałaniu alergenu i są związane z działaniem histaminy: pojawia się zaczerwienienie, obrzęk, świąd, wysięk, skurcz oskrzeli, spadek ciśnienia tętniczego i wstrząs anafilaktyczny.

II - typ cytotoksyczny (uszkadzający komórki, toksyczny dla komórek)

Alergen jest pobierany z zewnątrz (pokarm, leki). Za wystąpienie reakcji alergicznej odpowiedzialne są przeciwciała klasy IgG i IgM. Objawy – trombocytopenia, anemia, leukopenia – zależą od tego, jakie komórki są niszczone.

III - typ kompleksów immunologicznych

Alergenem mogą być leki, drobnoustroje, obce białka. Przeciwciałami odpowiedzialnymi za reakcję alergiczną są IgG, IgM i IgA. Przeciwciała łączą się z alergenem, a powstały kompleks immunologiczny odkłada się w ścianach naczyń krwionośnych, uszkadzając je. Objawy: plamica, wybroczyny, chorooba posurowicza.

Typ cytotoksyczny reakcji alergicznych może stanowić zagrożenie dla życia. Nie należy zatem wprowadzać do organizmu obcych

substancji białkowych poza ścisłą opieką i kontrolą lekarza dysponującego zestawem przeciwwstrząsowym. **Niedopuszczalne jest wprowadzanie botoksu czy kolagenu w gabinetach kosmetycznych przez osoby niemające prawa wykonywania zawodu lekarza medycyny.**

IV - typ komórkowy późny

Objawy pojawiają się dopiero przy powtórnym zadziałaniu alergenu, którym są najczęściej drobnoustroje, metale, żywice lub barwniki. Komórkami odpowiedzialnymi za występowanie tego typu alergii są limfocyty T oraz komórki prezentujące antygen (w naskórku są to komórki Langerhansa). Objawy: odrzucenie przeszczepu, wyprysk kontaktowy.

Pokrzywka (*Urticaria*)

Nazwa schorzenia pochodzi od popularnej rośliny, której poparzenie daje typowe zmiany o charakterze bąbli pokrzywkowych. Jest ono oparte na I, natychmiastowym typie reakcji alergicznej.

Objawy

- Wykwit pierwotny – bąble o zabarwieniu różowym lub porcelanowobiałym, wyraźnych zarysach i płaskiej powierzchni; mogą mieć rozmaite rozmiary, niekiedy są bardzo rozległe;
- Wysiewom pokrzywki na skórze może towarzyszyć obrzęk błon śluzowych jamy ustnej i dróg oddechowych;
- Zmianom na ogół towarzyszy silny świąd;
- Czasem pojawiają się nudności oraz spadek ciśnienia tętniczego;
- Wykwity powstają szybko; ustępują po kilku bądź kilkunastu godzinach bez pozostawienia śladu.



Ryc. 10.1. Pokrzywa zwyczajna (*Urtica d.*) (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)

Rodzaje pokrzywki

- Alergiczna

Pokrzywkę alergiczną, ze względu na jej przebieg, dzielimy na:

1. Ostrą – dość częsta odmiana, trwa od kilku do kilkunastu godzin; czynnikami ją wywołującymi są najczęściej pokarmy i leki;



Ryc. 10.2A, B. Bąble pokrzywkowe (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)

2. Przewlekłą – bąble utrzymują się dłużej, a choroba często nawraca po kontakcie z alergenem; jej przyczyną są najczęściej pokarmy i alergeny wziewne.

- Fizykalna (wywołana czynnikami fizycznymi)
Pokrzywka fizykalna wywoływana jest przez czynniki zewnętrzne, takie jak pocieranie, ucisk, ciepło, zimno, promieniowanie słoneczne, które powodują niealergiczne uwolnienie histaminy z komórek. Mogą też uszkadzać tkanki, aktywując w ten sposób układ immunologiczny i uruchamiając mechanizmy alergiczne.

1. Dermografizm – pokrzywka wywołana mechanicznie poprzez silne potarcie skóry lub ucisk;
2. Pokrzywka kontaktowa – jej przyczyną jest kontakt z sierścią zwierząt, mogą ją też wywoływać cytrusy;
3. Pokrzywka z zimna – spowodowana nagłym obniżeniem temperatury ciała;
4. Umiejscowiona pokrzywka cieplna – jej przyczyną jest działanie ciepła;
5. Pokrzywka świetlna – na jej powstanie ma wpływ działanie promieni ultrafioletowych.

- Niealergiczna

Mechanizm powstawania zmian tego typu nie został do końca wyjaśniony. Najprawdopodobniej w przypadku pokrzywki niealergicznej dochodzi do zaburzeń wydzielania rozmaitych cytokin, w tym również histaminy. Od niedawna podkreśla się również wpływ stanu układu nerwowego, przede wszystkim stresu, na rozwój choroby.

1. Pokrzywka niealergiczna przewlekła o nieustalonej etiologii,
2. Pokrzywka przewlekła z ucisku,
3. Pokrzywka cholinergiczna – związana ze współczulnym układem nerwowym (wykwity po spoceniu się),
4. Pokrzywka przewlekła aspirynowa – powodowana jest nie tylko aspiryną, wywołują ją również liczne substancje powszechnie dodawane do przetworów (konserwanty).

Leczenie

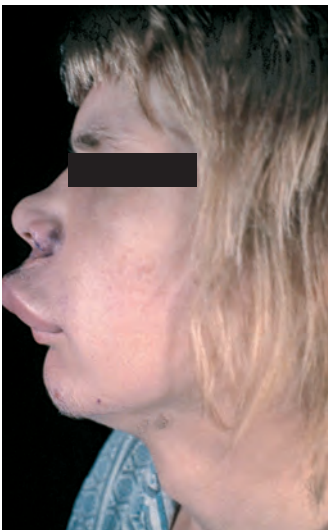
- Ograniczenie kontaktu z alergenem,
- Preparaty kortykosteroidowe podawane dożylnie,

- Preparaty przeciwhistaminowe,
- Leki uspokajające,
- Działanie bodźcowe (nabywanie tolerancji na czynnik wywołujący schorzenie, odczulanie).

Wystąpienia reakcji pokrzywkowej nie można przewidzieć. W gabinecie kosmetycznym, ze względu na częsty kontakt klientów z substancjami wziewnymi i zapachowymi, należy wykazać szczególną czujność, by w razie potrzeby szybko rozpoznać rozpoczynającą się pokrzywkę i odpowiednio zareagować.

Obrzęk Quinckego

Jest to najprawdopodobniej odmiana głębokiej niealergiczej pokrzywki. Jego objawy to obrzęk warg, okolic oczu, policzków, języka oraz śluzówki górnych dróg oddechowych. Obrzęk Quinckego charakteryzuje się nagłym początkiem; zmiany szybko ustępują. Obserwuje się brak świądu. Leczenie jest identyczne jak w przypadku pokrzywki.

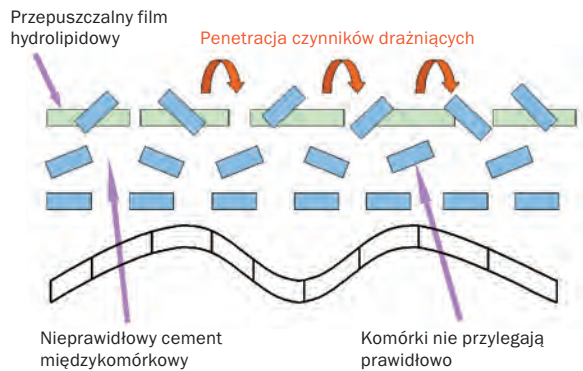


Ryc. 10.3. Obrzęk Quinckego (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)

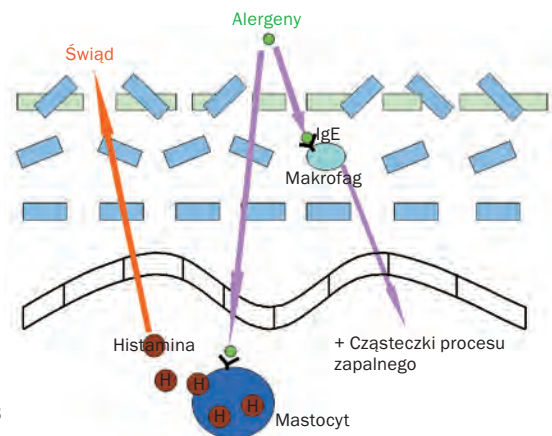
Atopowe zapalenie skóry

Etiologia

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest schorzeniem alergicznym o złożonej etiopatogenezie. Wiadomo, iż istnieje skłonność do jego dziedziczenia (nieznany jest natomiast sposób przekazywania choroby potomstwu), a ujawnienie się objawów zależne jest od czynników zewnętrznych. Wpływ na rosnącą liczbę zdiagnozowanych przypadków atopowego zapalenia skóry ma postępujące zanieczyszczenie środowiska.



A



B

Ryc. 10.4A, B. Etiologia AZS

Objawy (kryteria diagnostyczne schorzenia)

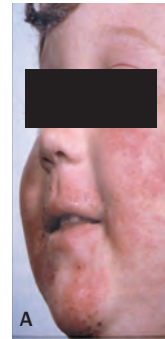
- Kryteria większe:
 - Nasilony świąd,
 - Typowe umiejscowienie,

- Przewlekły i nawrotowy przebieg,
- Atopia u chorego lub rodzinny wywiad atopowy.
- Kryteria mniejsze:
 - Suchość skóry,
 - Rogowacenie przymieszkowe,
 - Rybia łuska,
 - Natychmiastowe odczyny skórne,
 - Podwyższone stężenie IgE,
 - Początek w dzieciństwie,
 - Skłonność do zakażeń skóry,
 - Nietolerancja wełny,
 - Zaćma,
 - Nietolerancja pokarmów,
 - Zaostrzenia po stresach,
 - Białe dermografizm,
 - Zapalenie czerwieni wargowej,
 - Zapalenie brodawek sutkowych,
 - Nawrotowe zapalenie spojówek,
 - Objaw Dennie-Morgana – obecność dodatkowego fałdu skóry pod dolną lub nad górną powieką,
 - Objaw Herthoga – przerzedzenie 1/3 dystalnej części brwi,
 - Przebarwienie skóry powiek,
 - Łupież biały,
 - Świąd podczas pocenia się,
 - Pogrubienie fałdów szyi.

W przewlekłym przebiegu schorzenia dochodzi do lichenifikacji skóry.

Diagnostyka

- Potwierdzenie co najmniej 3 objawów głównych i 4 objawów dodatkowych,
- Skórne testy punktowe,
- Atopowe testy płatkowe,
- Testy skaryfikacyjne,
- Testy śródskórne,
- Poziom całkowitych IgE,
- IgE specyficzne,
- Testy prowokacyjne.



Ryc. 10.5. Atopowe zapalenie skóry, obraz kliniczny. **A.** Zmiany u dziecka. **B.** Objaw Dennie-Morgana. **C.** Białe dermografizm. **D.** Zmiany w typowej dla osób dorosłych lokalizacji (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)

Przebieg

Atopowe zapalenie skóry rozpoczyna się najczęściej w dzieciństwie. U większości pacjentów wygasa około 6 r.ż., kiedy to dochodzi do konwersji w układzie immunologicznym (nabrania odporności). Atopia późna może wystąpić u ludzi dorosłych.

Leczenie

- Unikanie alergenów,
- Leczenie miejscowe – preparaty kortykosteroidowe, immunosupresyjne,
- Fototerapia UVA,
- Leczenie doustne – preparaty immunosupresyjne,
- W razie towarzyszącego zakażenia – antybiotyki, leki przeciwwirusowe, przeciwgrzybicze,
- Pielęgnacja skóry.

Pielęgnacja skóry atopowej

W skórze atopowej uszkodzony został płaszcz tłuszczowy. W pielęgnacji należy zatem uwzględnić przede wszystkim preparaty zawierające składniki odnawiające jego strukturę. Wszystkie środki przeznaczone dla tego rodzaju skóry powinny mieć postać emulsji, a więc zawierać zarówno substancje rozpuszczalne w wodzie, jak i w tłuszczach. Trzeba również pamiętać, iż jest to skóra bardzo wrażliwa, skłonna do podrażnień, toteż stosowane preparaty muszą spełniać wymagania dotyczące ograniczenia ilości zawartej substancji zapachowych i konserwujących.

Substancje czynne w preparatach dla skóry atopowej

- Składniki naturalnego czynnika nawilżającego, a więc moczniak, glukoza, aminokwasy hydrofilowe;
- Składniki uzupełniające struktury lipidowe skóry: ceramidy, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, cholesterol, skwalen;
- Składniki wiążące i utrzymujące wodę w naskórku: gliceryna, glikole, sorbitol;
- Białka o budowie włókienkowej, będące najsłabszymi nośnikami wody do głębszych warstw naskórka: kolagen, elastyna;
- Glikoaminoglikany, w tym kwas hialuronowy, będące składnikiem substancji międzykomórkowej;

- Witaminy regulujące gospodarkę wodną i tłuszczową naskórka: witamina A, E, H, prowitamina B5;
- Substancje łagodzące uczucie świądu: alantoina.

Substancjami uszkadzającymi strukturę lipidową naskórka, a więc potęgującymi suchość skóry, są przede wszystkim mydła alkaliczne i alkohole alifatyczne. Zawartość tych składników w preparatach dla skóry atopowej powinna być zatem ograniczona.

Pacjent z atopowym zapaleniem skóry to najbardziej wymagający klient zakładu kosmetycznego. Wykonywane u niego zabiegi powinny być starannie dobierane, a nowe preparaty stosowane dopiero po wykonaniu próby alergicznej (nałożenie preparatu na skórę za uchem lub na wewnętrznej powierzchni przedramienia; odczyt natychmiast i po 24 godz.). Nie należy wykonywać przy tego typu skórze zabiegów z olejkami eterycznymi bądź silnie pachnącymi ziołami. Stosowane peelingi muszą być oparte na działaniu enzymów lub hydroksykwasów o wysokim pH, niskim stężeniu i niskiej stałej dysocjacji, czyli pK.

Wyprysk kontaktowy**Etiologia**

Wyprysk kontaktowy jest schorzeniem zależnym od IV – późnego typu reakcji alergicznej.

Najczęstsze alergeny

- Metale (nikiel, kobalt, chrom),
- Składniki gumy,
- Barwniki (parafenylo-diamina),
- Epoksydy,
- Formalina,
- Leki miejscowe,
- Kosmetyki,
- Rośliny (ich olejki eteryczne, barwniki),
- Przyprawy.

Objawy

Wyprysk ostry:

- Obrzęk,
- Rumień,
- Odczyn pęcherzowy,
- Może przekraczać granice skóry ekspozowanej na alergen.

Wyprysk przewlekły:

- Hiperkeratoza,
- Łuszczenie,
- Pęknięcia naskórka,
- Lichenifikacja – pogrubienie, przebarwienie naskórka, wzmożenie poletkowania.



Ryc. 10.6. Wyprysk kontaktowy, obraz kliniczny (ze zbiorów Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM we Wrocławiu)

Rodzaje wyprysku kontaktowego

- **Wyprysk podudzi** – często współistnieje z żyłkami i owrzodzeniami podudzi;
- **Wyprysk pieniążkowy** – liczne rozsiane ogniska wielkości monet; jest to prawdopodobnie wtórna reakcja alergiczna na bakterie;
- **Wyprysk modzelowaty** – rozległe ogniska nadmiernego rogowacenia, najczęściej obejmuje dłoń;
- **Wyprysk potnicowy** – występuje na rękach i stopach, obejmuje często boczne powierzchnie palców; dominują pęcherze i pęcherzyki na rumieniowym podłożu. Często współistnieje z grzybicą;

- **Wyprysk zawodowy** – kontakt z substancją uczulającą ma ścisły związek z wykonywanym zawodem; zmiany skórne pogarszają się w okresach czynnej pracy, w czasie urlopu następuje remisja;
- **Wyprysk (dermatoza) ze zużycia** – jest skutkiem wymywania składników płaszczki wodno-tłuszczowej przez detergenty oraz środki odkażające. Na wystąpienie tego typu wyprysku narażeni są w szczególności lekarze, a także **kosmetyczki**, pielęgniarki i osoby sprząające.

Diagnostyka

- Testy alergiczne,
- Testy ekspozycyjne.

Leczenie

- Miejscowe:
 - kortykosteroidy,
 - środki zmiękczające i złuszczające;
- Fototerapia UVA;
- Ogólne:
 - kortykosteroidy,
 - leki przeciwhistaminowe,
 - retinoidy.

Profilaktyka w przypadku wyprysku kontaktowego polega na unikaniu kontaktu z alergenem, zakładaniu rękawiczek ochronnych, szczególnej dbałości o natłuszczenie skóry rąk.

Pielęgnacja musi obejmować nakładanie preparatu uzupełniającego płaszcz tłuszczowy skóry po każdym myciu rąk.

Substancje czynne zawarte w preparatach dla skóry z objawami wyprysku to składniki uzupełniające struktury lipidowe skóry: ceramidy, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, cholesterol, skwalen.

Należy również do minimum ograniczyć kontakt z substancjami wypłukującymi składniki płaszczki tłuszczowej, przede wszystkim z alkalicznymi mydłami i preparatami alkoholowymi.