

ALERGICKÁ RÝMA

MUDr. Ester Seberová

Alergologická ambulance, Plzeň

Alergická rýma je nejčastějším projevem alergického onemocnění na horních dýchacích cestách. Negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů a je závažným rizikovým faktorem pro vznik bronchiálního astmatu. U všech pacientů s trvalými nosními obtížemi je proto nutné důkladné vyšetření dýchacích cest včetně vyloučení projevů astmatu. Léčba alergické rýmy je komplexní a dlouhodobá, nezřídka celoživotní. Vedle farmakoterapie zahrnuje i režimová opatření a v indikovaných případech specifickou alergenovou imunoterapii.

Klíčová slova: alergická rýma, bronchiální astma, diagnostika, terapie, ARIA.

Med. Pro Praxi 2007; 4(7–8): 310–314

Výskyt a společenský význam alergické rýmy

Alergická rýma patří k nejčastějším chronickým onemocněním dýchacích cest. Skutečná **prevalence** není přesně známa, protože údaje z různých částí světa jsou velmi odlišné. Podle kvalifikovaných odhadů se prevalence pohybuje mezi 10–30%. Nejčastěji jsou postiženy děti starší 5 let a dospělí v produktivním věku. **Riziko** onemocnění nosní sliznice je **větší u lidí pocházejících z měst a průmyslových oblastí**.

V posledních letech je alergická rýma věnována zvýšená pozornost. Důvodem je kromě vysoké prevalence také **negativní vliv na kvalitu života pacientů**, zejména jsou-li nosní příznaky přítomny dlouhodobě. Asi 200 milionů lidí na celém světě trpí některou formou hyperreaktivní rýmy, ale jen asi polovina z nich je podchycena ve zdravotnických zařízeních a soustavně léčena. Pacientů, kteří mají trvalé potíže vyšší intenzity zasahující negativně do jejich denního programu a narušující spánek, však přibývá, takže mnozí z nich obvykle pomoc lékaře nakonec vyhledají.

Význam alergické rýmy určuje také její těsný vztah k dalším onemocněním, především k **bronchiálnímu astmatu**. Zanedbatelné nejsou ani **ekonomické dopady** alergické rýmy.

Definice a mechanismus vzniku alergické rýmy

Alergická rýma je definována jako **zánětlivé onemocnění nosní sliznice**, jehož **hlavními příznaky jsou**:

- svědění nosní sliznice
- kýchání
- vodnatá hypersekrece
- obturace nosu.

Tyto příznaky vznikají na podkladě IgE (imunoglobulinem E) zprostředkovaného eozinofilního zánětu, který se rozvíjí po kontaktu s alergenem.

Alergická rýma bývá často uváděna jako modelové onemocnění **alergické reakce 1. typu** (tj. ato-

pické, IgE mediované). Alergická reakce probíhá ve dvou fázích, které mají typické klinické projevy:

Časná fáze alergické reakce se rozvíjí prudce, bezprostředně nebo do několika minut po provokaci. Je pro ni typické **svědění, salvy kýchání a vodnatá hypersekrece** následovaná mírnou přechodnou **kongescí sliznice**. Svědění a kýchání jsou vyvolány drážděním zakončení sensorických nervů, hypersekrece reflexně aktivací cholinergních vláken parasympatiku. Kongesce sliznice je způsobena zvýšenou permeabilitou cév a především zvýšenou náplní kapilár a kapacitních cév po podráždění histaminových receptorů.

V dalších hodinách se rozvíjí **pozdní fáze alergické reakce**, charakterizována infiltrací sliznice zánětlivými buňkami, které jsou aktivně atrahovány z krevního oběhu přítomnými chemotaxiny. Vzniká **lokální zánět**. Mezi buňkami, které se na jeho vzniku podílejí, dominují **eozinofilní granulocyty**. Při časté frekvenci expozice alergenů nebo jeho trvalé přítomnosti dochází k chronizaci potíží, pro niž je typické trvalé zduření nosní sliznice a **hyperreaktivita** na nejrůznější specifické i nespecifické podněty (tj. alergeny i např. dráždivé výpary, cigaretový kouř, změny teploty a psychického stavu apod.).

Spouštěče alergické rýmy

V typickém případě jsou spouštěčem alergické reakce na nosní sliznici vzdušné **alergeny**, což jsou většinou proteinové a glykoproteinové částice, které jsou při inhalaci zachyceny a delší dobu setrvávají v kontaktu se sliznicí. Optimální velikost pro zachycení v nose je od 2 do 50 mikrometrů.

K nejvýznamnějším vzdušným alergenům patří **pyly, spory plísní, fragmenty těl roztočů** a jejich exkrementy, různé **složky živočišných a rostlinných organismů**, mouky a další rostlinné a živočišné prachy.

Degranulace žírné buňky s obdobnými důsledky však může být odstartována i jinými „**nealergickými**“ **mechanismy**. Na sliznici nosu může například dojít k přímé histaminoliberaci **součástmi mikrobi-**

álních těl, podrážděním sensorických nervových zakončení **po inhalaci dráždivých látek** nebo **prudkými změnami teploty**. Kromě „nespecifického“ spuštění v úvodní fázi bez přítomnosti alergenů a IgE protilátek probíhá pak celá reakce velmi podobně a vede ke vzniku nealergické **idiopatické hyperreaktivní rýmy**. Dříve užívaný název „rýma vazomotorická“ je opouštěn. Lze předpokládat, že část pacientů s idiopatickou rýmou ve skutečnosti patří k atopické populaci, ale dostupnými vyšetřovacími metodami se nedaří nalézt zodpovědný alergen. Podle publikovaných epidemiologických dat má více než polovina pacientů s chronickými nosními obtížemi prokázanou přecitlivělost na některý z inhalačních alergenů.

Průběh hyperreaktivní rýmy, hrozící komplikace i léčba jsou však rámcově shodné pro všechny pacienty, i pro nealergiky. **Termín „alergická rýma“ v běžné praxi proto zahrnuje onemocnění všech pacientů s charakteristickými nosními obtížemi, u nichž není prokázána jiná zřejmá příčina jeho vzniku.**

Chronické postižení sliznice nosu zánětem bývá také často prvním příznakem u pacientů s **aspirin-senzitivitou**.

Klinický průběh alergické rýmy

Průběh onemocnění chronickou rýmou jeví značnou **individuální variabilitu** v kvalitě i intenzitě projevů. Různá je i míra tolerance obtíží jednotlivými pacienty.

Obvykle převažují jen některé z typických příznaků, nejčastěji obturace nosu nebo vodnatá hypersekrece. Podle charakteru potíží bývají pacienti děleni na pacienty s převahou svědění, kýchání a vodnaté sekrece, odpovídající časnému typu reakce a na pacienty s převahou obstrukce nosu odpovídající pozdnímu typu reakce. **Pro alergickou rýmu** vznikající na podkladě IgE mediovaného zánětu, je zcela **typická vodnatá hypersekrece a svědění nosní sliznice**, pokud převažuje kongesce a tzv. „zadní rýma“, je mechanismus vzniku pravděpodobně jiný.

Průběh a charakter rýmy je v některých případech typický a pomáhá v diferenciální diagnostice. Pro **sezónní alergickou rýmu** je typický výskyt s maximem obtíží ve vegetačním období, které u nás trvá od časného jara do pozdního podzimu. V našich podmínkách jsou nejdůležitějším zdrojem pylových alergenů na počátku sezóny pylu stromů (bříza, olše, líska), později pylu travin, obilí a plevelných rostlin. Z podzimních pylů se uplatňuje především pelyněk, stále většího významu nabývá i ambrosie, jejíž pyl k nám proniká z jihovýchodní Evropy. Sezónní alergické potíže vyvolávají i spory venkovních plísní (*Alternaria*, *Cladosporium*), jejichž množství ve vzduchu vrcholí současně s pyly. Pacienti přecitlivělí pouze na sezónně se vyskytující alergeny jsou mimo vegetační období většinou zcela bez obtíží. Výjimku tvoří **zkřížené reakce** na některé druhy ovoce, zeleniny a koření, které vyvolávají asi u třetiny polinotiků tzv. **orální alergický syndrom**, u většiny pacientů přítomný celoročně. Projevu se svěděním sliznice úst až laryngospasmem, které se rozvíjí ihned po kontaktu sliznice s ovocem nebo zeleninou, obvykle v syrovém stavu.

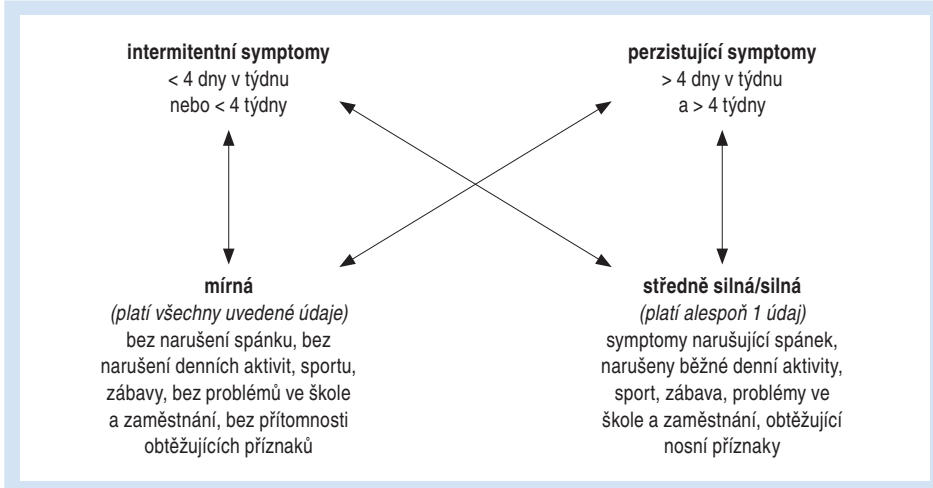
Projevy pylové alergie jsou chybně označovány jako „senná rýma“. Sezónní alergická rýma je ve skutečnosti pouze dominujícím příznakem celkového onemocnění, pro které je vhodnější název „**polinóza**“. Kromě postižení nosní sliznice s typickým svěděním, záchvatovitým kýcháním a vodnatou hypersekrecí je téměř pravidelně přítomna i alergická konjunktivitida, časté jsou projevy astmatu nebo bronchiální hyperreaktivity, projevy kožní a zejména u dětí i celkové příznaky jako je bolest hlavy, únava, ospalost, porucha koncentrace a někdy i subfebrilie.

Celoroční alergická rýma vzniká na základě senzibilizace na celoročně se vyskytující alergeny, nejčastěji **alergeny vnitřního prostředí** (jejich zdrojem jsou především roztoky, domácí zvířata a plísně). Častou příčinou celoročních obtíží jsou i **alergeny pracovního prostředí** (např. mouka, prach z kožíšin, latex, výměšky laboratorních zvířat a další). U celoroční alergické rýmy působí alergen většinou dlouhodobě v malých dávkách a vyvolává výraznější a trvalejší zánětlivé změny na nosní sliznici. Většinou proto převažuje kongesce sliznice s neprůchodností nosu, svědění nebývá tak časté a postižení očí je spíše výjimečné. Potíže často při delším trvání onemocnění ztrácejí vazbu na prostředí. K prudkým atakám obdobným jako u rýmy sezónní dochází při větším kontaktu s alergenem nebo po provokaci různými nespecifickými podněty.

Klasifikace alergické rýmy

V současné době užíváme **novou klasifikaci alergické rýmy**, vycházející z frekvence a délky

Obrázek 1. Klasifikace alergické rýmy (3)



trvání obtíží, jejich intenzity a jejich vlivu na kvalitu života pacientů. Alergická rýma je tak hodnocena **jako mírná, středně silná až silná** a každý stupeň může být **buď intermitentní nebo perzistující**. Charakteristika různých stupňů alergické rýmy je znázorněna na obrázku 1.

Původní klasifikace alergické rýmy, která vycházela z její etiopatogeneze a podle výskytu spouštěčů nosních obtíží odlišovala rýmu sezónní, celoroční a profesní, byla v posledních letech opuštěna.

Vyšetření pacientů s alergickou rýmou, diferenciální diagnóza

Na diagnostice alergické rýmy se podílí **praktický lékař, otorinolaryngolog a alergolog**.

Pro alergickou rýmu svědčí **charakteristický průběh** onemocnění, někdy s typickou dynamikou a absence známek infekce, primárních strukturálních změn i jiných organických příčin v nazální oblasti. Důležitým pomocným vodítkem jsou **změny v obličeji pacienta**, patrné zejména u dětí: při chronické alergické rýmě vidíme často příčnou rýhu na kořeni nosu způsobenou třením špičky svědícího nosu dlaní (alergický pozdrav), tmavé stíny pod očima dané prosvítající rozšířenou sítí cév a dýchání otevřenými ústy v důsledku neprůchodnosti nosu.

U každé chronicky probíhající rýmy je třeba pátrat také po systémovém onemocnění a vyloučit vliv léků, které pacient v současné době užívá, na nosní sliznici.

Pozn.: s chronickými nosními symptomy se můžeme setkat u pacientů s infekcí, imunodefektem, systémovým onemocněním pojiva, metabolickými poruchami, hormonální dysbalancí, psychickým onemocněním a při podávání některých léků, např. ze skupiny vasodilatancií, antihypertenziv, nesteroidních antiflogistik a hormonů. Je třeba si uvědomit, že nosní příznaky, vznikající jako vedlejší účinek podávání těchto léků, se nemusí objevit ihned po zahájení léčby, ale velmi často až s odstupem, pří-

padně až při působení dalšího potencujícího vlivu. Diferenciálně diagnosticky je dále třeba vyloučit nosní polypózu, různé mechanické překážky v horních dýchacích cestách, vzácnější tumory a granulomata, poruchu ciliární aktivity nosní sliznice, případně liquorreu, která se může objevit v důsledku poranění hlavy.

ORL vyšetření: nosní sliznice je u pacientů s chronickou rýmou obvykle zbytnělá a má lividní zabarvení. Nosní příznaky však může vyvolávat i rýma provázená atrofií nosní sliznice, kterou pacient paradoxně může vnímat jako poruchu průchodnosti nosu. U pacientů s chronickou rýmou jsou také nečastěji prokázány patologické změny v oblasti středouší, ve vedlejších dutinách nosních (rinosinusitida) a na sliznici faryngu a laryngu. Důležitým doplňkem je bakteriologické a cytologické vyšetření sekretu a v indikovaných případech i histologické vyšetření sliznice.

Alergologické vyšetření vychází z důkladné **anamnézy**, při jejímž odebrání se zaměřujeme na typ nosních obtíží, frekvenci jejich výskytu, vazbu na prostředí a časové souvislosti. Alergické potíže nemusí vznikat bezprostředně po kontaktu s alergenem, ale reakce může být opožděná a při dlouhodobém onemocnění mohou převládat projevy nespecifické nosní reaktivity. Součástí alergologického vyšetření je i cílené pátrání po přítomnosti **zdroje alergenů** v domácím a pracovním prostředí pacienta. Zjišťujeme přítomnost jiných než nosních známek alergického onemocnění v současnosti i v osobní anamnéze. Velmi důležitá je důkladná rodinná a sociální anamnéza s pátráním po atopických projevech u rodičů, sourozenců, dětí, eventuálně dalších příbuzných.

Přecitlivělost na alergen zjišťujeme převážně **kožními vbodovými (prick) testy**. Důležitá je správná volba standardizovaného testovacího alergenů, odborné provedení a vyhodnocení kvalifikovaným alergologem. V současné době je k dispozici rozsáhlá

škála testů obsahující standardizované inhalační alergeny, z nichž alergolog vybírá na základě údajů zjištěných v anamnéze, na základě vlastních zkušeností a výskytu alergenů v dané lokalitě. Vyšetření je pro pacienta nezatěžující, je málo nákladné a při správném provedení má vysokou výpovědní hodnotu.

Vyšetření laboratorních parametrů

Pro přítomnost aktivního alergického onemocnění svědčí průkaz zvýšeného počtu **eozinofilních leukocytů** v krvi, případně zvýšená hladina ECP (eozinofilní kationický protein). Negativní nález však alergii nevylučuje. Eozinofilii lze prokázat také v nosním sekretu pacientů s alergickou rýmou a některými typy hyperreaktivní rýmy nealergické. Vyšetření celkové hladiny IgE v séru má stejně jako u jiných alergických onemocnění velmi malou výpovědní hodnotu, protože asi polovina pacientů s alergickou rýmou má hladinu IgE normální. Důležitější je průkaz **sérové hladiny alergenspecifického IgE**, který v indikovaných případech doplňuje nebo nahrazuje vyšetření kožními testy. Toto vyšetření je omezené vysokými náklady a jeho indikace patří do rukou specialisty. V žádném případě se **nejedná o screeningové vyšetření séra** při podezření na alergii.

Na některých specializovaných alergologických pracovištích se dále provádějí **testy provokace alergenem a vyšetření rinomanometrické**. Tato vyšetření jsou důležitá například pro identifikaci alergenů při posuzování profesionality onemocnění nebo pro precizní hodnocení výsledku terapie. Rutinně zatím používána nejsou.

Komplikace alergické rýmy

Charakter patologických stavů, které se objevují jako komplikace chronické alergické rýmy nebo jsou s ní asociované, vyplývají z anatomického postavení a fyziologické funkce nosu a dále z dispozice k hyperreaktivitě, která je u většiny pacientů s chronickým projevy rýmy dána geneticky.

Nejzávažnější komplikací chronické rýmy je **bronchiální astma**. Astma nebo alespoň známky bronchiální hyperreakivity má až 40 % pacientů s alergickou rýmou a naopak více než 90 % astmatiků má současně i projevy alergického postižení nosní sliznice. Ve většině případů **rýma předchází astmatu**, a je proto považována za **preastmatický stav**. Časový odstup mezi prvními projevy alergické rýmy a rozvojem astmatu individuálně velmi kolísá. U dlouhodobě sledovaných pacientů dispenzarizovaných na alergologii jsme pozorovali odstup několik měsíců, let, ale i desítek let. Zvýšené riziko rozvoje bronchiálního astmatu je prokázáno u jedinců s projevy časně senzibilizace v osobní anamnéze (např. ekzem a potravinová alergie v kojeneckém věku) a u pacientů s pozitivní rodinnou alergologickou ana-

mnézou. Záleží také na typu senzibilizace pacienta s chronickou rýmou: z hlediska rozvoje astmatu jsou rizikové hlavně inhalační alergeny s nízkou molekulovou hmotností (alergeny roztočů, kočky a plísňi).

Z dalších komplikací alergické rýmy je třeba jmenovat především **konjunktivitidu**, která je charakteristickým průvodním znakem sezónní alergické rýmy. Velmi častá je u alergiků i chronická nebo recidivující sinusitida, která představuje pokračování zánětu sliznice z nosu do přilehlých dutin. Někdy je proto používán termín **alergická rinosinusitida**. Někteří pacienti s alergickou rýmou udávají celou řadu dalších nekonstantních obtíží, vyplývajících většinou z poruchy fyziologické funkce nosu. Patří k nim pálení a pocit sucha v nosohltanu a laryngu nebo naopak pocit zahlenění a dráždění ke kašli zatěžajícím sekretem, poruchy čichu a chuti, bolesti hlavy.

Nosní polypy nejsou považovány za komplikaci rýmy, ale jsou samostatnou nosologickou jednotkou. Přesto je vhodné se o nich zmínit i na tomto místě, protože mají s alergickou rýmou řadu společných prvků (eozinofilie, častá komorbidita bronchiálním astmatem, atopie u části pacientů, senzitivita na aspirin a konečně i dobrá odezva na léčbu topickými steroidy). Při nálezů nosních polypů se současnými úpornými chronickými nosními příznaky je vždy nutno myslet na přítomnost nebo riziko rozvoje aspirinsenzitivity, která je prognosticky závažným fenoménem.

Iniciativa ARIA

Těsné anatomické a funkční propojení horních a dolních dýchacích cest vedlo k zavedení koncepce **„společného alergického onemocnění jednotných dýchacích cest“**. V roce 2001 byla ve spolupráci s WHO publikována zásadní zpráva skupiny expertů pod názvem **„Alergická rýma a její vliv na astma“** (Allergic rhinitis and its impact on asthma, **ARIA**) a byla založena iniciativa s týmž označením.

Hlavním praktickým výstupem iniciativy ARIA je doporučení, aby **všichni pacienti s alergickou rýmou byli podrobně vyšetřeni k vyloučení bronchiálního astmatu nebo bronchiální hyperreakivity a naopak u astmatiků je třeba aktivně pátrat po projevech alergické rýmy**.

Na komplexní postižení celých dýchacích cest je třeba pamatovat i při volbě terapie. Bylo prokázáno, že **účinná léčba alergické rýmy vede ke zlepšení průběhu současného onemocnění astmatem** ve smyslu zmírnění dušnosti, redukce počtu exacerbací, zlepšení plicní funkce, redukce potřeby antiastmatik a dokonce i hospitalizací astmatiků. Otázkou zůstává, zda a za jakých okolností může léčba alergické rýmy rozvoji astmatu zcela zabránit.

Komplexní terapie alergické rýmy

Obdobně jako je tomu u ostatních alergických chorob obsahuje léčba alergické rýmy čtyři základní složky, které jsou stejně důležité a vzájemně se doplňují

- Jsou to:
- farmakoterapie
- eliminace alergenů a režimová opatření
- specifická imunoterapie alergenem (SIT)
- edukace.

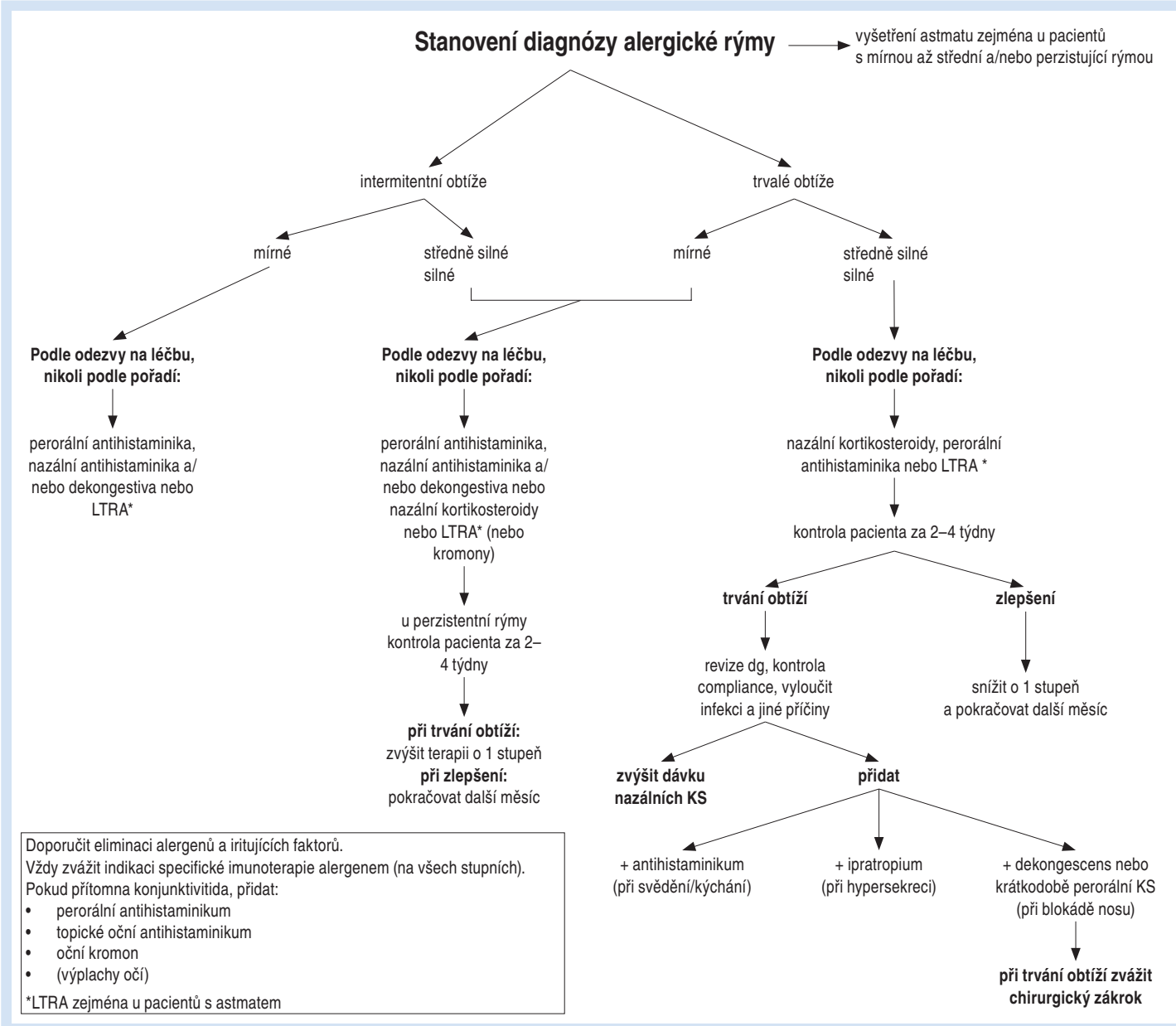
Farmakoterapie

U většiny pacientů s alergickou rýmou je dlouhodobá nebo dokonce trvalá farmakoterapie nutností. Jejím základem je obvykle některý ze dvou základních skupin léků: antihistaminikum nebo topický nosní steroid.

Antihistaminika (přesněji antagonisté H1 receptoru pro histamin) tlumí především svědění, kýčání a hypersekreci. Obturace nosu, na níž se výrazně podílí cévní složka, je klasickými blokátory H1 receptoru ovlivněna jen minimálně. Antihistaminika můžeme podávat pacientům s intermitentními obtížemi jako velmi účinnou symptomatickou léčbu podle potřeby a to v **systémové nebo topické nosní a oční formě**. **Moderní antihistaminika** s omezeným sedativním účinkem a zejména antihistaminika nejnovější generace nazývaná **antihistaminika s imunomodulačním působením** jsou však určena především k **soustavnému preventivnímu podávání**. V četných klinických studiích provedených podle zásad medicíny založené na důkazech bylo prokázáno rychlé odstranění symptomů alergické rýmy krátce po zahájení jejich podávání a stoupající léčebný efekt (měřený denním symptomovým skóre) v dalších týdnech terapie. Desloratadin a levocetirizin, zástupci této nejnovější generace antihistaminik u nás, mají kromě blokády H1 receptoru i další antialergické účinky nezávislé na H1 receptoru pro histamin, díky nimž ovlivňují nejen časnou fázi alergické reakce, ale tlumí i rozvoj alergického zánětu. Jsou tak schopny do jisté míry ovlivnit i jinak rezistentní kongesci nosní sliznice a jsou indikovány také jako podpůrná terapie v léčbě některých typů astmatu, zejména je-li spojeno s alergickou rýmou (Antihistaminika ovšem nemohou nahradit řádnou antiastmatickou terapii.).

Druhou nejčastěji užívanou skupinou léků jsou **topické nosní steroidy**. Jejich význam i užívání stouply v posledních letech v souladu s poznáním zánětlivé podstaty alergické rýmy. Navíc vývoj bezpečných nosních forem s minimální biologickou dostupností zpřístupnil tuto **velice účinnou protizánětlivou terapii** pacientům všech věkových skupin bez rizika nežádoucích účinků v běžných doporu-

Obrázek 2. Diagnostika a terapie alergické rýmy (3)



čovaných dávkách. Topické nosní steroidy ovlivňují všechny symptomy alergické rýmy včetně neprůchodnosti nosu a podráždění oční spojivky u polinózy. Jsou určeny **k dlouhodobému soustavnému užívání** a nelze od nich očekávat okamžitý úlevový efekt. Vzhledem k výhodnému poměru účinnosti a bezpečnosti u většiny pacientů postupně nahradily topické **kromony** (stabilizátory mastocytů), jejichž nevýhodou je slabší léčebný efekt, velmi pomalý nástup účinku a nutnost podávání několikrát denně v plné dávce po celou dobu léčby. Topické nosní steroidy podáváme obvykle 1x denně dlouhodobě, na počátku léčby nebo v období zvýšené expozice alergenům maximálně 2x denně. Léčba trvá po celou dobu expozice alergenům, což pro některé pacienty znamená celoživotně. Během léčby je nutné pravidelně kontrolovat stav nosní sliznice. Vedlejší účinky nazálně podávaných steroidů jsou vzácné.

Drobné krvácení, které se občas vyskytuje, nemusí být důvodem k ukončení léčby.

U pacientů s **polymorbiditou**, která vyžaduje vícečetné paralelní podávání kortikosteroidů v různých formách, což je u alergiků velmi častá situace, je vždy třeba pamatovat na možné **nežádoucí účinky kumulované dávky steroidů** a sledovat příslušné varující ukazatele. Je třeba průběžně informovat o léčbě všechny další lékaře, kteří o pacienta pečují, a pacient sám by měl být také podrobně seznámen se všemi souvislostmi svého chronického postižení.

Relativní novinku v léčbě alergické rýmy představují **antagonisté leukotrienových receptorů (LTRA)**, především montelukast. Podle doporučení iniciativy ARIA jsou doporučeny v léčbě rýmy u pacientů, kteří současně trpí bronchiálním astmatem. Toto doporučení vychází ze znalosti mechanismů alergického zánětu, kde leukotrieny působí v časně

i pozdní fázi alergické reakce a podílejí se na vzniku symptomů bronchiálního astmatu i alergické rýmy. V horních dýchacích cestách přispívají především k rozvoji kongescce sliznice a neprůchodnosti nosu. Vzhledem k tomu, že jsou antileukotrieny podávány perorálně, ovlivňují současně obě onemocnění a splňují tak jeden z požadavků iniciativy ARIA: zjednodušení terapie volbou léku se systémovým antialergickým působením. Antileukotrieny se osvědčují u pacientů s geneticky danými předpoklady dobré odpovědi na tuto léčbu. Většinou je podáváme v kombinaci s topickými steroidy nebo antihistaminiky, jejichž účinek doplňují.

Problematickou skupinu v léčbě chronických nosních obtíží představují **léky s dekonjestivním účinkem** na nosní sliznici, zejména jejich topické formy. Tyto látky stimulují alfa-adrenergické receptory a zvyšují tak tonus cév. Odstraňují izolované konges-

ci sliznice nosu bez ovlivnění dalších příznaků rýmy. Jsou určeny ke krátkodobému podávání, pokud pacient trpí úpornou neprůchodností nosu způsobenou dilatací a zvýšenou náplní cév. Jejich aplikace přináší bezprostřední úlevu, která je však pouze krátkodobá. Opakovaná častá aplikace na nosní sliznici je spojena s nebezpečím snížení citlivosti alfa receptorů na adrenergní podněty. Vzniká tzv. rhinitis medicamentosa, která je léčebně prakticky neovlivnitelná. Výhodnější je použití perorálních forem alfa-adrenergik, zvláště v kombinaci s antihistaminiky.

Topická nosní anticholinergika, tlumící izolovaně vodnatou hypersekreci, užíváme jen omezeně, stejně jako **systémové perorální kortikosteroidy**, které výjimečně můžeme podávat v nejtěžších, vůči běžné léčbě rezistentních případech. Dříve často používané **injekční semidepotní formy kortikosteroidů jsou zcela opuštěny** pro řadu možných nežádoucích účinků.

Nezanedbatelný léčebný efekt má také správná **hygiena nosní dutiny**. U pacientů s chronickou rýmou se osvědčují výplachy speciálními roztoky (mořská sůl, vincentka apod.), které jsou k dispozici v lahvičkách s nosním nástavcem.

U některých pacientů se léčba nosních potíží neobejde bez **chirurgického zákroku**, který je v kompetenci otorinolaryngologa.

Při vypracování dlouhodobého léčebného plánu pacienta s alergickou rýmou postupujeme podle zásad **stupňovité terapie**. Cílem je získat kontrolu nad onemocněním, to znamená odstranit obtěžující příznaky a zánět sliznice, a potom tento stav dlouhodobě udržovat s použitím minimální terapie. Na základě pravidelných kontrol je možno dávky léků redukovat nebo přidávat, případně použít kombinací vzájemně se doplňujících léků. Vždy je nutno důsledně odlišit léky symptomatické, určené k intermitentnímu podávání, a léky s preventivním protizánětlivým působením, podávané soustavně.

Specifická alergenová imunoterapie (SIT, SAIT)

Ani neúčinnější konvenční farmakoterapie, kterou máme dnes k dispozici, není schopna alergickou rýmu trvale vyléčit. **Kauzální** léčbě se jako jediná přibližuje SIT, která ovlivňuje atopickou přecitlivělost, jakožto podstatu alergického onemocnění. Výsledkem jejího působení je přeladění odpovědi v TH2 subsystému pomocných lymfocytů na odpovídavost v subsystému TH1, tj. od atopické odpovídavosti k normální. SIT spočívá v regulovaném podávání přesných dávek upraveného alergenu, na který je pacient přecitlivělý, s cílem navodit specifickou toleranci tohoto alergenu. V současné době jsou terapeutické alergeny podávány subkutánní nebo sublinguální cestou. Po přechodném útlumu prožívá

nyní alergenová imunoterapie ve většině evropských zemí období renesance, které je spojeno s vývojem nových, účinnějších, bezpečnějších a pro pacienty pohodlnějších forem léčby.

Léčbu SIT indikuje na základě podrobného vyšetření alergolog, který také plně zodpovídá za její provedení. Nejedná se o metodu, která je vhodná plošně pro všechny pacienty, je třeba posoudit indikace i možná rizika. Alergická rýma je jednou z hlavních diagnóz, u kterých byla účinnost SIT prokázána v četných klinických studiích. SIT přitom neléčí pouze alergickou rýmu, ale všechny obtíže vznikající v důsledku přecitlivělosti na daný alergen. Funguje současně i jako prevence progresu alergického onemocnění. **Použití SIT teprve v případě selhání jiné farmakoterapie je neodůvodněné, naopak, plného léčebného efektu dosahujeme právě při jejím včasné zahájení.** Ačkoli je SIT léčebnou metodou vyhrazenou u nás alergologům, je velmi důležité, aby s jejími principy byli seznámeni i ostatní lékaři a mohli tak pacientům poskytnout potřebné informace.

Edukace

Poslední, nikoli však méně důležitou součástí komplexní léčby je edukace pacientů. Je zde stejně důležitá jako u pacientů s astmatem, ačkoli je jí stále ještě věnována daleko menší pozornost. Získání pacienta ke spolupráci při dlouhodobé terapii alergické rýmy je základním předpokladem léčebného úspěchu. Edukační aktivita by měla být zaměřena na **objasnění podstaty alergického onemocnění** a jeho průběhu, **prognózy** včetně případných možných komplikací a **možnosti léčebného ovlivnění**. Zvláštní pozornost je třeba věnovat vysvětlení mechanismu působení jednotlivých léků a **náviku užití topických forem léků**. Dobře edukovaný alergický pacient je schopen sám do jisté míry přizpůsobit užívání léků svému aktuálnímu stavu i rizikům z okolního prostředí.

Samostatnou kapitolu tvoří edukace o **režimových opatřeních a eliminaci alergenu**, pokud se podaří jej alergologickým vyšetřením určit jako hlavní příčinu onemocnění. Etiologický podíl faktorů prostředí na vzniku alergické rýmy je tak velký, že v některých případech režimová opatření s eliminací alergenů a dráždivých látek postačují k úplnému odstranění nosních symptomů. Odstranitelné jsou především některé alergeny z domácího prostředí (alergeny zvířat), důslednými postupy lze snížit i množství některých dalších alergenů v interiérech (roztokové alergeny). Výskyt pylových zrn v ovzduší samozřejmě pacientem ovlivnit nelze. Expozici pylům je však možné snížit například omezením venkovních aktivit v období maximálního výskytu pylových zrn, plánováním dovolené v oblastech s odlišnou vegetací a zábranou zavlečení pylů do interiéru. Pro polinotiky je důležitá důkladná znalost problematiky a sledování údajů **pylové informační služby (PIS)**, která je u nás zavedena od r. 1992.

Závěr

Moderní medicína přináší nový pohled na alergickou rýmu – toto zdánlivě banální onemocnění je chápáno jako součást systémového onemocnění se všemi známými riziky. Chronická rýma může být jediným klinickým projevem alergie u pacienta s genetickou dispozicí k atopii, velmi často je však spíše jedním článkem v řetězu dalších alergických chorob, které se objevují souběžně nebo postupně v různých časových etapách, omezují pacienta v běžných aktivitách a zhoršují kvalitu jeho života. Diagnostice i léčbě nosních příznaků musí být proto věnována patřičná pozornost ze strany zdravotníků i pacienta samotného.

MUDr. Ester Seberová
Alergologická ambulance
Husova 18, 30100 Plzeň
e-mail: seb@mbx.vol.cz

Doporučený postup pro praktické lékaře

- Pacienti s perzistující alergickou rýmou jsou vždy indikováni k vyšetření specialistou (nejvhodnější pořadí: ORL, alergolog), neopomenout vyloučení astmatu!
- Alergologické testy lze provést po vynechání antihistaminik (podle typu léku 3–10 dní), proto u pacientů se sezónními obtížemi je vhodnější toto vyšetření provést mimo pylovou sezonu a nenavodit zhoršení stavu vynecháním léčby. U pacientů s nesezónními obtížemi se alergologické testy provádějí celoročně.
- Pacienty je nutné upozornit na nutnost dlouhodobé léčby a dodržování léčebného plánu.
- Léčba závažných chronických potíží pokračuje i v těhotenství a období laktace, ale je nutno konzultovat bezpečnost podávaných léků.
- Na alergickou rýmu nebo alergický původ respiračních obtíží je nutno pomyslet při sezóně se opakujícími „infektech“ rezistentních na antibiotika, zvláště u pacientů s pozitivní osobní nebo rodinnou alergologickou anamnézou.

Literatura

- Bousquet J et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. J All Clin Immunol 2001; Suppl108 (5) p. 153.
- Bousquet J et al. Requirements for medications commonly used in the treatment of allergic rhinitis. Allergy 2003; 58: 192–197.
- ARIA At A Glance Pocket Reference 2007.
- Seberová E. Alergická rýma. Praha: Maxdorf, 2006.