

1. Wstęp

Alergia uznawana jest za chorobę cywilizacyjną XX wieku. W wielu obserwacjach epidemiologicznych stwierdzono znaczący wzrost częstości występowania alergicznego nieżytu nosa i astmy oskrzelowej w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat (1, 2, 3). W krajach wysokorozwiniętych częstość występowania alergii szacuje się na 20-30%. W ostatnich latach w krajach Unii Europejskiej nadano istotną rolę problemowi narastania częstości alergicznego nieżytu nosa i astmy (3, 4).

Występowanie chorób alergicznych warunkowane jest współdziałaniem czynników genetycznych i środowiskowych. Istotną rolę pełni zanieczyszczenie środowiska oraz obecność alergenów w otoczeniu człowieka.

W ostatnim dziesięcioleciu opublikowano wyniki dwóch dużych badań epidemiologicznych o światowym zasięgu, mających na celu ocenę występowania chorób alergicznych, w tym także alergicznego nieżytu nosa ISAAC (5) oraz ECRHS (6).

Z danych uzyskanych w badaniu ISAAC oceniającym występowanie chorób alergicznych w 56 krajach różnych regionów świata u 768.591 dzieci w wieku 13-14 lat, oszacowano występowanie alergicznych nieżytów nosa wśród młodzieży na od 1,4 % do 39,7 %, średnio 7,5 %. Stwierdzono znaczne różnice w częstości występowania alergicznego nieżytu nosa.. Krajem o najmniejszej częstości schorzeń alergicznych (w tym alergicznego nieżytu nosa) była Albania, zaś w krajach, takich jak Portugalia czy Nigeria częstość nieżytu nosa oceniano na powyżej 35 % (5). W 5 lat po zakończeniu pierwszej fazy badania ISAAC procedurę badania powtórzono (w latach 2002 –2003) celem oceny zmian częstości występowania astmy oskrzelowej, alergicznego nieżytu nosa i egzemy w czasie. Badaniu poddano 193 404 dzieci w wieku 6-7 lat w 37 krajach oraz 304 679 dzieci w wieku 13-14 lat w 56 krajach (7). Odnotowano wzrost częstości występowania objawów chorobowych w wielu ośrodkach badawczych, jednak brak wzrostu częstości występowania astmy oskrzelowej w tych ośrodkach, które pierwotnie charakteryzowały się wysokim poziomem występowania astmy w grupie dzieci starszych jest pocieszający (7).

Badaniem ECRHS I objęto 15 krajów, przede wszystkim europejskich, w których ankietowano 16 786-osobową populację dorosłych w wieku 20-44 lat. Oprócz ankiet, wrywkowo wykorzystywano testy skórne, badania antygenowo-swoistych przeciwciał w klasie IgE i reaktywności oskrzeli. Choć badanie dotyczyło głównie epidemiologii astmy i alergii, to jednak pozwoliło na oszacowanie średniej częstości występowania alergicznego nieżytu nosa – średnio na 20,9 %, w tym całorocznego alergicznego nieżytu nosa na 4,1 %. U

6% badanych astma oskrzelowa współwystępowała tylko z sezonowym alergicznym nieżytem nosa, u 9 % tylko z całorocznym alergicznym nieżytem nosa, a u 18 % i z sezonowym i całorocznym nieżytem nosa (6). Badanie ECRHS II, stanowiące udoskonaloną wersję zastosowaną w 38 ośrodkach w Europie, objęło populację ponad 380 000 respondentów.

Badania wskazują, iż zarówno alergiczny, jak i niealergiczny nieżyt nosa stosunkowo często współlistnieje z astmą. W badaniach francuskich (8), które objęły osoby powyżej 15 roku życia, aż u 13,4 % chorych na całoroczny nieżyt nosa i tylko u 3,5 % bez nieżyty nosa stwierdzano astmę oskrzelową. W badaniach ECRHS (6) w grupie w przedziale wieku 18-44 lata związek pomiędzy nieżytem nosa, a astmą oskrzelową był widoczny, ponieważ wskaźniki te wynosiły odpowiednio 22,5 i 4%. Astmę oskrzelową stwierdzano u 6% chorych z sezonowym nieżytem nosa, u 9% z całorocznym nieżytem nosa i u 18% ze współlistnieniem sezonowego i całorocznego nieżyty nosa, przy czym atopia, lub jej brak, nie był istotnym czynnikiem wpływającym na wymienione proporcje, natomiast nadreaktywność oskrzeli na histaminę lub metacholinę stwierdzano częściej u chorych na całoroczny niż na sezonowy nieżyt nosa lub osób zdrowych. Częstość występowania nietolerancji niesterydowych leków przeciwzapalnych okazała się być ponad 8 razy wyższa w grupie z alergicznym nieżytem nosa (9), jeszcze bardziej ewidentne związki występują w przypadku astmy zawodowej i nieżyty nosa. Na podstawie analiz uważa się, że szczególnie alergiczny nieżyt nosa zwłaszcza ujawniający się we wczesnych okresach życia, może być uznany za istotne ryzyko zachorowania w przyszłości również na astmę.

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Polsce w połowie lat 90-tych pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego wskazywały na niepokojący trend narastania problemu chorób alergicznych; oceniały częstość alergii na terenie naszego kraju na 12-13% (10). Jednak rodzaj wykorzystanej ankiety nie korespondował z badaniami międzynarodowymi.

Wieloośrodkowe badanie PMSEAD obejmujące 16 238 osób, przeprowadzone pod patronatem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego w latach 1998-1999 wykazało, iż częstość astmy oskrzelowej w populacji polskich dzieci w wieku 3 – 16 lat wynosi 8,6%, natomiast w populacji dorosłych – 5,4% (11).

Porównanie częstości występowania chorób alergicznych u dzieci w środowisku miejskim i wiejskim przeprowadzone zostało na grupie 404 dzieci w wieku szkolnym zamieszkujących w centralnej Polsce. Stwierdzono znamienne wyższą częstość chorób alergicznych u dzieci zamieszkujących w dużym mieście w porównaniu z dziećmi ze środowiska wiejskiego (astma

oskrzelowa 16,42% vs 1,97%, alergiczny nieżyt nosa 38,81% vs 10,84%). Ponadto 4-krotnie wyższy odsetek dzieci z alergią zamieszkujących duże miasto w porównaniu z dziećmi alergicznymi ze środowiska wiejskiego okazało się być uczulonych na co najmniej 5 alergenów, natomiast znamienne wyższy odsetek dzieci alergicznych na wsi miał alergię monowalentną lub uczulenie na nie więcej niż 2-4 alergenów (12).

Badanie zgodne z protokołem ISSAC przeprowadzone zostało w populacji dzieci szkolnych 6-7-letnich oraz 13-14-letnich w Poznaniu i Krakowie w latach 1994/95 oraz 2001/02. Wnioski płynące z uzyskanych wyników wskazują na to, iż w ciągu 7 lat oddzielających pierwszą i drugą fazę badania częstość objawów i rozpoznań alergicznego nieżytu nosa oraz alergicznego nieżytu nosa i spojówek w obu grupach wiekowych dzieci istotnie wzrosła i wyniosła: częstość objawów w grupie młodszej: w Krakowie 33,6%; w Poznaniu 31,3%, w grupie starszej: w Krakowie 41,4%; w Poznaniu 39,6%, a częstość ustalonych rozpoznań w grupie młodszej: w Krakowie 21,1%; w Poznaniu 19,5%, w grupie starszej: w Krakowie 29,9%; w Poznaniu 32,6% (13).

W 2003 roku przeprowadzono badania pilotażowe, które miały na celu walidację ankiety adaptowanej do warunków polskich na podstawie wersji ankiety przygotowanej w ramach programu European Community Respiratory Health Survey II (ECRHS II). Badanie przeprowadzono na grupie 1000 respondentów wybranych z przeciętnej polskiej populacji miejskiej, w Świdnicy koło Wrocławia. Wyniki wykazały dwukrotnie większe nasilenie występowania chorób alergicznych niż wynikało to z badań przeprowadzonych w połowie lat 90-tych (10), aczkolwiek zastosowanie odmiennych metod ankietowych nie pozwala na bezpośrednie porównanie tych badań.

Stąd propozycja ogólnopolskich badań stanowiących kontynuację międzynarodowych badań European Community Respiratory Health Survey II (ECRHS II) oraz International Study of Asthma and Allergies in Childhood (*ISAAC*) mających za zadanie uaktualnienie danych epidemiologicznych tak, aby były one spójne metodologicznie z ogólnoeuropejskimi analizami. Wartością dodaną przedsięwzięcia były badania uzupełniające pozwalające na określenie czynników ryzyka, w tym czynników środowiskowych, warunkujących zapadalność na schorzenia uczuleniowe.

Wyniki tak zaprojektowanego badania pozwalają opracować standardy wczesnej wykrywalności chorób alergicznych oraz ich prewencji opartej na zaleceniach i kształtowaniu warunków środowisk domowych w rodzinach wysokiego ryzyka chorób alergicznych. Praktyczne wdrożenie wyników przyczyni się także do racjonalizacji

postępowania medycznego oraz ograniczenia kosztów leczenia pacjentów z chorobami alergicznymi. Badanie ECAP jest pierwszym badaniem dotyczącym epidemiologii chorób alergicznych w Polsce zakrojonym na tak dużą skalę.

Badania epidemiologiczne alergii umożliwiają m.in. ocenę znaczenia tej choroby (częstość występowania, wskaźniki chorobowości i zachorowalności) w różnych przedziałach wiekowych i w różnych regionach, występowania różnic zależnych od rasy, płci, warunków życia, jak również poznanie czynników ryzyka zachorowania: uwarunkowań genetycznych i rodzinnych, zależności od miesiąca urodzenia, wpływu środowiska itp. (14). Powtarzane badania epidemiologiczne pozwalają poznać historię naturalną alergii, jego populacyjną dynamikę, określić trendy czasowe i na ich podstawie prognozować wskaźniki ważne dla opracowania programów profilaktyki i odpowiedniej organizacji opieki zdrowotnej dla chorych cierpiących na tę chorobę.

Piśmiennictwo

1. European Allergy White Paper, The UCB Institute of Allergy. Allergic diseases as a public health problem in Europe. UCB Institute of Allergy 1997.
2. Leynaert B., Neukrich C., Kony S et al. Association between asthma and rhinitis according to atopic sensitization in a population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 1:86-93
3. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz AA et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA 2008) *Allergy* 2008; 68 (Suppl 86): 8-160.
4. Van Cauwenberge P., Watelet JB., Van Zele T., Bousquet J. et al. Spreading excellence in allergy and asthma: the Gallen Project. *Allergy* 2005;60;858-864
5. 5. *Lancet*. 1998. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee: Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet*, 351: 1225-1232.
6. 6. European Community Respiratory Health Survey: Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur. Respir. J.*, 1996; 9: 687-695.
7. 7. Asher M.I., Montefort S., Bjorksten B et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *The Lancet* 2006; 368, 9537
8. Pariente P., Lepem C., Los F., Bousquet J. 1997. Quality-of-life outcomes and the use of antihistamines in a French national population-based sample of patients with perennial rhinitis. *Pharmacoeconomics* 1997; 12: 585-595.
9. Hedman J., Kaprio J., Poussa T., Nieminen M. Prevalence of asthma, aspirin intolerance, nasal polyposis and chronic obstructive pulmonary disease in a population-based study. *Int. J. Epidemiol.*, 1999 ;28: 717-722
10. Małolepszy J., Liebhart J., Wojtyniak B., Pysiewicz K., Płuska T. Występowanie chorób alergicznych w Polsce. *Alergia Astma Immunologia* 2000, 5, supl. 2.

11. Liebhard J., Małolepszy J., Wojtyniak B. i wsp. Prevalence and risk factors for asthma in Poland: Results from the PMSEAD Study. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007; vol 17 (6):367-374.
12. Majkowska-Wojciechowska B., Pełka J., Korzon I. Prevalence of allergy, patterns of allergic sensitization and allergy risk factors in rural and urban children. *Allergy* 2007;62:1044-1050.
13. Lis G., Bręborowicz A., Cichocka-Jarosz E. i wsp. Częstość alergicznego nieżytu nosa i spojówek u dzieci szkolnych w Krakowie i w Poznaniu w Świetle badania ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). *Otolaryngologia Polska* 2004, LVIII,6:1103-1109
14. Sibbald B, Strachan D.. *Epidemiology of rhinitis*. W: *Astma and rhinitis*. Blackwell, pod red. Busse WW. Holgate ST. 1995, Science Inc, Cambridge, 32-43.