

DOSTAT ALERGIÍ POD KONTROLU VYŽADUJE INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP

Na dráhu alergoložky ji nasměrovala náhoda, když pro nově zřizovanou alergologickou ambulanci chybělo to hlavní – alergolog. Do dneška MUDr. Jana Wankatová pomohla tisíčkám pacientů, a protože se opírá o integrativní medicínu, nejde výhradně o alergiky.

Co vás přivedlo k alergologii?

Po promoci v roce 1982 na III. Lékařské fakultě UK v Praze jsem se rozhodla pro vnitřní lékařství a první atestaci také z interny složila. Jenže v době, kdy jsem se chystala na druhou a zvažovala, zda internu či hematologii, neboť mě bavila práce v hematologické ambulanci a na transfuzní stanici, přišel jeden z významných zlomů ve zdravotní situaci obyvatelstva – alergologické ambulance na konci 80. let minulého století přestávaly zvládat nápor nových pacientů. Urychleně se proto zřizovaly nové, logicky se nedostávalo odborníků a já jsem obdržela nabídku na práci v takové ambulanci spolu se zařazením do atestační přípravy z oboru Alergologie a klinická imunologie. Na tuto výzvu jsem zareagovala tak, že jsem skončila jako sekundární lékařka Interní nemocnice Vršovice a stala se ze mne ambulanti specialista-alergoložka. Posléze jsem zakotvila v pražských Dejvicích, kde působím bezmála čtvrt století.

Jak početná a jak vyprofilovaná je vaše klientela?

Mám v evidenci několik tisíc pacientů napříč celým věkovým spektrem, tj. od novorozenců a kojenců až po seniory ve věku 80–90 let. Pochopitelně převažují alergici či jiné imunopatologie, ale protože se zabývám integrativní medicínou, mám v péči i jiné pacienty, například s obtížemi pohybového aparátu, s gastrointestinálními a onkologickými diagnózami.

Co se nejvíce změnilo od doby, kdy jste s alergologií začínala?

Především došlo k velkému nárůstu alergických pacientů, dnes se dokonce hovoří o tom, že alergie je nejrozsáhlejší neinfekční pandemií 20. a 21. století. Dle epidemiologických studií je dnes každý třetí Evropan alergik a v roce 2025 bude každý druhý Evropan trpět nějakou formou alergického onemocnění. Dává se to do souvislosti s řadou faktorů: genetickými, se zátěží ze životního prostředí a obecně s životním stylem populace. Dále pozoruji výrazný nárůst pacientů s potravinovými alergiemi či intolerancemi. Bylo by to na velkou diskusi o kvalitě potravin, genetických manipulacích s plodinami, chemických a dalších zásazích do plodin i výroby potravin. V neposlední řadě je nutno zmínit další významný fenomén, se kterým jsme se v minulosti tolik nesetkávali a jímž je polysenzibilizace pacientů, tedy polyvalentní alergie na řadu inhalačních i potravinových alergenů, často komplikovaná zkříženou reaktivitou. Objevily se tak nové diagnózy jako např. ACOS – překryvný syndrom astmatu a chronické obstrukční choroby bronchopulmonální, EGID – onemocnění GIT asociovaná s eozinofily, FODMAP syndrom – problém s trávením fermentabilních sacharidů a polyolů, neceliakální glutenová senzitivita, EPIES – syndrom enterokolitidy navozené potravinovými proteiny, histaminová intolerance a další. Významné změny také nastaly jak v diagnostice, tak v terapii alergických onemocnění.

minová intolerance a další. Významné změny také nastaly jak v diagnostice, tak v terapii alergických onemocnění.

Jaké? A jak je to s včasností diagnostikování alergií?

V diagnostice alergií došlo k posunu směrem k laboratorní diagnostice, využití tzv. komponentové diagnostiky (CRD), která umožní rozlišit primární a zkřížené alergie i závažnost senzibilizace. Dále dnes máme k dispozici testy aktivace bazofilů v diagnostice potravinové a lékové alergie, začínají se více používat provokační a expoziční testy. Otázka včasnosti zjišťování alergického terénu závisí spíše na pediatrech, kdy se rozhodnou dítě k vyšetření odeslat; kožní testy se doporučuje dělat až ve věku kolem 4 let, ale běžně se provádějí i dříve, z krve lze vyšetření provést i u kojence, ale pochopitelně vše má svá úskalí.

Nemoc dítěte prověřuje vztahy v celé rodině a významnou měrou ovlivňuje chod celé domácnosti. Mnohdy je tedy třeba podpořit ostatní členy rodiny, udělat celou řadu změn, zejména v jídelníčku dítěte. Zde již záleží na individuálním přístupu rodičů, někteří celou situaci pochopí, snaží se sami proniknout do příčin a problému, spolupracují, dodržují režimová, léčebná, dietní a další opatření, někteří to naopak přeženou a pak až terorizují celou rodinu i okolí dítěte, kdy je nutné jejich přehnané aktivity korigovat.

Jaká například?

Získáváme někdy falešně pozitivní i falešně negativní výsledky, u expozičních i kožních testů hrozí riziko alergické reakce. Z pohledu lékaře zabývajícího se celostní medicínou je nutno upozorňovat na to, že alergie se i v kojeneckém věku může projevovat na různých systémech a že by se na ni mělo pomýšlet např. také u neprosplivajícího kojence, poruch spánku u kojenců a malých dětí, u recidivujících respiračních infekcí a otitid, které mohou být projevem alimentární intolerance. Lze se tak vyhnout chybné léčbě, především nadužívání antibiotik.



Alergologie se neustále rozrůstá o nové diagnózy, říká dr. Wankatová.

Jaké jsou vaše zkušenosti s prevencí alergií?

Prevence alergie je velmi diskutované téma jak mezi odborníky, tak mezi laiky. Existuje řada studií na celém světě, avšak bohužel nedocházejí k žádným shodám, mnohdy jsou publikovány zcela opačné výsledky. Středem zájmu je pochopitelně především tzv. primární prevence alergie, tj. nalézt taková opatření, která by zabránila vzniku senzibilizace k alergenům z prostředí – potravinám či aeroalergenům – u vyvíjejícího se jedince během intrauterinního vývoje a v časných fázích po porodu. Zkoumají se eliminační diety během těhotenství a kojení, použití náhradních mlék – hydrolyzovaných, sojových, rýžových, termín, kdy zavést nemléčné tuhé stravy, vliv probiotik a prebiotik, délka kojení... Zatím však nebyl prokázán žádný pozitivní vliv ničeho z toho, co jsem zmínila, na pozdější vývoj alergie u dítěte. Jednoznačně prokazatelný efekt na snížení prevalence alergie v prvních 2 letech života má pouze kojení do 6 měsíců věku dítěte, ovšem týká se výhradně atopického ekzému a potravinové alergie.

Co klasická prevence v podobě eliminace alergenů...

Ano, další studie se týkají ovlivnění senzibilizace na inhalační alergie zejména prach, roztoče, plísňe, šváby, zvířecí alergeny, vliv polutantů, elektrosmog. Doporučují se proto úpravy bytového prostředí – odstranění koberec, závěsů, plyšových hraček, čističky vzduchu, vysavače s roztočovými filtry, nepropustné povlaky na matrace a lůžkoviny. Tato témata se hodně probírají v tisku, na internetu a na serverech pro aler-

gické pacienty, existují webové aplikace, které třeba hlásí výskyt pylů právě v tom místě, kde se pacient nachází. Vrací se tak do hry otázka „hygienické hypotézy vzniku alergií“, podle níž je způsobuje nedostatek expozice infekčním činitelům v raném dětství, což vede k utlumení vývoje imunitního systému a z něj vyplývající přehnané reaktivitě Th2 lymfocytů. Já si myslím, že se musí volit individuální přístup, pokud jde o zmíněná opatření, a používat i „zdravý selský rozum“.

Byly to spíše vědecké poznatky, nebo onen zdravý selský rozum, co vás přivedlo k využívání postupů fyziologické regulační medicíny (FRM)?

Oboje. FRM mě oslovila tím, že respektuje jednotu psycho-neuro-endokrino- imunitního systému, studuje vzájemné ovlivňování jeho složek a vnímá lidský organismus v jeho komplexnosti. Vychází z vědeckých poznatků o mechanismech nemocí a k obnově fyziologického stavu organismu využívá biologicky aktivní molekuly známé u zdravého jedince – hormony, cytokiny a růstové faktory, tedy komunikační molekuly imunitního systému. Přípravky FRM lze nasazovat v podstatě „na diagnózu“ při respektování mechanismů, které se účastní na vzniku dané nemoci. Kombinace léků si ověřuji metodou EAV, tedy elektroakupunkturou podle Dr. Volla, a volím zcela individuálně dle potřeb daného pacienta. Moje zkušenost je taková, že klinický efekt tohoto přístupu se projevuje již při prvním nasazení léčby, snížením jak intenzity, tak délky trvání alergických projevů v pylové sezoně a výrazným omezením symptomatické farmakoterapie.



Dr. Wankatová má v čekárně neustále plno.

FRM mě oslovila tím, že respektuje jednotu psycho-neuro-endokrino-imunitního systému, studuje vzájemné ovlivňování jeho složek a vnímá lidský organismus v jeho komplexnosti. Vychází z vědeckých poznatků o mechanismech nemoci a k obnově fyziologického stavu organismu využívá biologicky aktivní molekuly známé u zdravého jedince – hormony, cytokiny a růstové faktory, tedy komunikační molekuly imunitního systému. Přípravky FRM lze nasazovat v podstatě „na diagnózu“ při respektování mechanismů, které se účastní na vzniku dané nemoci.

Takže využíváte i postupy standardní alergologické medicíny?

Řekla bych, že tak z 50 %. Určitě využívám klasické diagnostické metody, jako je imunologické vyšetření, ale například v diagnostice potravinových a lékových intolerancí mnohem častěji používám zmíněnou EAV, která je neinvazivní, umožňuje jednorázové vyšetření velkého počtu vzorků, neohrožuje pacienta žádnou nepříznivou reakcí a dovoluje vyšetřovat již kojence prakticky od narození. Jsme tak schopni vybrat např. vhodné náhradní mléko, zjistit a ovlivnit intoleranci mateřského mléka při neprospívání dítěte, vyhnout se nežádoucím reakcím např. při výběru antibiotik. Co se týká léčby, tak mám pochopitelně řadu pacientů, kteří chtějí být léčeni pouze podle vědecké medicíny (EBM), tedy symptomaticky farmakoterapií a kauzálně specifickou alergenovou imunoterapií, třebaže by na jejich diagnózu FRM v roli

komplementární terapie byla velmi vhodná. Mám však také pacienty, kteří klasickou medicínu zcela odmítají; u nich, pokud to jde, používám metody integrativní medicíny, jako homeopatii, akupunkturu, Bachovu květovou terapii, FRM. Ve většině případů však používám kombinaci obou přístupů. Pochopitelně existují stavy a situace, kdy je klasická farmakoterapie zcela nezbytná a nezastupitelná – anafylaktický šok, astmatický záchvat, těžké imunodeficitní stavy, autoimunitní onemocnění. Avšak i v těchto případech můžeme použít některé metody integrativní medicíny, a to jako doplňkovou léčbu, kdy tak zajistíme lepší prospívání pacienta, usnadníme toleranci farmakoterapie a omezíme její nežádoucí účinky.

Vraťme se zpět k samotným alergiím. V jedné z vašich publikací zmiňujete termín „promarněné mechanismy orální tolerance“, můžete jej rozvést?

Je to otázka týkající se vztahu možného vývoje alergického onemocnění a časování termínu zavádění nemléčné stravy. Existuje řada studií. U nás se nejvíce diskutuje zavádění lepku a bylo jednoznačně prokázáno, že optimální časový úsek je mezi 4.–6. měsícem věku dítěte; konzumace lepku před 3. měsícem vede k několikanásobnému zvýšení rizika celiakie u geneticky predisponovaných jedinců. Avšak stejně tak stoupá riziko celiakie i budoucí alergie na lepek po 7. měsíci věku, což se vysvětluje právě „teorií promarněných mechanismů orální tolerance“.

Jaká je příčina?

Nabídne-li antigen imunokompetentním buňkám střevní sliznice pozdě, můžeme očekávat selhání fenoménu pozitivní či negativní selekce, tedy selhání mechanismů správného naladění regulace vůči cizorodým antigenům. Za tuto situaci zodpovídají T regulační lymfocyty. Pokud jim „nenabídne práci“ v 1. půlroce života, předají později zodpovědnost především Th2 lymfocytům, jejichž převaha vede k proalergickému nastavení a může se spustit kaskáda tzv. alergického pochodu dle prof. Špičáka.

Ve zmíněném textu také zmiňujete souvislost alergií s psychikou – jaké máte na tomto poli zkušenosti?

Alergická reakce se někdy připodobňuje k „hysterii imunitního systému“. Z psychologie je známo, že alergik má problémy se svou přirozenou agresivitou. Tu ovšem nevnímá nebo ji vědomě potlačuje, takže agrese je vytěsněna z psychiky do těla, kde se projevívá nějakou patologií, např. jako astma bronchiale či ekzém. Psychosomatika má u alergií mimořádný význam, stres, vztek nebo strach vedou ke vzniku či zhoršení projevů alergózy.

V čem dalším se vztah hlava-alergie projevuje?

Alergik často svoji nemoc zneužívá k získání určitých výhod a k dominanci, kdy se mu rodina musí významně podřídit, kdy se musí odstranit z jeho blízkosti alergeny a zvířata, nesmí se větrat atd. Dítě naopak může reagovat dušností na „dusno v rodině“, když mají rodiče neshody a hádají se; strach o zdraví až život dítěte je však může opět stmelit. Dalších příkladů by byla celá řada, ale to určitě přesahuje rámec této otázky.

Dostáváme se k s rodičům alergických dětí. Na jakých principech funguje spolupráce lékaře s nimi?

Pochopitelně především na principu vzájemné spolupráce a důvěry. S rodiči především mluvíme a vysvětlujeme: jaké jsou příčiny onemoc-

nění jejich dítěte, jaké jsou orgánové a systémové vztahy, pochopitelně nabízíme řešení dané možnostmi klasické i celostní medicíny a také zdůrazňujeme, co pro zlepšení stavu malého alergika mohou udělat oni. Je nutné, aby si rodiče uvědomili, že alergie je celoživotní, ne zcela vyléčitelné, ale dobře léčitelné onemocnění.

Co všechno to znamená?

Jak už jsem naznačila, nemoc dítěte prověřuje vztahy v celé rodině a významnou měrou ovlivňuje chod celé domácnosti. Mnohdy je tedy třeba podpořit ostatní členy rodiny, udělat celou řadu změn, zejména v jídelníčku dítěte. Zde již záleží na individuálním přístupu rodičů, někteří celou situaci pochopí, snaží se sami proniknout do příčin a problému, spolupracují, dodržují režimová, léčebná, dietní a další opatření, někteří to naopak přeženou a pak až terorizují celou rodinu i okolí dítěte, kdy je nutné jejich přehnané aktivity korigovat. Jindy ta omezení pro rodiče představují takový problém, že nejsou ochotni ani v zájmu zdraví svého dítěte nic takového podstoupit a pak nezbývá než znovu vysvětlovat anebo prostě ponechat na jejich volbě, jakou cestou se vydají.

Jaké jsou nejčastější rodičovské chyby?

Já bych je viděla ve dvou extrémech. Prvním jsou rodiče hyperprotektivní a „vědečtí“, kteří toho hodně nastudují a znají pomalu

více než lékař, avšak bohužel často nejsou jejich informace správné – nicméně chtějí mít stále vše potvrzeno, přehánějí veškerá doporučená opatření, pořizují drahé čističky vzduchu, ionizátory, protialergické vybavení bytu, dítě např. nesmí chodit do školní jídelny, do kolektivu, aby se nenakazilo, ani do bytu ke kamarádovi, protože by bylo ohroženo roztoči. Tím dítěti velice komplikují život, izolují ho od vrstevníků, „dusí ho“, vytvářejí mu alibi a obranu proti okolnímu světu a dítě se nakonec ve své nemoci „zabydlí“, jeho stav se nezlepšuje nebo naopak ještě zhoršuje.

A druhý extrém?

Představují jej rodiče, kteří mají pocit, že zlepšení zdravotního stavu musí zajistit lékař kvalitní léčbou a oni pro to nemusí nic udělat. Především si třeba nedovedou představit, že by dítěti museli odepřít např. olivy nebo ořechy, je pro ně nepředstavitelné zavedení jakýchkoli dietních opatření, protože jsou extrémně pracovně vytíženi a často ani doma nevaří. Další problém často představují prarodiče, kteří odmítají změnit své zvyklosti ve vaření nebo nechápou, že by ten „chudáček!“ nesměl dostat trochu té čokolády nebo ovoce, vždyť se nemůže nic stát. Musím však říci, že naštěstí se ve většině případů setkávám se spolupracujícími a chápavými rodiči a pak vše funguje lépe.

PhDr. Pavel Taněv

KAZUISTIKA, PAN PAVEL, NAR. 1973

RA: celá rodina atopici s projevy ekzému, bronchiálního astmatu polinózy, jinak nevýznamná.

SA: Ženatý, 2 děti, pracuje v bance, bydlí v paneláku, nekouří, zvířata nemají, vzhledem k tomu, že i děti jsou alergici, snaží se vytvořit v bytě antialergické prostředí (chybějí koberce, závěsy, používají se antialergické příkrývky), stravuje se racionálně, prošel i obdobím makrobiotiky, vegetariánství, bez lepku a bez mléka, avšak nic z toho pozitivně neovlivnilo jeho zdravotní stav.

OA: Prodělal plané neštovice, v předškolním věku časté angíny a otitidy, v mladším školním věku bronchitidy, slabý průběh infekční mononukleózy asi v 10 letech. Operace: adenotomie, APE. Úrazy: meniskus, výrony, pohmožděny ze sportu. Vážněji nestonal, léky pravidelně nebere.

NO: Jde o typického alergika, absolvujícího klasický alergický pochod – v kojeneckém věku atopický ekzém, který postupně do 3 let věku vymizel, následně zvýšená nemocnost KHCD; jak výše uvedeno, chronická rýma, postupně zejména v letních měsících, a přidávaly se záněty spojivek a projevy intermit. AB. Pacient byl od předškolního věku sledován na alergologii, zpočátku léčen bakteriálními lyzáty, postupně, když začala dominovat pylová alergie, byla zahájena léčba SIT – nejprve p.o. kapky, následně inj. Pollinex. Dále 4letá léčba vakcínami Phostal a nakonec 1 rok zkusal i nejmodernější sublingvální léčbu Ora-lairem, již však hůře toleroval, proto ukončena. Vzhledem k neúspěšnosti klasické léčby se pacient rozhodl pro nekonvenční medicínu.

Terapie: 3 měsíce před sezónou: **Guna-Allergy-Prev** 2krát denně 10 kapek, **Guna-Matrix** 2krát 10 kapek a **Guna-Liver** 1krát 2 glob.

V sezóně: **Guna-Flam** 2krát 10 kapek, **Guna-Allergy Treat** – dávkování dle obtíží nárazově 10 kapek každých 30 min. do odeznění projevů, maximálně však 4–5 dávek, **Guna-Lympho** 2krát denně 10 kapek, při astmatických projevech přidáváme **Guna-Cough**.

Pacient v průběhu dvou sezón mohl významně snížit spotřebu antihistaminik, nemusel používat inhalační kortikosteroidy, pouze při větší expozici pylům použil úlevový sprej s betamimetikem. Poté se 2 roky nedostavil na kontrolu ani pro léky. Letos se dostavil v dubnu, kdy se u něj v důsledku prudkého a intenzivního nástupu pylové sezóny objevily velké obtíže – obstrukce nosní, konjunktivitida, záchvaty kýchání a intermitentní dechové obtíže. Pacient sdělil, že nedocházel, protože neměl dvě sezóny vůbec žádné obtíže, vzal celkem asi 10 tbl. antihistaminik, jinak nic nepotřeboval. Momentálně mu však antihistaminika, která si zakoupil, nezabírají.

Obj.: rhinolalie, eupnoe, pokašlává, sliznice hyperemické, prosáklé, dýchání sklípkové s prodlouženým expiriem a ojedinělým pískotem. Spirometrie: lehká obstrukční ventilační porucha s poškozením periferních dýchacích cest. terapie: akupunktura, ušní bod alergie na levém ušním boltci a bod pro bronchy, permanentní jehly. Asthma nosode 15 C 1krát denně 3 kuličky, Sabadilla 9 Ch 3krát denně 3 kuličky, **Guna-Flam** 3krát denně 10 kapek, **Guna-Allergy treat** 3krát denně 10 kapek.