

Irena Rybarska

Zagadnienie profilaktyki chorób alergiczych w aspekcie społecznym

Przegląd Socjologiczny / Sociological Review 32/1, 81-93

1980

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

IRENA RYBARSKA

ZAGADNIENIE PROFILAKTYKI CHORÓB ALERGICZNYCH W ASPEKCIE SPOŁECZNYM

Treść: W czym tkwi społeczno-ekonomiczny charakter chorób alergicznych? — Dlaczego istnieją trudności w rozpoznawaniu i leczeniu chorób alergicznych? — Jaka jest rola czynników cywilizacyjnych w powstawaniu chorób alergicznych? — Główne kierunki zapobiegania chorobom alergicznym.

Już w latach pięćdziesiątych obecnego stulecia Rene Dubos¹ pisze: „Niestety nie jest rzeczą dopuszczalną, aby lekarze nadal ignorowali ekonomiczne strony zagadnień zdrowia i choroby, jako że wymogi ekonomiczne mogą stać się niebawem czynnikami ograniczającymi możliwości stosowania zdobyczy wiedzy dla dobra ludzkości”. I dalej: „istnieje górna granica procentu dochodu narodowego, którą społeczeństwo chociażby bogate może poświęcać na sprawy zdrowia”.

Wypowiedź tego zachodnioeuropejskiego przyrodnika i znanego humanisty podyktowana była w tym okresie tendencją rozwojową wydatków w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej nie tylko na leczenie otwarte i szpitalne obywateli, lecz również w związku ze stratami wynikłymi z ich niezdolności do pracy.

Wydaje się zatem, że jedynie skuteczną formą zabezpieczenia największego odsetka dochodu narodowego na postęp w rozpoznawaniu i leczeniu chorób obywateli — to prawidłowo i powszechnie podejmowane akcje zapobiegania chorobom zwłaszcza o charakterze społecznym. Z polskich autorów Janusz Indulski i Jerzy Leowski² podkreślają, że „skuteczniejsze ujęcie zapobiegania chorobom o znanych, ujemnych społecznie skutkach” należy do najważniejszych aktualnie zadań rehabilitacji medycznej. Podane przez tych autorów określenie rehabilitacji medycznej można również odnieść do chorób alergicznych.

¹ R. Dubos, *Miraże zdrowia, postęp i zmiany biologiczne*, Warszawa 1962, s. 192.

² J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971.

Z obowiązku lekarza poradni alergologicznej wydaje się celowe podkreślić te zwłaszcza ujemne społecznie skutki schorzeń alergicznych, przeciw którym należałoby skuteczniej ująć sposoby zapobiegania. Profilaktyka chorób alergicznych w aspekcie społecznym dotyczyć powinna przede wszystkim ograniczenia skutków w postaci okresowej lub trwałej niezdolności do pracy obywateli, zmniejszenia odszkodowań i rent inwalidzkich z powodu nabytych alergoz, związanych przyczynowo z wykonywanym zawodem. Z drugiej strony celem zmniejszenia możliwości powstawania tych chorób cywilizacyjnych profilaktyka objąć powinna walkę z zanieczyszczaniem atmosfery, wody i gleby, o czym donoszę w artykule pt. *Znaczenie ochrony środowiska człowieka w zapobieganiu chorobom alergicznym*³.

W CZYM TKWI SPOŁECZNO-EKONOMICZNY CHARAKTER CHORÓB ALERGICZNYCH?

Dynamiczny wzrost zachorowalności na choroby alergiczne, towarzyszący rozwojowi przemysłu, postępującej urbanizacji, motoryzacji oraz technizacji życia codziennego zarówno w miastach, jak i na wsi, stwarza szereg problemów natury ekonomiczno-społecznej. Przede wszystkim na społeczne znaczenie chorób alergicznych wskazują w Polsce prof. Chachaj⁴, a w Europie prof. Halpern z Francji i prof. Ado ze Związku Radzieckiego. Według danych szacunkowych choroby alergiczne występują u około 10—17%⁵ naszej populacji, przy czym zajmują trzecie miejsce co do częstości występowania po chorobach układu krążenia i chorobach reumatycznych. Do najczęściej spotykanych alergoz należą schorzenia narządu oddechowego, jak astma (dychawica) oskrzelowa lub przewlekłe, spastyczne zapalenie oskrzeli, choroby alergiczne skóry (wyprysk, pokrzywka, zapalenie kontaktowe skóry), choroby przewodu pokarmowego. Co siódme dziecko zgłasza różnego rodzaju reakcje natury alergicznej łącznie z uczuleniami na pokarmy i leki. Ponadto występowanie astmy oskrzelowej wykazuje tendencje wzrostowe: w 1900 r. — około 0,1% naszej populacji, w 1939 r. — około 0,5%, a w 1971 r. — około 3% (dane wg M. Obtulowicza). Autor ten podaje także, że leczenie

³ I. Rybarska, *Znaczenie ochrony środowiska człowieka w zapobieganiu chorobom alergicznym*, „Kultura i Społeczeństwo”, 1978, nr 4, s. 309—316.

⁴ W. Chachaj, *Problem społeczny chorób alergicznych*, „Polski Tygodnik Lekarski”, 1971, nr 37/1405.

⁵ M. Obtulowicz, *Zarys alergologii*, Kraków 1971 (wyd. pośmiertne), s. 300, szczególnie rozdz. 14 pt. „Alergia jako problem społeczny”. Również K. Obtulowicz, *Jak sobie radzić z uczuleniem*, Warszawa 1977. Także A. Szczeklik, W. Ptak, *Leczenie chorób alergicznych*, Kraków 1973.

jednego chorego w szpitalu trwa przeciętnie 36 dni w roku, a rocznie umiera ok. 4000 osób. F. Chmielewski⁶ podaje, że w Polsce choruje około 0,5% populacji na astmę oskrzelową, a w niektórych rejonach wg Obtulowicza 3,5%.

Z wyrywkowych danych statystycznych podanych przez Romańskiego⁷ wynika, że w latach 1952—1961 liczba leczonych w szpitalach polskich z powodu dychawicy oskrzelowej podwoiła się (do 12 tysięcy chorych), a w latach 1952—1957 liczba dzieci hospitalizowanych w Polsce z powodu dychawicy wzrosła dziesięciokrotnie. Jak podaje wymieniony autor, dopiero w roku 1965 podjęto w Polsce pierwszą próbę dokładniejszej statystyki liczby zachorowań na dychawicę (czego poprzednio nie prowadzono). Znaczenie społeczne tej choroby — zdaniem Romańskiego — można było ocenić jedynie na podstawie analizy niezdolności do pracy i w pewnym stopniu danych wyżej wymienionych, a dotyczących liczby przypadków hospitalizowanych. W latach 1959, 1961, 1963 zanotowano progresję zarówno liczby chorych, jak i absencji w pracy, przy czym szczególnie wysokie wskaźniki pojawiły się w województwach: krakowskim, łódzkim, gdańskim, poznańskim i w mieście Krakowie. W zestawieniach tabelarycznych tych materiałów wykryto „rozpowszechnianie się astmy oskrzelowej w środowiskach zawodowych szczególnie cennych dla gospodarki kraju”. W skali ogólnokrajowej w roku 1963 obliczono na podstawie niezdolności do pracy 543 403 utraconych dni roboczych. Cytowani wyżej autorzy zastrzegają się co do przytaczania informacji „szacunkowych” bądź wyrywkowych, dlatego też nie przekazują wszystkich danych liczbowych, aczkolwiek te zestawienia mają swoją pionierską wartość statystyczną. Aktualnie wydaje się też celowe i konieczne zainicjować w tej dziedzinie badania — jak podaje Jądrychowski⁸ — długofalowe, prawidłowo monitorowane, które omijałyby źródła błędów pomiarów w diagnostyce zdrowia populacji. Według Sawickiego⁹ te planowane badania monitorowe nad związkami między stanem zdrowia ludności a środowiskiem spełniłyby rolę nadzoru epidemiologicznego.

⁶ F. Chmielewski, *Wyniki stosowania blokad zatoki szyjnej metodą Rutkowskiego w astmie oskrzelowej*, „Przegląd Lekarski”, 1979, nr 36, s. 6.

⁷ B. Romański, *Alergologia dla internistów*, Warszawa 1976, s. 125—135. Częstość występowania zaburzeń alergicznych i ich znaczenie społeczne we współczesnym świecie w rozdz. 8: „Klinika zaburzeń alergicznych”.

⁸ W. Jądrychowski, *Niektóre problemy metodyczne i organizacyjne w badaniach nad związkiem między zdrowiem a środowiskiem*, „Archiwum Ochrony Środowiska”, 1978, nr 3—4, s. 145—155.

⁹ F. Sawicki, *Planowanie badań monitorowych nad związkiem między stanem zdrowia ludności a środowiskiem*, „Archiwum Ochrony Środowiska”, 1978, nr 3—4, s. 157—164.

Do szkód społecznych, wynikających z opuszczonych dni roboczych i rent inwalidzkich oraz odszkodowań bądź przekwalifikowań zawodowych, doliczyć należy koszty związane z rozpoznawaniem oraz leczeniem choroby. W 1971 r. Chachaj próbuje nie tylko odnieść liczbę pół miliona opuszczonych dni roboczych do najbardziej narażonych na szkodliwości w pracy zawodowej gałęzi polskiego przemysłu. Przyjmuje on, że w Polsce żyje ponad 300 tys. osób z dychawicą oskrzelową, które wymagają regularnej opieki lekarskiej z uwagi na ciężki lub średnio ciężki stan choroby. Nie wszystkie przypadki dychawicy oskrzelowej są wprawdzie na tle alergicznym, lecz dla prawidłowego leczenia wszystkie wymagają właściwego rozpoznania. W koszty leczenia obywateli wliczać należy wydatki społeczne na opiekę poradnianą, kliniczną bądź szpitalną oraz sanatoryjną (leczenie wspomagające lub profilaktyczne), a także niemałą kwotę na leki. Dane liczbowe podane wyżej nie odbiegają od statystyki innych krajów europejskich, jeśli do tych liczb doda się jeszcze większą liczbę chorych z dychawicą lekką, z alergicznym nieżytem nosa i oskrzeli lub z innymi alergozami.

Zgodnie z cytowanymi przez prof. Ado danymi Światowej Organizacji Zdrowia (1973) wzrost zachorowalności na choroby alergiczne przekracza wzrost zachorowalności na nowotwory, gruźlicę i schorzenia reumatyczne. Autor ten podaje, że na przykład w latach 1926—1966 w Moskwie zanotowano pięciokrotny wzrost zachorowań na astmę oskrzelową. Romański podkreśla również, że zachorowalność na dychawicę w Europie jest duża począwszy od okresu dzieciństwa i ocenia on liczbę dzieci chorych na 0,6—2% ogólnej populacji. Statystyki licznych badaczy europejskich wskazują, że u 50% dorosłych chorych na dychawicę początek choroby przypada na okres dzieciństwa. Autor podaje też dane świadczące o dużej częstotliwości występowania chorób alergicznych w ośrodkach studenckich wielkich miast europejskich. Na przykład w badaniach Denisa przeprowadzonych u 8140 studentów uniwersytetu w Paryżu wykryto objawy atopii u 14% populacji: alergiczny nieżyt nosa u 3,32%, pokrzywkę u 0,13%, wyprysk u 3,7%, dychawicę oskrzelową u 3,32%, alergię na leki u 3,71%. Już w 1973 r. donoszę¹⁰ o ekonomiczno-społecznych problemach alergii zawodowej na podstawie referatów licznych autorów, wygłoszonych na europejskiej konferencji w Hadze. Na wyróżnienie pod względem znaczenia profilaktyki alergicznych chorób zawodowych zasługują zwłaszcza dwa opracowania. Williams oznacza odsetek całkowitej niezdolności do pracy z powodu astmy oskrzelowej oraz innych alergoz w porównaniu z różnymi chorobami jako przyczynę absencji chorobowych. Autor przeprowadza dokładną

¹⁰ I. Rybarska, *Społeczne czynniki schorzeń alergicznych w świetle współczesnej literatury*, „Kultura i Społeczeństwo”, 1973, nr 1, s. 231—250.

analizę 7 milionów opuszczonych dni roboczych w latach 1951, 1953 i 1954 w Wielkiej Brytanii w zależności od zawodu, wieku i płci i pod kątem skracania wieku produkcyjnego. Z obserwacji tych wynika, że na przykład w wieku 15—20 lat na astmę oskrzelową choruje z przyczyn alergicznych ponad 70% osób. Badacze francuscy: Albahary, Cavigneaux i Bessede, przyjmują natomiast, że około 90% przypadków chorób zawodowych wywołanych jest mechanizmami alergicznymi, w tym około 70% to dermatozy, ok. 25% schorzenia narządu oddechowego, a około 5% inne alergie. Już w 1958 r. przedstawiają oni swój profilaktyczny program w 16 punktach pt. „The Sixteen Points of View on Prevention of and Compensation for Allergic Occupational Diseases”. W publikacji amerykańskiej z 1960 r. Lazarowitza również w rozdziale poświęconym rehabilitacji astmatycznych pacjentów¹¹ można znaleźć dane, iż absencja w zakładach pracy z powodu dychawicy oskrzelowej, astmatycznego zapalenia oskrzeli i gorączki siennej jest o 50% wyższa niż w innych chorobach (Spain i Cooke oraz Spain i Fontana). Spostrzeżenia te są zgodne z wnioskami Williamsa, który podaje, że choroby alergiczne, jak astma oskrzelowa i alergie skóry, są przyczyną większej absencji chorobowej niż inne choroby. Z punktu widzenia społecznego dodać należy, że schorzenia alergiczne występują na różnych kontynentach (w Ameryce częściej niż w Europie), bez względu na klasy społeczne, aczkolwiek częściej w miastach niż na wsi, w różnych zawodach, jednak częściej u zatrudnionych w przemyśle ciężkim, włókienniczym, chemicznym czy w budownictwie. Biorąc pod uwagę poza stopniem cywilizacji i uprzemysłowienia różne czynniki sprzyjające powstawaniu alergoz, jak klimat, dziedziczenie itd., pozostaje nadal trudny do wyjaśnienia problem różnej zapadalności na te schorzenia w podobnych grupach społecznych, a mianowicie wyższe wskaźniki zachorowań wśród studentów amerykańskich niż francuskich. Na przykład Hagy i Settipane stwierdzili zaburzenia alergiczne u 25% badanych, w tym dychawicę oskrzelową u 5,3% studentów w Stanach Zjednoczonych. Z danych cytowanych za Romańskim wynika również, że liczba chorych alergicznie w Stanach Zjednoczonych AP jest bardzo wysoka, przy czym wykazuje szybki wzrost zachorowalności. Na przykład w 1958 r. liczba chorych na gorączkę sienną wynosi około 7 milionów, a chorych na dychawicę oskrzelową 2 miliony. W 1972 r. około 8,6 mln Amerykanów choruje na dychawicę oskrzelową, a około 31 mln cierpi z powodu zaburzeń na tle alergicznym, przy czym dane z roku 1967 wskazują już, że liczbę straconych dni roboczych z powodu astmy ocenia się w USA na 6,242 mln.

¹¹ L. C. Lazarowitz, *A Program for the Rehabilitation of Asthmatic Patient*, [w:] *Fundamentals of Modern Allergy*, New York, Toronto, London 1960.

DLACZEGO ISTNIEJĄ TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU
CHOROÓB ALERGICZNYCH?

Choroby alergiczne, jak podaje historia medycyny, znane były już w starożytności, zostały jednak zakwalifikowane pod nazwą „alergiczne” dopiero w początkach XX w. Pojęcie „alergia” wprowadził pediatra wiedeński Pirquet od słowa greckiego *alergos*, co znaczy „inny” i wskazuje na odmienną reakcję odpornościową ustroju na ponowne zetknięcie się z alergenem, tj. czynnikiem wywołującym chorobę.

W najnowszych polskich podręcznikach alergologii znajdujemy następujące określenia dla alergenu: „alergenem może być praktycznie każda substancja niezależnie od jej występowania, drogi przenikania do ustroju (alergeny wziewne, pokarmowe, kontaktowe), budowy chemicznej czy własności immunogennych”¹². Według Romańskiego, „aby nabyć własności alergenu (antygeny) musi dana substancja posiadać budowę chemiczną odmienną od budowy tkanek ustroju, na który oddziałuje”. Aczkolwiek, jak podaje autor, istnieją pewne odstępstwa od tej zasady, tzw. autoantygeny. Mechanizm zaburzeń odpornościowych wywoływanych alergenem w ustroju nie jest do dzisiaj w schorzeniach alergicznych w pełni wyjaśniony. Oprócz znacznej liczby znanych w medycynie od dawna alergenów, takich jak pewne bakterie, zarodniki pleśni i grzybów, pyłki roślin czy roztocza w cząsteczkach kurzu domowego, w grę wchodzić mogą m.in. tak zwane „czynniki cywilizacyjne”, a więc cząsteczki pyłów pochodzące z przemysłu, substancje chemiczne o charakterze odpadowym, związane bezpośrednio z produkcją związków użytkowych¹³, olbrzymie ilości leków wypuszczanych codziennie na rynek krajowy lub znajdujących się na rynkach zagranicznych oraz kosmetyków. W obrazie klinicznym występują też różne postaci alergii¹⁴. Każdy narząd lub tkanka w ustroju może bowiem zareagować alergicznie pod wpływem swoistego alergenu w sposób natychmiastowy lub w odczynie opóźnionym. Najbardziej dramatyczną formą jest bardzo szybko pojawiająca się reakcja ogólnoustrojowa, tzw. wstrząs anafilaktyczny, opisany po raz pierwszy przez Richeta (1907) po powtórny podaniu danej osobie obcogatunkowej surowicy (białka), który może

¹² S. Chyrek - Borowska, [w:] *Klinika chorób alergicznych*, red. W. Chachaj, Warszawa 1975; rozdziały: I. „Podstawowe mechanizmy odczynów alergicznych”, II. „Rozpoznawanie chorób alergicznych”, III. „Odczyn anafilaktyczny i choroba posurowicza”, s. 11—31.

¹³ E. Rudzki, *Podstawy alergii klinicznej*, Warszawa 1970.

¹⁴ W. Chachaj, J. Małolepszy, *Dychawica oskrzelowa u dorosłych*, [w:] *Klinika chorób...*, s. 80—109; także: Szczeklik, Ptak, *op. cit.*, s. 4.

prowadzić do zejścia śmiertelnego. Nawet jeśli natychmiastowy odczyn alergiczny ma charakter miejscowy, dotknięty nim chory szuka zwykle pomocy lekarskiej. Chorzy szukają zwłaszcza pierwszej pomocy lekarza rejonowo najbliższego bez względu na to, czy są to burzliwe objawy wstrząsu po ukąszeniu przez pszczołę czy na przykład po ponownym podaniu zranionemu surowicy przeciwzęzcowej, bądź przetoczeniu niezgodnej grupowo krwi, zastosowaniu zastrzyku penicyliny, w toku zakażenia bądź po spożyciu ryby. Natychmiastowej pomocy wymagają chorzy w ataku dychawicy oskrzelowej, gorączki siennej, obrzęku naczynioruchowym lub zaostreniu pokrzywki, co sprawia, że chorzy ci bez względu na porę dnia czy roku zgłaszają się do stacji pogotowia ratunkowego, ambulatoriów lekarzy zakładowych czy bezpośrednio na ostry dyżur do szpitala — do lekarzy różnych specjalności: pediatrów lub internistów bądź lekarzy przemysłowych, laryngologów, dermatologów, okulistów i innych. Stąd liczba chorych alergicznie wymyka się pełnym obliczeniowym statystycznym. Rzadziej bowiem te ostre przypadki trafiają do specjalistów alergologów, aczkolwiek pomoc tych ostatnich wydaje się celowa w ustawieniu chorego, aby zapobiegać nawrotom choroby lub przejściu choroby w stan przewlekły. Z drugiej strony wynika stąd konieczność szkolenia większej liczby lekarzy alergologów oraz organizowania większej liczby specjalistycznych placówek w Polsce, zwłaszcza że w poradniach alergologicznych rośnie z dnia na dzień liczba chorych alergicznie. Jak wskazują dane ankietowe Polskiego Związku Zwalczenia Astmy w Krakowie z 1976 r., w Polsce jest około 50 alergologicznych poradni, oddziałów klinicznych bądź szpitalnych, co z przyczyn podanych wyżej nie obrazuje w pełni sytuacji na tym odcinku w Polsce, nie obejmując przede wszystkim poradni przemysłowych, prowadzących tego typu usługi dla szerokiej rzeszy pracowników, oraz przychodni rejonowych. Z tych ostatnich poradni pacjent często trafia do specjalisty „za późno”, gdyż dopiero w takim okresie zaawansowania choroby, która kwalifikuje go do przejścia na rentę inwalidzką. Ujemne społecznie skutki chorób alergicznych są zatem aktualnie niepokojące tak ze względów biologicznych, ekonomicznych, jak również psychologicznych. W przypadkach bowiem najczęściej występujących na tle alergicznym schorzeń narządu oddechowego, skóry czy przewodu pokarmowego, które pojawiać się mogą już w dzieciństwie i utrzymywać całe życie lub nawracać przez wiele lat albo ujawniać się w wieku dojrzałym pod wpływem czynników infekcyjnych, zawodowych czy cywilizacyjnych, należy liczyć się z obciążeniem fizycznym i psychicznym danego osobnika, jego rodziny, a często też i jego potomstwa.

Jak podaje Chachaj, proces alergizacji ustroju dziecięcego występuje szczególnie łatwo u dzieci z rodzinnym podłożem. Wywiad wskazuje

często typową kolejność i progresję zmian alergicznych, takich jak wyprysk konstytucjonalny, pokrzywki, alergiczny nieżyt nosa i spojówek, następnie przewlekłe alergiczne zapalenie oskrzeli, a w końcu dychawica oskrzelowa, uczulenia na leki i inne rzadsze, lecz rozpoznawane już dzisiaj alergozy. Wczesne rozpoznanie ma znaczenie zarówno prognostyczne, jak i profilaktyczne. Rozpoznanie czy obserwowane schorzenie u danego osobnika ma tło alergiczne, opiera się bowiem nie tylko na tzw. badaniu testowym, na jaki alergen chory jest uczulony, lecz powinno polegać na ustaleniu typu zaburzeń procesu odpornościowego, co wymaga zastosowania nowoczesnych technik immunologicznych. Takie postępowanie pozwala następnie na podjęcie nie tylko leczenia objawowego, lecz odczulającego, w sposób swoisty bądź nieswoisty podnoszenia odporności ustroju. Wzorem państw o większych w tym względzie tradycjach niż Polska, jak Związek Radziecki czy Stany Zjednoczone, leczenie odczulające prowadzi się przy zastosowaniu różnych preparatów biologicznych często w sposób ciągły u jednego osobnika przez kilka miesięcy lub lat. Systematyczne podawanie małych dawek alergenu (antygeny), tzw. hiposensybilizacja, prowadzi zwykle do zmiany odporności ustroju i ma znaczenie również leczenia zapobiegawczego.

JAKA JEST ROLA CZYNNIKÓW CYWILIZACYJNYCH W POWSTAWANIU CHOROÓB ALERGICZNYCH?

Już od czasów Hipokratesa wiadomo, że czynników wywołujących choroby należy szukać w otoczeniu człowieka, m.in. w powietrzu, wodzie i glebie, oraz w wykonywanych przez niego zajęciach. Wiadomo też powszechnie, że w ostatnich latach zagrożenie środowiska człowieka stanowi na całym świecie narastający problem zwłaszcza w krajach o wysokiej cywilizacji. Szkodliwości cywilizacyjne oddziałują bowiem na ustrój żywy kompleksowo. Mogą one stać się bezpośrednio przyczyną chorób bądź też działać szkodliwie w sposób pośredni jako tzw. „czynniki usposabiające” do powstawania choroby. W przypadku chorób alergicznych przyjęć należy obie możliwości.

W krajach o wysokim stopniu uprzemysłowienia, zwłaszcza w powietrzu wielkich miast unoszą się zanieczyszczenia w postaci kurzu złożonego z mieszaniny cząsteczek mineralnych i roślinnych, dymów i gazów fabrycznych oraz produktów niecałkowitego spalania paliw w pojazdach mechanicznych. U mieszkańców tych miast i okolicy spotyka się częstsze występowanie przewlekłych nieżytów oskrzeli i dychawicy oskrzelowej. Zanieczyszczenie atmosferyczne powodując bowiem mikrotraumatyzację błon śluzowych mogą wnikając w głębsze ich warstwy działać bezpośrednio alergizująco na ustrój człowieka lub też uła-

twiać wnikanie alergenów, takich jak bakterie, wirusy czy pleśnie oraz cząsteczki pyłków roślinnych, pochodne sierści zwierząt, piór, łusek owadów itd. Znacznie szybciej działają te szkodliwe czynniki chorobotwórcze u osobników po już kilkakrotnie przebytych infekcjach dróg oddechowych prowadząc wtórnie do zaostrzeń zwłaszcza przy niekorzystnych zmianach atmosferycznych oraz u palaczy tytoniu. Wskazują na to doniesienia licznych autorów, a mianowicie angielskich: Lambert i Reid (1970), czeskich: Boudik (1972), oraz badania Sawickiego¹⁵. Warto również dodać, że na podstawie badań autorów francuskich i polskich przyjmuje się, że w około 30% przewlekłych nieżytych oskrzeli odgrywają rolę alergiczne mechanizmy patogenne. Romański podkreśla, że również w Polsce w chwili obecnej przewlekłe nieżyty oskrzeli stanowią poważny problem ekonomiczno-społeczny.

Produkty uboczne zwłaszcza wielkiego przemysłu wydają się mieć bardzo złożony mechanizm zgubnego oddziaływania na środowisko człowieka. Jeśli brakuje odpowiednich filtrów usuwających lub neutralizujących zanieczyszczenia fabryczne, obserwować można w promieniu od kilku do kilkudziesięciu kilometrów zakłócenia w drzewostanie i roślinności (Goetel, Molenda), a pośrednio niekorzystne zmiany w glebie. Skawina i Wąchalewski opisują szczegółowo te charakterystyczne zmiany cech materii próchnicznej pod wpływem opadów pyłów przemysłowych. Od tych przemian zależą bowiem zbiory roślin użytkowo-jadalnych oraz rozwój hodowli zwierząt. Między innymi lotność gleby może mieć wpływ na częstość występowania na danym terenie przypadków astmy oskrzelowej zwłaszcza u dzieci.

W przypadkach skażenia wód zanieczyszczeniami przemysłowymi należy się liczyć również z możliwością mikrotraumatyzacji lub ich działania toksycznego na błony śluzowe przewodu pokarmowego, spojówek czy skóry. Te chemiczne związki mogą działać na ustrój bezpośrednio alergizująco lub przez toksyczne zniszczenie śluzówki ułatwić wnikanie bakterii lub niestrawionych wystarczająco cząsteczek pokarmowych jako alergenów bądź czynników zapalnych. Jak podaje Czeżowska (1971), koniecznym warunkiem wystąpienia rozpoznawalnych klinicznie stanów uczulenia pokarmowego jest wzmożona przepuszczalność bariery jelitowej. O wiele łatwiej dochodzi do rozwoju alergizacji u osób z przebytymi już wcześniej schorzeniami danego narządu, np. jelit, wątroby czy nerek.

W związku z postępującą technizacją i chemizacją życia na co dzień obserwuje się również szereg alergoz skórnych zarówno u zatrudnio-

¹⁵ Z. Czeżowska, *Rola bakterii w alergii pokarmowej*, „Polski Tygodnik Lekarski”, 1971, nr 37/1406.

nych bezpośrednio w przemyśle chemicznym czy farmaceutycznym, jak i u gospodyń domowych, rolników i innych pracowników narażonych na powtarzający się kontakt z chemikaliami. Często toksyczne działanie substancji chemicznych prowadzi do wtórnej alergizacji¹⁶.

Wśród czynników usposabiających do powstawania alergoz wymienia się między innymi czynnik neurogeny. Droszcz podkreśla w tym wypadku ujemny wpływ cywilizacji, sprzyjającej przeciążeniu systemu nerwowego i osłabieniu naturalnej odporności.

GLÓWNE KIERUNKI ZAPOBIEGANIA CHOROBYM ALERGICZNYM

Profilaktyka chorób alergicznych powinna objąć przede wszystkim te grupy społeczne w zależności od wieku i rodzaju schorzenia, które są najbardziej zagrożone, a więc dzieci, młodocianych oraz osoby narażone z racji zawodu czy zamieszkania w rejonie wielkich ośrodków przemysłowych. Przyjmuje się, że około 20% dzieci chorych alergicznie wchodzi w wiek dojrzały z predyspozycją do zapadania na choroby alergiczne. Specjalistyczne leczenie, a także zapobieganie nawrotom przez podnoszenie odporności ustroju dziecka, następnie specjalna ochrona młodocianych mogą zmniejszyć odsetek zapadalności w tzw. wieku produkcyjnym. Wreszcie należyta rekreacja i hartowanie zdrowych oraz leczenie specjalistyczne i wspomagająco-profilaktyczne (sanatoria) po przebytej chorobie mogą mieć wpływ na mniejszą liczbę opuszczonych dni roboczych. Powinno też chronić przed narastającą liczbą przedwcześnie przechodzących na renty inwalidzkie w grupie wieku 40—50 lat, a przede wszystkim przed wzrostem liczby chorych przewlekle. Grupa chorych przewlekle z częstymi zaostrzeniami bądź powikłaniami zwłaszcza po 60 roku życia stanowi dzisiaj w Polsce specjalnie trudny problem ze względu na brak dostatecznej liczby łóżek szpitalnych dla tzw. zalegających chorych, wymagających wielotygodniowej hospitalizacji, i stwarza konieczność organizowania „domów dla przewlekle chorych”. Dlatego też zapobieganie m.in. chorobom alergicznym, takim zwłaszcza jak astma oskrzelowa, urasta do rangi wyższej użyteczności.

Istnieją trzy zasadnicze kierunki zapobiegania chorobom alergicznym:

1. postępowanie zmierzające do usunięcia czynników zagrażających człowiekowi w środowisku,
2. przeniesienie człowieka z danego środowiska, aby uniknąć ekspozycji na szkodliwe dlań alergeny,

¹⁶ Rudzki, *op. cit.*

3. sposoby zmierzające do wytworzenia maksymalnej adaptacji człowieka do zanieczyszczonego m.in. alergenami środowiska.

Zapobieganie chorobom alergicznym podobnie jak innym chorobom cywilizacyjnym przez likwidację czynników zagrażających, a więc wywołujących bądź usposabiających do powstawania różnych schorzeń, winno stać się zatem jeszcze jednym punktem programu w ochronie środowiska. Zarówno piśmiennictwo naukowe, jak również prasa codzienna informują społeczeństwo o zorganizowaniu krajowej sieci kontrolno-pomiarowej, specjalnych oczyszczalni ścieków, instalacji odpylających itp. urządzeń, co pozwala przypuszczać, że Polska podobnie do wielu krajów na świecie prowadzi od szeregu lat właściwą walkę o likwidację zanieczyszczeń w środowisku człowieka. Problem jest trudny i nadal otwarty. Często bowiem instalacja takich aparatów krajowych, a zwłaszcza importowanych znacznie obniża produkcję danego zakładu przemysłowego, stąd przebiega z oporami i z dużym opóźnieniem. W wielu wypadkach już zainstalowane urządzenia źle funkcjonują, dlatego na przykład, jak podaje prof. Hermanowicz, kierownik katedry chemii sanitarnej i technologii wody i ścieków Politechniki Warszawskiej¹⁷, „42% długości naszych rzek to po prostu ścieki pozbawione życia biologicznego”. Zespół ekspertów, który opracował „założenia programu ochrony środowiska w Polsce do roku 1990”, ocenia zatem stan w wielu regionach kraju jako krytyczny. Tym bardziej cenne wydają się poszukiwania naukowców nowego rozwiązania tych problemów. Już w roku 1971 prof. Ostrowski, kierownik międzywydziałowej katedry chemii fizjologicznej AM w Krakowie, przedstawia omawiane na IX Ogólnopolskim Zjeździe Polskiego Towarzystwa Biochemicznego metody biologicznego oczyszczania ścieków fabrycznych ze składników fenolowych przy pomocy mikroorganizmów, usuwania ze środowiska niektórych węglowodorów lub środków chwastobójczych, zatruwających gleby i produkty żywnościowe. Na zjeździe tym omawiano również metody zwalczania chemicznych szkodliwości w atmosferze hal fabrycznych i hut dla przykładu różnych toksycznych, lotnych związków organicznych i nieorganicznych.

Z uwagi na tak rozliczne czynniki zagrażające środowisku człowieka cywilizowanego wydaje się niekiedy znacznie prostsze z punktu widzenia profilaktycznego okresowe, a nawet stałe przeniesienie osoby podejrzanej o uczulenie na jakiś alergen do innego środowiska. Na przykład można uczulonego na grzyb domowy przenieść do suchego mieszkania, a sprzętaczkę uczuloną na pastę podłogową wyłączyć od wykonywanego zajęcia. Nie zawsze jednak sprawa daje się szybko rozpo-

¹⁷ W. Hermanowicz, „Życie Literackie”, 1972, nr 1062.

znać i równie łatwo wyłączyć osobę z jej warunków środowiskowych, gdyż albo niełatwo wykryć substancję alergizującą czy zmienić klimat, miejscowość zamieszkania bądź tylko mieszkanie, albo przejść na inne stanowisko pracy czy przekwalifikować pracownika. Często spotykamy bowiem uczulenie równocześnie na różne alergeny lub różne czynniki w zakładzie pracy, stanowiące o całości produkcji czy transportu bądź konieczności wykonywania pewnych funkcji zajęciowych mimo wyraźnych szkodliwości, np. kontakt ze środkami piorąco-czyszczącymi. Mówimy wówczas o wielowartościowej (polywalentnej) alergizacji ustroju. Ten typ schorzeń alergicznych wymaga często złożonych metod leczenia odczulającego równocześnie na kilka alergenów, czasem dodatkowo leczenia wkraczającego w podnoszenie tzw. nieswoistej odporności oraz leczenia objawowego. Można przyjąć ze względów profilaktyki chorób alergicznych, że czasowe leczenie chorego uczulonego w uzdrowiskach przy pomocy mikroklimatu czy zabiegów fizykoterapeutycznych nie tylko wyłącza go ze środowiska alergizującego, lecz równocześnie podnosi jego ogólną odporność na ponowne zetknięcie z czynnikami szkodliwymi.

Jedną z podstawowych metod profilaktyki chorób alergicznych jest szczepienie przy zastosowaniu preparatów bakteryjnych typu polyvaccin. Osoby szczepione tracą skłonność do częstych infekcji, co, jak wiemy, chroni przed zapadalnością zwłaszcza na przewlekłe zapalenia dróg oddechowych. Natomiast w przypadkach tzw. alergii bakteryjnej ma podwójne znaczenie: odczulające i zapobiegające nawrotom. U osób ulegających częstym zakażeniom mimo szczepień lub źle tolerujących szczepionki bakteryjne likwidować należy tzw. ogniska infekcji, torujące drogę alergizacji ustroju. Rola kierująca tego typu akcją profilaktyczną powinna przypadać oczywiście powiększonej sieci poradni alergologicznych.

Poradnie specjalistyczne powinny ponadto rozszerzyć prowadzony obecnie dział świadczeń rehabilitacyjnych (leczenie w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach) i kierować alergicznie chorych również do ambulatoryjnego leczenia uzdrowiskowego oraz na wczasy lecznicze bądź profilaktyczne. Te ostatnie formy świadczeń profilaktycznych mogłyby objąć chorych z dodatnim wywiadem alergologicznym oraz specjalnie zagrożonych ze względu na zamieszkanie w rejonach wielkich ośrodków przemysłowych lub osoby z narażonych na szkodliwości stanowisk pracy. Zapobieganie chorobom alergicznym polegające na usuwaniu osób ze środowiska zagrożonego oraz wszelkich akcjach zmierzających do podnoszenia odporności ustroju (stosowanie szczepionek lub innych preparatów biologicznych, leczenie uzdrowiskowe, gimnastyka lecznicza, sport itp.)¹⁸

¹⁸ K. Szulczyńska, *Rehabilitacja oddechowa chorych na astmę*, Warszawa 1977.

spoczywa głównie w rękach lekarzy. Natomiast usuwanie w środowisku człowieka zanieczyszczeń atmosfery, wody i gleby, sprzyjających powstawaniu chorób alergicznych, wykracza poza możliwości służby zdrowia. Ochrona środowiska wymaga bowiem współdziałania wielu specjalistów z różnych dziedzin nauki, życia gospodarczego i administracyjnego, a przede wszystkim zrozumienia całego społeczeństwa problemu zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi.