

INFORMACIJE O SUBLINGVALNOJ IMUNOTERAPIJI (SLIT)

Poštovani pacijenti,

Imunoterapija je smanjenje preosjetljivosti na tvar koja izaziva alergiju. Sublingvalna imunoterapija (SLIT) je specijalni oblik specifične imunoterapije, kod koje pacijent sam nanosi lijek u vidu kapi ispod jezika. Lijek sadrži odgovarajuće alergene, i primjenjuje se u tako malim dozama, da u toku terapije ne nastaju nikakve značajne neželjene reakcije.

SLIT se preporučuje kod alergija na polen trave, na prašinu, životinjsku dlaku i eventualno kod alergije na spore gljivica.

Djelotvornost terapije zavisi od spektra senzibilizacije. Rezultati su utoliko slabiji, ukoliko je veći broj alergena sadržanih u rastvoru.

SLIT traje obično 2-3 godine. Način upotrebe je vrlo jednostavan. U određeno doba dana (npr ujutru poslije doručka) se uzimaju kapi u sve većoj koncentraciji, dok se ne dostigne doza održavanja. Ta doza održavanja se onda daje tokom spomenutih 2-3 godine, (kod polena samo do kraja sezone cvjetanja). Molimo vas da se pobrinete da na vrijeme naručite recepte za nastavak terapije!

Bitno je sljedeće:

- fiksno vrijeme uzimanja kapi
- lijek se ukapa ispod jezika, zadrži najmanje 2 minuta u ustima, i tek onda proguta
- svakodnevno uzimanje
- u slučaju težih prehlada/infekcija pauzirati terapiju; nastavak terapije u dogovoru sa vašim ljekarom.

Moguće neželjene reakcije:

- tipični alergijski simptomi (curenje nosa, svrab očiju)
- lagani svrab sluzokože usne duplje
- rjeđe svrab/crvenilo kože, kašalj, astma, povišena temperatura, slabost, umor.

Uspjeh terapije

Kod 80% pacijenata koji redovno uzimaju SLIT postiže se željeni efekat. Najbolji rezultati se postižu kod alergije na polen, nešto slabije kod alergije na prašinu i životinjsku dlaku. U najboljem slučaju simptomi nestaju sasvim, najčešće se međutim postiže značajno smanjenje tegoba sa odgovarajuće smanjenom potrošnjom lijekova protiv alergije.

Alergija na hranu koje su asocirane sa alergijom na polen poboljšavaju se u samo oko 20% slučajeva, privremeno je moguće i pogoršanje simptoma vezanih za hranu.

Molimo da nas pitate, ukoliko nešto niste razumjeli. Rado ćemo vas posavjetovati.

Nemam daljih pitanja i pristajem na predloženu terapiju.

Datum: _____

Potpis pacijenta, tj. staratelja: _____

Potpis ljekara: _____