



**Prof. dr hab. n. med.  
Zbigniew Bartuzi**

Katedra i Klinika  
Alergologii, Immunologii  
Klinicznej i Chorób  
Wewnętrznych  
Collegium Medicum  
w Bydgoszczy  
Uniwersytetu Mikołaja  
Kopernika w Toruniu

# Szanowne Koleżanki i Koledzy

26 września 2018 r. w Mikołajkach rozpoczyna się największe święto polskiej alergologii - XIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. W trakcie tego wydarzenia kończy się moja rola jako Prezydenta PTA. Był to ogromny zaszczyt i wyróżnienie służyć Państwu i polskiej alergologii przez 3 lata, prowadząc ją wśród wielu mniejszych i większych zakrętów codzienności. Zwierczenie kadencji skłania ku podsumowaniom i bilansom – jest to dobry moment, by z wielu aktywności naszego Towarzystwa w ostatnich 3 latach przedstawić Państwu to co udało nam się osiągnąć dla utrzymania statusu specjalizacji alergologicznej, jak i zwiększenia społecznej rozpoznawalności naszego środowiska.

Na początku kadencji wielkim wyzwaniem była dla mnie integracja środowiska alergologicznego zagrożonego podziałami instytucjonalnymi. Dzięki staraniom władz PTA udało się utrzymać status specjalizacji alergologicznej, uniemożliwiając stworzenie odrębnej specjalizacji, a tym samym podział naszego środowiska. Przedstawiciele Zarządu Głównego odbyli szereg spotkań na szczeblu ministerialnym, m.in. z Ministrem Zdrowia, v-ce Ministrami, Konsultantem i Prezesem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Zarząd Główny PTA skierował wiele pism do decydentów i liderów poszczególnych środowisk informując i uzasadniając konieczność utrzymania integracji oraz dotychczasowej formy zarówno Towarzystwa, jak i specjalizacji. Wszystkie te działania, które wymagały wielu starań i dużej determinacji wielu kolegów z Zarządu Głównego wobec szeregu działań różnych osób i instytucji mających na celu jej faktyczny podział, zakończyły się bezwarunkowym odrzuceniem działań dezintegrujących, co należy uznać za wielki sukces obecnej kadencji.

W 2016 roku, na skutek licznych głosów i zapytań rodziców, a także wniosków alergologów, władze Towarzystwa rozpoczęły rozmowy z Ministerstwem Zdrowia nt. możliwości zainstalowania w szkołach i innych placówkach wychowawczo-oświatowych adrenaliny. W związku z tym Towarzystwo zwróciło się do Ministerstwa Zdrowia z następującymi propozycjami:

- przeszkolenia przez specjalistów PTA personelu szkolnego w zakresie postępowania z dzieckiem zagrożonym wstrząsem anafilaktycznym;
- przygotowania procedury reagowania na wstrząs anafilaktyczny.

W latach 2016-2018 w wyniku kilku spotkań z Przedstawicielami Ministerstwa, Towarzystwo otrzymało pełne wsparcie swoich działań. Ich wdrożenie wymaga jednak poparcia organizacyjnego ze strony Ministerstwa Edukacji Narodowej. Dlatego władze Towarzystwa prowadziły stałą korespondencję z Ministerstwem Zdrowia

i Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Rzecznikiem Praw Dziecka, powołując się na dane epidemiologiczne, wyjaśniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa alergologicznego w szkołach. Towarzystwo zwróciło się także do rodziców dzieci zagrożonych wstrząsem o przesyłanie poprzez profil PTA na Facebook'u swoich historii, które później – za zgodą i wiedzą zainteresowanych – zostały wykorzystane w rozmowach z decydentami by pokazać skalę i charakter problemu, jakim jest brak adrenaliny w szkołach, do których uczęszczają dzieci zagrożone wstrząsem anafilaktycznym. W okresie 2016-2018 ukazało się także kilka publikacji prasowych (wywiadów, artykułów i analiz) przygotowanych przez przedstawicieli PTA, które miały nagłośnić i upublicznić problem braku adrenaliny w szkołach. W wyniku współpracy z Ministerstwem Zdrowia eksperci Towarzystwa brali udział w procesie legislacyjnym ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz rozporządzenia określającego wyposażenie apteczki pielęgniarki szkolnej (włączenie do apteczki szkolnej adrenaliny w formie ampułkostrzykawki). W propozycji rozporządzenia, które jeszcze podlega jeszcze konsultacjom, nasze postulaty zostały uwzględnione.

Kadencja 2015-2018 była kontynuacją poprzednich kadencji w zakresie działalności edukacyjnej. PTA w tym okresie zorganizowało 45 własnych wydarzeń edukacyjnych. Istotnym momentem była zmiana formuły naukowej Konferencji Szkoleniowej PTA w Wiśle w 2017 r., co obejmowało wprowadzenie do programu nie komercyjnych sesji Sekcji Problemowych PTA, sesji interaktywnych dla osób specjalizujących się, certyfikowanych kursów z zakresu immunoterapii, Strefy Eksperta oraz Strefy Resuscytacji. Od 2017 roku to uczestnicy naszych konferencji wybierają hasło przewodnie kolejnego spotkania. Propozycje te spotkały się z ciepłym przyjęciem uczestników Konferencji i były kontynuowane podczas X Jubileuszowej Konferencji Szkoleniowej PTA, która odbyła się w 2018 r. Zmiany, mające na celu podniesienie atrakcyjności naukowej, wprowadziliśmy także w Akademii Alergologii, która stała się spotkaniem lokalnych specjalistów z liderami polskiej alergologii.

W trakcie kadencji Zarządu Głównego PTA 2015-2018 udzielono 38 patronatów dla różnych wydarzeń i inicjatyw edukacyjnych oraz medialnych w tematyce alergologicznej.

Ostatnie 3 lata to także zauważalny wzrost znaczenia międzynarodowego PTA – nasi przedstawiciele znajdują się we władzach najważniejszych organizacji alergologicznych, gościmy i aplikujemy o prestiżowe spotkania międzynarodowe oraz utrzymujemy stały kontakt naukowy i organizacyjny z liderami światowej alergologii – czerpiąc inspirację z ich dokonań, ale też będąc inspiracją dla nich. Wierzę,



że ten kapitał – naukowy i organizacyjny – będzie dobrym startem dla następnych władz naszego Towarzystwa.

Podsumowując, w latach 2015-2018 Zarząd Główny PTA

- kontynuował działalność wewnętrzną powołując grupy i komisje odpowiadające za bieżącą działalność PTA,
- promował działalność propacjencką (np. Dzienniczek Alergii, plakat o anafilaksji, strona internetowa i profil Facebook'owy),
- prowadził intensywną działalność z zakresu PR biorąc udział w różnego rodzaju kampaniach medialnych (np. Przygotuj się na wstrząs, Światowy Tydzień Alergii, Warsztaty dla dziennikarzy),
- kontynuował działalność wydawniczą poprzez „Alergologię Polską” przeprowadzając proces zmiany wydawcy (do lipca 2018 roku ukazało się 11 numerów „Alergologii Polskiej” zawierających łącznie 94 prace, w tym 76 artykułów naukowych. Zgodnie z zaleceniami Zarządu Głównego PTA na łamach „Alergologii Polskiej” ukazują się oficjalne wytyczne, stanowiska Towarzystwa, a także relacje z konferencji medycznych krajowych i zagranicznych oraz informacje środowiskowe),

• promował młodych alergologów i naukowców poprzez system grantów szkoleniowych (na Kongresy EAACI, Konferencje Szkoleniowe oraz Kongres PTA), grant naukowo-badawczy, oraz corocznie wręczane nagrody im. Prof. M. Obtulowicza oraz Prof. B. Romańskiego,

• kontynuował współpracę z organami administracji państwowej oraz medycznej (udział w spotkaniach Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich, współpraca z MZ oraz Rzecznikiem Praw Dziecka) oraz instytucjami międzynarodowymi (udział w spotkaniach National Allergy Societies EAACI, WAO House of Delegates, Global Alliance against Respiratory Diseases)

• prowadził stałą korespondencję w celu zapewnienia właściwego poziomu leczenia w dziedzinie alergologii w Polsce – interwencje w sprawie refundacji leków, poziomu leczenia, specjalizacji oraz innych.

Na Walnym Zgromadzeniu Delegatów PTA będę miał przyjemność przekazać funkcję Prezydenta Towarzystwa Prof. Markowi Kulusowi. Wierzę, że jego kadencja będzie dalszym rozwojem nie tylko PTA, ale także naszej specjalizacji. Już teraz życzę Prof. Markowi Kulusowi wielu sukcesów i podtrzymania dobrych tradycji naszego Towarzystwa. ■

**Piśmiennictwo ze str. 15:** 1. Freedman T. Medihaler therapy for bronchial asthma; a new type of aerosol therapy. *Postgrad Med.* 1956;20(6):667-73. 2. Goldstein MM, Attinger EO, Hapner I. Physiologic studies with the medihaler-isoproterenol in bronchospastic diseases: alcoholic preparation-non-alcoholic preparation. *Ann Allergy.* 1957;15(6):626-41. 3. Kallos P, Kallos-Definer L. Medihaler. A new device for use in the symptomatic treatment of bronchial asthma. *Int Arch Allergy Appl Immunol.* 1959;15:343-9. 4. Rogueda P, Lallement A, Traini D, Iliev I, Young PM. Twenty years of HFA pMDI patents: facts and perspectives. *J Pharm Pharmacol.* 2012;64(9):1209-16. 5. Ross DL, Gabrio BJ. Advances in metered dose inhaler technology with the development of a chlorofluorocarbon-free drug delivery system. *J Aerosol Med.* 1999;12(3):151-60. 6. Stein SW. Estimating the number of droplets and drug particles emitted from MDIs. *AAPS PharmSciTech.* 2008;9(1):112-5. 7. Labiris NR, Dolovich MB. Pulmonary drug delivery. Part II: the role of inhalant delivery devices and drug formulations in therapeutic effectiveness of aerosolized medications. *Br J Clin Pharmacol.* 2003;56(6):600-12. 8. Barry PW, O'Callaghan C. Inhalational drug delivery from seven different spacer devices. *Thorax.* 1996;51(8):835-40. 9. Pirozynski M, Sosnowski TR. Inhalation devices: from basic science to practical use, innovative vs generic products. *Expert Opin Drug Deliv.* 2016;13(11):1559-71. 10. Emerk A, Donic Z, Mazurek H, Krenke K, Pirozynski M, Sosnowski T, et al. Zasady stosowania komórek inhalacyjnych u dzieci. *Pediatrics Polska.* 2017;92(3):288-93. 11. Florjanczyk E, Pirozynski M, Bodasinski J. Comparison of nebulization and pressurized metered dose inhaler with spacer in terms of deposited dose: are we speaking the same language? *Respiratory Drug Delivery Europe.* 2017;273-6. 12. Pirozynski M, Werzanowski P. Drogowkaz terapii inhalacyjnej. *Kraków: Medycyna Praktyczna;* 2018. 13. Dal Negro RW, Longo P, Ziani OV, Bonadiman L, Turco P. Instant velocity and consistency of emitted cloud change by the different levels of canister filling with Metered Dose Inhalers (MDIs), but not with Soft Mist Inhalers (SMIs): a bench study. *Multidiscip Respir Med.* 2017;12:13. 14. Hickey AJ, Martonen TB, Yang Y. Theoretical relationship of lung deposition to the fine particle fraction of inhalation aerosols. *Pharm Acta Helv.* 1996;71(3):185-90. 15. Howarth PH. Why Particle Size Should Affect Clinical Response to Inhaled Therapy. *J Aerosol Med.* 2001;14(Supplement 1):S27-S34. 16. Zanen P, Go TL, Lammers JW. The optimal particle size for b-adrenergic aerosols in mild asthmatics. *Int J Pharm.* 1994;107(3):211-7. 17. Zanen P, Go TL, Lammers JW. Optimal particle size for beta 2 agonist and anticholinergic aerosols in patients with severe airflow obstruction. *Thorax.* 1996;51(10):977-80. 18. Anderson PJ, Wilson JD, Hiller FC. Respiratory tract deposition of ultrafine particles in subjects with obstructive or restrictive lung disease. *Chest.* 1990;97(5):1115-20. 19. Hamid Q, Song Y, Kotsimbos TC, Minshall E, Bai TR, Hegele RG, et al. Inflammation of small airways in asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 1997;100(1):44-51. 20. Adcock IM, Gilbey T, Gelder CM, Chung KF, Barnes PJ. Glucocorticoid receptor localization in normal and asthmatic lung. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;154(3 Pt 1):771-82. 21. Park CS. Size of Inhaled Corticosteroid and Small Airway Inflammation in Asthma. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2017;9(2):99-100. 22. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA). Pobrano z: <http://www.ginasthma.org/>; 2016. 23. Heyder J. Deposition of inhaled particles in the human respiratory tract and consequences for regional targeting in respiratory drug delivery. *Proc Am Thorac Soc.* 2004;1(4):315-20. 24. ABC Nebulizacji. Pirozynski M, red. Gdansk: ViaMedica; 2015. 25. El Baou C, Di Santostefano RL, Alfonso-Cristancho R, Suarez EA, Stempel D, Everard ML, et al. Effect of inhaled corticosteroid particle size on asthma efficacy and safety outcomes: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pulm Med.* 2017;17(1):31. 26. Kupnyś-Lipińska I, Kupczyk M, Bartuzi Z, Batura-Gabryel H, Chazan R, Gajos G, et al. Stanowisko grupy ekspertów dotyczące miejsca Combaterolu® w leczeniu astmy oskrzelowej w Polsce. *Adv Respir Med.* 2017;85(suppl III):29-35.

**Piśmiennictwo ze str. 23:** 1. Heinzlering LM, Burbach GJ, Edenharter G et al. GALEN skin test study I: GAL(2)LEN harmonization of skin prick testing: novel sensitization patterns for inhalant allergens in Europe. *Allergy* 2009, 64, 10, 1498-1506. 2. Wysocki C, Stawicka J. Trawy na terenach zurbanizowanych. *Lekarstwo w Polsce (Grassland Science in Poland), Polskie Towarzystwo Łąkarskie,* 2005, 8, 227-236. 3. Buczyński K. Pierwsze wzmianki dotyczące alergii ucha, nosa i krtań w Polsce. *AAIK* 2014, 19, 159-161. 4. Mohapatra SS, Lockey RF, Shirley S. Immunobiology of grass pollen allergens. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2005;5(5):381-7. 5. Loureiro G, Rabaca M, Bianco B et al. Aeroallergens sensitization in an allergic paediatric population of Cova de Beira, Portugal. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2005, 33, 4, 192-198. 6. Rosado A, Tejedro MA, Vila C et al. Cutaneous sensitization to common aeroallergens in patients under 14 years old in the Southwest of Madrid region (Spain). *J Allergy Clin Immunol* 2004, 113, 62. 7. Armentia A, Diaz-Perales A, Castrodeza J et al. Why can patients with baker's asthma tolerate wheat flour ingestion? Is wheat pollen allergy relevant? *Allergol Immunopathol (Madr).* 2009;37(4):203-4. 8. Bashir ME, Ward JM, Cummings M, et al. Dual Function of Novel Pollen Coat (Surface) Proteins: IgE-binding Capacity and Proteolytic Activity Disrupting the Airway Epithelial Barrier. *PLoS ONE* 2013; 8(1):e53337. 9. Chakra OR, Sutra JP, Demey TE et al. Proteomic analysis of major and minor allergens from isolated pollen cytoplasmic granules. *J Proteome Res* 2012; 11(2): 1208-1216. 10. Oseroff C, Sidney J, Kotturi MF et al. Molecular determinants of T cell epitope recognition to the common Timothy grass allergen. *J Immunol* 2010;185(2):943-955. 11. Frazier A, Schulten V, Hinz D et al. Allergy-associated T cell epitope repertoires are surprisingly diverse and include non-IgE reactive antigens. *World Allergy Organ J* 2014; 7(1):26-31. 12. Gadermaier E, Flicker S, Lupinek C et al. Determination of allergen specificity by heavy chains in grass pollen allergen-specific IgE antibodies. *J Allergy Clin Immunol.* 2013; 131(4):1185-93. 13. Sekerkerova A, Polackova M, Striz I. Detection of Phl p 1, Phl p 5, Phl p 7 and Phl p 12 Specific IgE Antibodies in the Sera of Children and Adult Patients Allergic to Pileum Pollen. *Allergology International* 61, 2, 2012, 339-346. 14. Bialek S, Bialek-Gosko K. Nowoczesna diagnostyka alergii IgE-zależnej – diagnostyka molekularna alergii. *Diagn Lab* 2016; 52(1): 45-50. 15. Tripodi S, Frediani T, Luccarelli S, et al. Molecular profiles of IgE to Pileum pratense in children with grass pollen allergy: implications for specific immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol.* 2012; 129(3):834-83. 16. Allergome.org. 17. Ball T, Linhart B, Sonneck K et al. Reducing allergenicity by altering allergen fold: a mosaic protein of Phl p 1 for allergy vaccination. *Allergy.* 2009;64(4):569-80. 18. Madritsch C, Gadermaier E, Roder UW et al. High-density IgE recognition of the major grass pollen allergen Phl p 1 revealed with single-chain IgE antibody fragments obtained by combinatorial cloning. *J Immunol.* 2015;194(5):2069-78. 19. Buczyński K. Nie tylko alergeny: ziarno pszenicy. *Alergia,* 2016; 2: 31-35. 20. Rossi RE, Monasterolo G. Evaluation of recombinant and native timothy pollen (rPhl p 1, 2, 5, 6, 7, 11, 12 and nPhl p 4)-specific IgG4 antibodies induced by subcutaneous immunotherapy with timothy pollen extract in allergic patients. *Int Arch Allergy Immunol.* 2004;135(1):44-53. 21. Popescu F-D. Molecular biomarkers for grass pollen immunotherapy. *World J Methodol.* 2014; 26, 4(1): 26-45. 22. Devanaboyina SC, Cornelius C, Lupinek C et al. High resolution crystal structure and IgE recognition of the major grass pollen allergen Phl p 3. *Allergy* 2014; 69 (12):1617-1628. 23. Fischer S, Grote M, Fahlbusch B et al. Characterization of Phl p 4, a major timothy grass (Pileum pratense) pollen allergen. *J Allergy Clin Immunol.* 1996;98(1):189-98. 24. Zafred D, Nandy A, Pump L et al. Crystal structure and immunologic characterization of the major grass pollen allergen Phl p 4. *J Allergy Clin Immunol.* 2013; 132(3):696-703. 25. Westritschnig K, Horak F, Swoboda I et al. Different allergenic activity of grass pollen allergens revealed by skin testing. *Eur J Clin Invest* 2008; 38(4):260-267. 26. Levin M, Rothfus S, Wendel S et al. Multiple independent IgE epitopes on the highly allergenic grass pollen allergen Phl p 5. *Clin Exp Allergy.* 2014, 44(11):1409-19. 27. Grote M, Westritschnig K, Valenta R. Immunogold electron microscopic localization of the 2 EF-hand calcium-binding pollen allergen Phl p 7 and its homologues in pollens of grasses, weeds and trees. *Int Arch Allergy Immunol.* 2008;146(2):113-21. 28. Westritschnig K, Focke M, Verdino P et al. Generation of an allergy vaccine by disruption of the three-dimensional structure of the cross-reactive calcium-binding allergen, Phl p 7. *Immunol.* 2004 1;172(9):5684-92. 29. Santos A, Van Ree R. Profiling: mimickers of allergy or relevant allergens? *Int Arch Allergy Immunol.* 2011;155(3):191-204. 30. Nilsson N, Nilsson C, Ekoff H et al. Grass-Allergic Children Frequently Show Asymptomatic Low-Level IgE Co-Sensitization and Cross-Reactivity to Wheat. *Int Arch Allergy Immunol.* 2018, 12: 1-10. 31. Grote M, Swoboda I, Valenta R et al. Group 13 Allergens as Environmental and Immunological Markers for Grass Pollen Allergy: Studies by Immunogold Field Emission Scanning and Transmission Electron Microscopy. *Int Arch Allergy Immunol* 2005; 136(4):303-310. 32. Davies JM, Voskamp A, Dang TD et al. The dominant 55kDa allergen of the subtropical Bahia grass (Paspalum notatum) pollen is a group 13 pollen allergen, Pas n 13. *Mol Immunol* 2011; 48(6):931-940. 33. Conti A, Alessio M, Pesca M et al. Pileum pratense manganese superoxide dismutase identified by proteomic: a new candidate grass allergen. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014; 112(3):261-6. 34. Linhart B, Mothes-Luksch N, Vrtala S, et al. A hypoallergenic hybrid molecule with increased immunogenicity consisting of derivatives of the major grass pollen allergens, Phl p 2 and Phl p 6. *Biol Chem* 2008; 389(7):925-933. 35. Metz-Favre C, Linhart B, Focke-Tejkl M, et al. Skin test diagnosis of grass pollen allergy with a recombinant hybrid molecule. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 120(2):315-321. 36. Bhalla PL. Genetic engineering of pollen allergens for hayfever immunotherapy. *Expert Rev Vaccines* 2003; 2(1):75-84. 37. Sander I, Rihns HP, Doekes G et al. Component-resolved diagnosis of baker's allergy based on specific IgE to recombinant wheat flour proteins. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;135(6):1529-37. 38. Hirano K, Hino S, Oshima K et al. Allergenic potential of rice pollen proteins: expression, immuno-cross reactivity and IgE-binding. *J Biochem* 2013(0):. 39. Mösger R, Bachert C, Panzer P, Calderon MA, Haazen L et al. Short-course of grass allergen peptides immunotherapy over three weeks reduces seasonal symptoms in allergic rhinoconjunctivitis with/without Asthma: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Allergy* 2018 Mar 7. doi: 10.1111/all.13433. 40. Focke M, Marth K, Flicker S et al. Heterogeneity of commercial timothy grass pollen extracts. *Clin Exp Allergy* 2008; 38(8):1400-1408. 41. Luo W, Huang H, Zheng P et al. Major grass pollen allergens and components detected in a southern Chinese cohort of patients with allergic rhinitis and/or asthma. *Mol Immunol.* 2016;78:105-112. 42. Staiukiuniene J, Japertiene LM, Sakalauskas R. Influence of sensitization to pollen and food allergens on pollinosis clinical symptoms. *Lithuania Medicina (Kaunas)* 2005, 41, 3, 208-216. 43. Pelikan Z. The role of nasal allergy in chronic serous otitis media. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007; 99, 5, 401-7. 44. Yamada T. Significance of complications of allergic diseases in young patients with interstitial cystitis. *Int J Urol* 2003, 10 suppl. 56-8. 45. Angiola Crivellaro M, Senna G, Riva G et al. Pollen mixtures used as healthfood may be harmful source of allergens. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2000, 10, 5, 310-11. 46. Gadermaier E, Staiukiuniene J, Scheibhofer S et al. Recombinant allergen-based monitoring of antibody responses during injection grass pollen immunotherapy and after 5 years of discontinuation. *Allergy* 2011; 66(9):1174-82. 47. Archila LD, DeLong JH, Wambre E et al. Grass-specific CD4(+) T-cells exhibit varying degrees of cross-reactivity, implications for allergen-specific immunotherapy. *Clin Exp Allergy.* 2014;44(7):986-98. 48. Božek A, Kolodziejczyk K, Warkocka-Zsoltzysek B. Grass pollen sublingual immunotherapy: A double-blind, placebo-controlled study in elderly patients with seasonal allergic rhinitis. *Journal Am J Rhinol Allergy* 2014; 28(5):423-427. 49. Baron-Bodo V, Horiot S, Lautrette A et al. Heterogeneity of antibody responses among clinical responders during grass pollen sublingual immunotherapy. *Clin Exp Allergy* 2013; 43(12):1362-1373.