

Alergická rýma v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie Fakultní nemocnice Olomouc

Alergická rýma je nejčastějším alergickým onemocněním horních dýchacích cest. Autor předkládá současnou klasifikaci alergické rýmy a následně se soustředí na popis etiologických faktorů, klinických projevů a možnostech vyšetření a léčby alergické rýmy s akcentací na možnosti praktického lékaře v péči o pacienty s alergickou rýmou.

Klíčová slova: alergeny, alergický zánět, alergická rýma.

Allergic rhinitis at a general practitioner's surgery

Allergic rhinitis is the most common upper airway allergic disease. The author presents the current classification of allergic rhinitis and, subsequently, aims at describing the aetiological factors, clinical manifestations and options for examination and treatment of allergic rhinitis, with an emphasis on the options of a general practitioner in the care of patients with allergic rhinitis.

Key words: allergens, allergic inflammation, allergic rhinitis.

Med. praxi 2012; 9(3): 95–100

Rýma – klinický projev zánětu nosní sliznice různé etiologie

Rýma je onemocnění vyvolané zánětem nosní sliznice a existuje mnoho příčin, které tento zánět mohou vyvolat. Klasifikace a terminologie proto může vycházet z několika hledisek. Podle nejčastější příčiny můžeme rýmu rozlišovat na infekční (virová, bakteriální, mykotická) a neinfekční (alergická a nealergická). Alergickou rýmu pak můžeme rozlišovat na rýmu zprostředkovanou IgE protilátkami a rýmu bez IgE protilátek (non-IgE). Mezi neinfekční a nealergické se řadí rýmy profesionální, hormonální, vyvolané léky, iritační, alimentární, psychogenní, nealergické provázené eozinofilií (NARES), atrofické, idiopatické, přestože u některých z nich (profesionální, vyvolaná léky, alimentární) se mohou významně uplatňovat alergické mechanismy.

Alergická rýma patří k nejčastějším alergickým onemocněním a její prevalence stále stoupá. V různých regionech České republiky postihuje asi 5–25 % populace, u které velmi významně ovlivňuje kvalitu života, školní i pracovní výkonnost i společenské uplatnění. Navíc nejsou zanedbatelné náklady, které jsou na její léčbu vynakládány. Včasnou a komplexní léčbou však můžeme výrazně redukovat potíže způsobené tímto onemocněním.

Klasifikace alergické rýmy

Současná mezinárodní klasifikace doporučuje rozlišovat rýmy podle průběhu na **intermitentní** (trvající méně než 4 dny v týdnu a celkově kratší dobu než 4 týdny) a na rýmy **perzistující** (trvající déle než 4 dny v týdnu a celkově déle než 4 týdny). Podle intenzity se rozlišuje **rýma lehká**, která pacienta neomezuje v jeho běž-

ných denních aktivitách a neruší jeho spánek. **Středně těžká rýma** již omezuje denní aktivity i spánek, ale správně zvolená léčba umožňuje pacientovi tyto potíže zvládnout. Jako **těžká rýma** je označována taková, která i při správně zvolené léčbě omezuje pacientovy denní pracovní a/nebo mimopracovní aktivity a ovlivňuje i kvalitu jeho spánku.

U pacientů s alergickou rýmou se klinicky manifestuje genetická dispozice tvořit ve zvýšené míře specifické protilátky ve třídě IgE (tato vlastnost je označována jako atopie) na alergeny v okolí alergika. Po kontaktu alergenu se sliznicí nosu, oční spojivky a/nebo nosohltanu vzniká působením alergenů bílkovinné povahy alergický zánět. Ten se ve své časně fázi projevuje aktivací žírných buněk s uvolněním mediátorů časného alergického zánětu – nejvýznamnějším je v této fázi hlavně histamin. Postupně pak dochází k rozvoji chronického alergického zánětu, který je charakterizován hlavně zvýšeným zastoupením aktivovaných eozinofilních granulocytů a lymfocytů v postižené tkáni. Z mediátorů chronického alergického zánětu se vedle histaminu významně uplatňují i leukotrieny, prostaglandiny a další.

Klinické projevy

Alergická rýma se projevuje svěděním až palčivým pocitem v nose, narůstající nosní obstrukcí, vodnatou sekrecí z nosu, salvami kýchání, často i poruchou čichu. Příznaky mohou být u jednotlivých pacientů různě intenzivně vyjádřeny. K nosním příznakům se mohou přidávat i podobné projevy na sliznici spojivek (zarudnutí sliznice, svědění, pocit pálení, řezání a slzení) na sliznici nosohltanu (svědění patra, pálení až bolest v hrdle, pocit cizího tělesa v kr-

ku, dráždění k suchému kašli) i v oblasti středních dýchacích cest s projevy dráždivého kašle až počínajících astmatických symptomů.

Nejčastější alergeny vyvolávající alergickou rýmu

Pyly a vzdušné plísně

Pro pylovou alergickou rýmu je charakteristické, že se objevuje hlavně při slunečném, suchém a větrném počasí v období největších koncentrací příslušných pylů ve vzduchu. U většiny rostlin je vrcholné období jejich pylení většinou krátké 2–3 týdny, ale jeho délka se může měnit vlivem aktuálních klimatických podmínek. Výjimkou je zřejmě nejvýznamnější alergen na našem území – pyly travin, které mají mnohem delší dobu pylení – i několik měsíců. Začíná vesměs v květnu a přetrvává až do září, někdy i října. Rovněž začátek pylové sezony jednotlivých rostlinných druhů je velmi závislý na konkrétních klimatických podmínkách. Například pyly olše a lísky se začínají do vzduchu uvolňovat již s táním sněhové pokrývky v období od konce února do dubna, ale vzhledem k celkovému oteplování planety se v některých letech – při rekordních denních i nočních teplotách, již v průběhu ledna vyžadují někteří pacienti s přecitlivělostí na pyly těchto dřevin použití antialergických léků.

V našich zeměpisných podmínkách se nejdříve uplatňují v ovzduší **pyly dřevin**. Jak již bylo výše uvedeno, mezi nejvčasnější patří olše a líska, následně, v průběhu března–června se do ovzduší dostávají pyly břízy a dalších stromů a keřů. Období května – června je typické pro vysoké koncentrace pylu černého bezu a bo-

rovce a v červnu – červenci se pak setkáváme s vůní lípy. S celkovým oteplením a včasným ústupem sněhové pokrývky a mrazivých dnů nabývají alergenů jarních stromů a keřů na stále větším významu a alergických projevů na tyto alergenů přibývá.

Zatím nejvýznamnějším pylovým alergenem v našich zeměpisných podmínkách jsou **pyly travin** (bojíněk, jilek, lipnice, srha a další) **a obilovin** (hlavně žito, méně pšenice, ječmen), jejichž pyly jsou dominujícími alergeny v období května – srpna. Koncem léta a počátkem podzimu (srpen–říjen) se do ovzduší dostávají ve vysokých koncentracích **pyly dalších bylin a plevelů** (nejvýznamnější je u nás pelyněk, méně pak kopřiva, šťovík, přibývá však alergií na ambrosii). S prodloužením teplých slunečných a větrných dnů se pak může sezona těchto pylů prodloužit i do listopadu. Všechny uvedené časové termíny jsou orientační a vycházejí z dlouhodobých statistických sledování.

Spóry venkovních plísní (Alternaria, Cladosporium) se v ovzduší objevují od března až do podzimu s maximem koncentrací v období červenec – říjen.

O koncentraci pylových a plísňových alergenů v ovzduší pravidelně informuje Pylová informační služba (PIS), která každý týden upřesňuje aktuální stav alergenů v ovzduší jednak cestou veřejných sdělovacích prostředků (televize, rozhlas, denníky) nebo je možno ji najít na internetových stránkách www.pylovasluzba.cz.

Roztoči

Patří k nejčastějším alergenům interiérů, bytového a domovního prostředí. Roztoči jsou mikroskopičtí členovci o velikosti asi jedné třetiny milimetru. V našich podmínkách jsou nejvýznamnějšími druhy *Dermatophagoides pteronyssinus* a *Dermatophagoides farinae*. Jako alergenů se uplatňují bílkoviny enzymatického charakteru, které se nacházejí v exkrementech a ve zbytcích rozpadlých těl roztočů. Optimální podmínky pro jejich život jsou teplota kolem 25 °C a vlhkost vzduchu 55–75 %. Živí se kožním odpadem lidského těla (odloupané částečky kůže, lupy) a dalším biologickým odpadem. Vzhledem k této skutečnosti je pochopitelné, že v bytových podmínkách se nejčastěji nacházejí v přikrývkách, polštářích, matracích, čalouněném nábytku, kobercích, plyšových tkaninách s vyšším vlasem. Přírodním zdrojem roztočů jsou hlavně ptačí hnízda (hlavně holubí, ale i slepičí). Některé literární zdroje uvádějí, že po roce používání polštářů/peřin bez vyprání tvoří roztoči, jejich exkrementy a zbytky těl až 10 % jejich hmotnosti.

Domácí zvířata

Velmi významným zdrojem alergenů v domácím prostředí jsou v bytech chovaná zvířata (průzkumy potvrzují, že v České republice se domácí zvířata vyskytují až ve 40 % domácnostech). Zvířecí alergenů mají velkou adherenci k povrchům (tato vlastnost je nejvýraznější u alergenů kočičích). Snadno ulpívají na nábytku, tkaninách, oděvech, „nalepují“ se i na částečky jemného bytového prachu a tím se stávají součástí vdechovaného aerosolu. U zvířecích alergenů je důležité si uvědomit několik nepříjemných skutečností. Vzhledem k jejich adhezivnímu povrchu mohou přetrvávat v bytovém prostředí dlouhou dobu (několik týdnů i měsíců) i po odstranění zvířete z bytu. Další „nepříjemnost“ je v tom, že alergické projevy se u alergika nemusí projevit hned po prvním kontaktu se zvířetem. Sensibilizace může trvat několik týdnů i měsíců a když se klinicky projeví, pak je pro členy rodiny velmi obtížné se zvířetem zbavit, protože se v průběhu onoho období z něj stal domácí mazlíček či dokonce člen rodiny. Dalším předpokladem je to, že alergie domácích zvířat je způsobena hlavně chlupy a že chov tzv. „naháčů“ je pro alergiky bezpečný. Velmi významné alergenů domácích zvířat jsou obsaženy ve slinách, v moči, mazových žlázách, částečkách odloupané kůže. Nejčastější a nejvýznamnější alergie vyvolávají kočky, psi, v poslední době pak i králíci, činčily a drobní hlodavci (morčata, křečci, potkani).

Méně častá, ale významná může být alergie na koně, která ve spojení s pylovou alergií může takto postiženým pacientům zcela zabránit věnovat se tak ušlechtilému „koníčku“ jako je jízda na koni.

Alergie může být způsobena i domácím chovem ptáků (holubů, slepic, ale i papoušků, andulek či kanárů) a to hlavně tím, že jejich peří a hnízda mohou být rezervoárem roztočů, kteří jsou jejich častými parazity.

Ostatní alergenů

V některých státech (např. v USA) patří k významným alergenům švábi, kteří v našich podmínkách nejsou tak častým alergenem, ale je možno je očekávat hlavně v domácnostech, restauracích a hotelových zařízeních s nižší hygienickou úrovní. Podobně se mohou uplatňovat volně žijící hlodavci (myši, krysy, potkani). Někdy se alergikům doporučuje chov akvarijních ryb – jako nerizikový, ale i zde se může stát, že se alergenem stane například krmivo pro rybičky (sušené dafnie), které může obsahovat roz-

toče a také alergenů schopné vyvolat zkříženou reakci u osob precitlivělých na roztoče.

Diagnostika v ambulanci praktického lékaře

Základní diagnózu alergické pylové rýmy provádí praktický lékař na základě anamnézy, která se opírá o rodinnou a osobní alergickou zátěž, typické sezonní klinické potíže a fyzikální vyšetření. Období klinických potíží je dobré porovnat s informacemi místní Pylové informační služby o koncentraci pylů v ovzduší. Na základě těchto informací je možno již téměř přesně stanovit diagnózu.

Rodinná anamnéza – je významným údajem, protože vloha pro atopii (specifickými IgE protilátkami nesena alergie) je geneticky fixována. Statistiky nám naznačují, že pokud alespoň jeden z rodičů má alergické onemocnění, pak u jejich dětí je 20–30 % riziko vzniku alergického onemocnění. Pokud jsou oba rodiče alergici, pak riziko stoupá na 50–60 %. Pokud oba rodiče trpí stejnou alergickou chorobou (např. alergickou rýmou na pyly), pak je riziko výskytu alergie na pyly u jejich potomka až 80 %. Samozřejmě k rozvoji klinické manifestace alergie je zapotřebí nejen genetickou vlohu, ale i zevní faktory – spouštěče, které vyvolají tuto klinickou manifestaci. Poslední výzkumy lidského genofondu naznačují, že genetickou vlohu pro alergické onemocnění má téměř 60 % veškeré populace. Záleží pak jen na zevních podmínkách, zda je tato vloha klinicky manifestovaná. Bohužel, naše životní prostředí se v posledních desetiletích výrazně mění – nárůst průmyslových polutantů, automobilových výfukových plynů, přesun obyvatel do měst s vysokou koncentrací obyvatel, stresujícím způsobem života, chemizací potravin, zvýšenou četností lehčích přechozených infekcí narušujících integritu ochranné slizniční bariéry a další vlivy. Jsou to samozřejmě změny k horšímu, a proto taky zaznamenáváme výrazný nárůst alergických onemocnění, hlavně s rozvojem precitlivělosti na inhalační alergenů.

Osobní anamnéza – vyžaduje pečlivé informace o počátku potíží, délce jejich trvání a identifikaci prostředí, ve kterém se hlavně projevují. Inhalační alergie se vesměs manifestují bezprostředně při kontaktu s příčinným alergenem – kontakt se zvířecím alergenem při mazlení se zvířetem. Mnohdy však stačí pobyt v jedné místnosti se zvířetem nebo jen s jeho chovatelem i v úplně jiném prostředí, protože tyto alergenů může přenášet na svém oděvu či ve vlasech. Typický je sezonní výskyt potíží na pylové alergenů, který je vázán na vysokou

koncentraci těchto alergenů ve vzduchu hlavně při sušším slunečném a větrném počasí. O koncentraci alergenů ve vzduchu podává velmi přesné informace Pylová informační služba (viz odstavec Nejčastější alergen...). Alergie na roztoče se nejčastěji projevuje po začátku topné sezony (podzim – zima), kdy se v bytech intenzivněji víří částice bytového prachu s navázanými roztočovými alergergy. U alergiků na roztoče se projevy rýmy zvyrazňují po ulehnutí do postele, ráno, když vstávají z postele nebo při úklidu (vysávání a utírání prachu, převlékání či stlaní lůžkovin).

U pacientů s projevy alergické rýmy je potřeba cíleně se dotazovat na příznaky tlaku na prsou, nedostatečnosti dechu při větší fyzické zátěži či pískoty a dušnost, protože alergická rýma často předchází rozvoji průduškového astmatu.

Fyzikální vyšetření – je velmi jednoduché (aspekce a auskultace), protože pacienti v období potíží mají velmi typické klinické projevy zarudnutí spojivek, slzení, vodnatý výtok z nosu, rinolalii, projevují se kýchním, častým třením nosu („alergický pozdrav“), ale i zarudnutím nosohltanu, škrábáním v krku, suchým pokašláváním. Vzhledem k tomu, že alergická rýma často předchází rozvoji průduškového astmatu (asi 40 % pacientů s alergickou rýmou má i projev průduškového astmatu), je vhodné poslechové ověřit zda nejsou slyšitelné expirační pískoty nebo dráždění ke kašli při usilovném výdechu.

Laboratorní vyšetření – zjištění relativního (nad 5 %) či absolutního (nad $0,350 \times 10^9/L$) zastoupení eozinofilních granulocytů v diferenciálním rozpočtu a úrovně celkových IgE protilátek (nad 100–150 UI/ml) může kterýkoliv praktický lékař potvrdit alergický terén u sledovaného pacienta.

Na základě podrobné anamnézy, fyzikálního vyšetření a základního laboratorního vyšetření může praktický lékař téměř jistě stanovit diagnózu alergické rýmy. Pokud jsou projevy alergické rýmy mírné a dobře reagují na základní léčbu, je takový postup dostačující a není potřebné vyšetření a léčba v odborných ambulancích.

Vyšetření specialistou – alergologem/klinickým imunologem nebo ORL specialistou – je potřebné v těch případech, pokud jsou klinické projevy středně těžké až těžké a/nebo základní protialergická léčba není dostatečně účinná. Rovněž je indikováno vyšetření specialistou při podezření na mechanickou či organickou překážku nebo chronický zánět v nosních průchodech či paranazálních dutinách (ORL specialista) nebo při podezření na možný rozvoj průduš-

kového astmatu a/nebo při nejasné diagnóze (vyšetření alergologem/klinickým imunologem). Specializované alergologické vyšetření je zaměřeno na potvrzení alergického terénu (vyšetření eozinofilů, celkového IgE, eozinofilového kationického proteinu-ECP, cytologické vyšetření nosního sekretu) a na specifikaci přecitlivělosti pomocí kožních testů s definovanými standardizovanými alergergy a/nebo vyšetření specifických IgE protilátek vůči konkrétním alergenům. Dle potřeby je doplněno o funkční vyšetření dýchacích cest (rinomanometrie, spirometrie, bronchodilatační a/nebo bronchoprovokační testy, vyšetření vydechovaného NO, případně další vyšetření). V rámci diferenciální diagnostiky je někdy potřebné podrobné ORL vyšetření včetně rtg či CT vyšetření paranazálních dutin nebo podrobné imunologické vyšetření.

Diferenciální diagnóza

Od alergické rýmy je potřeba odlišit především ataky infekční virové nebo bakteriální rýmy. U těchto typů rýmy bývají vesměs i jiné příznaky infekce (zvýšené teploty, spíše hlenová či hlenohnisavá sekrece, pozitivní bakteriologické vyšetření nosního sekretu, zvýšení CRP, leukocytóza). Podobnými potížemi jako alergická pylová rýma se projevuje i nealergická rýma s eozinofilii (NARES), která však nemá sezonní výskyt a nelze u ní kožními testy a laboratorním vyšetřením zjistit atopickou vlohu a specifickou přecitlivělost.

Přestože typický klinický obraz a hlavně sezonní průběh, který se každoročně opakuje, téměř vylučuje možnost záměny s rýmou jiné etiologie, přesto se často setkáváme s případy, že praktický lékař léčí alergickou rýmu jako infekční dokonce širokospektrými antibiotiky aniž by si podrobnou anamnézou a základním laboratorním vyšetřením etiologii potvrdil.

Léčba alergické rýmy v ordinaci praktického lékaře

Jako u všech onemocnění, tak i u pylové alergické rýmy se v rámci komplexní léčby uplatňují principy preventivní a terapeutické.

Preventivní opatření u alergie na pyly jsou zaměřena především na zamezení kontaktu pylů se sliznicemi nosu a/nebo na snížení koncentrace alergenů v okolí alergika. Tato opatření je možno uskutečnit jen v uzavřených prostorách (domácí prostředí, ložnice, kanceláře, dílny), kde pomocí správně načasovaného větrání místností, použitím ochranných protipylových sítí v oknech, vybavení místností čističkami vzduchu, správným udržováním klimatizace, je možno za-

bránit průniku pylových alergenů z venkovního prostředí do těchto vnitřních prostorů. Ve venkovním prostředí je jediným účinným opatřením pravidelné ošetřování – kosení – travních ploch ve 2–3 týdenních intervalech tak, aby bylo zamezeno vzrůstu travin, bylin, plevelů do jejich pylové zralosti a zabránění vzniku divokých neošetřovaných rumisek, na kterých se nachází velké množství divoce rostoucích agresivních plevelů. Tato opatření jsou zvláště významná uvnitř a v těsném okolí sídlištní zástavby, protože mezi výškovými domy sídlišť není optimální proudění vzduchu, rozptylové podmínky jsou zhoršené a navíc je ovzduší zhoršováno zvýšenou koncentrací automobilových výfukových plynů jejichž zplodiny narušují ochrannou bariéru sliznic respiračního systému a tím usnadňují průnik vzdušným alergenům do respiračního epitelu, kde vyvolávají alergické zánětlivé změny. Částice výfukových plynů (DEP) nejen narušují ochrannou bariéru sliznic, ale zachytávají se také na pylových zrnech, která narušují a po dopadu na sliznici tak dochází k rychlejšímu vyplavení alergenů z takto narušených pylových zrn.

Preventivní opatření u alergie na roztoče jsou zaměřena hlavně na úpravu domácího prostředí alergika. V prostředí, ve kterém alergik často pobývá by mělo být co nejvíce ploch a nábytku, které se dají na vlhko utřít, co nejméně koberců, čalouněného nábytku, závěsů, přehozů a plyšových textilií s vysokým vlasem. Pravidlem by mělo být praní lůžkovin 1x týdně ve vodě nad 60 °C, ve 2–3týdenních intervalech důkladně vysátí matrací výkonným vysavačem s kvalitním HEPA filtrem. Významné snížení koncentrace roztočových alergenů dosáhneme použitím speciálních ochranných textilií na matrace, na polštáře a přikrývky, které neumožňují průnik roztočovým alergenům. Vhodné je časté větrání polštářů a přikrývek na sluníčku, ale i v průvanu nebo mrazu, protože je to prostředí, které roztoče ničí.

Nejvýznamnějším a neúčinnějším **preventivním opatřením u alergie na domácí zvířata** je především nepořizovat domácí zvíře do domácnosti alergika, u kterého se již alergie projevila na jiný druh alergenu. U takového pacienta je mnohem vyšší pravděpodobnost, že se u něj vytvoří senzibilizace i na alergen domácího zvířete.

Medikamentózní léčba

Při medikamentózním ovlivnění alergického zánětu rozlišujeme léčbu úlevovou, léčbu protizánětlivou a specifickou alergenovou imunoterapii. Toto rozdělení je však spíše pomocné, umožňující lépe rozumět hlavnímu efektu kon-

krétního léčiva, protože velká část léčebných prostředků se uplatňuje více či méně jak účinkem úlevovým, tak i protizánětlivým a mnohdy i preventivním.

Dekongestiva

Jedná se o typické úlevové léky, které působí na sliznici nosu a spojivek téměř okamžitě – vyvoláním vazokonstrikce zmírňují místní prokrvení, zmenšují otok, místní svědění, pálení a bolestivost. Jedná se vesměs o adrenergní agonisty samotné nebo v kombinaci s antihistaminikem. Působí vesměs krátkodobě a neměly by být používány déle jak 5–10 dnů pro riziko možného vyvolání medikamentózní rýmy. Ve formě kapek do očí jsou k dispozici např. Sanorin-Analergin, Spersallerg, Visine. Ve formě nosních kapek či sprejů se používají Sanorin, Sanorin-Analergin, Nasivin, Olynth, Otrivin, Vibrocil a další. Je možno využít i p.o. podávaných přípravků s prodlouženým účinkem (Clarinase repetabs, Disophrol repetabs), u kterých riziko medikamentózní rýmy nehrozí.

Antihistaminika

Tato léková skupina je v léčbě alergických onemocnění používána nejčastěji a uplatňuje se jako úlevový lék, ale novější generace těchto léků má i významné protizánětlivé účinky a je možno je používat i jako preventivní léky. **Antihistaminika 1. generace** (např. Dithiaden, Fenistil, Tavegyl) se používají dosud a uplatňují se především jako úlevové léky zmírňující svědění a pálení sliznic a kůže. Jejich efekt přetrvává 4–6 hodin a je spojen s větším či menším sedativním účinkem, který může být občas výhodný (podání na noc, zklidnění svědění u malých dětí apod). Většinou však i pacient s alergií vyžaduje plně zachovanou aktivitu, pozornost, koncentraci pro výkon svého zaměstnání, pro studium apod., takže sedativní působení není přípustné nebo je značně obtěžující. V takových případech jsou mnohem výhodnější **antihistaminika 2. generace** (cetirizin, loratadin), které známe z širokého použití originálních přípravků (Zyrtec, Claritin) či četných generických výrobků (tabulka 1). Tyto přípravky již mají minimální sedativní účinek (i když i zde je nutno počítat s individuální vnímavostí pacientů), který je mnohonásobně nižší než u výše zmíněných léčiv 1. generace. Navíc se u antihistaminik 2. generace objevují významné protizánětlivé účinky, které zesilují jejich farmakologický efekt. Protizánětlivý efekt, při zachovaném či ještě intenzivnějším protihistaminovém a protialergickém účinku, je ještě zvýrazněn u nejnovější skupiny antihistaminik (desloratadin, levocetirizin, fexofe-

Tabulka 1. Nejčastěji používané farmakologické přípravky používané k léčbě rýmy

Antihistaminika	1. generace	
	■ bisulepin	Dithiaden
	■ dimetinden	Fenistil
	■ ketotifen	Zaditen, Ketotifen
	■ klemastin	Tavegyl
	■ promethazin	Prothazin
	2. generace	
	■ cetirizin	Zyrtec, Zodac,
	■ loratadin	Alerid, Letizen
		Claritin, Flonidan, Loratadin
	topická	
	■ azelastin	Allergodil
	■ levokabastin	Livostin
	imunomodulační	
	■ levocetirizin	Xyzal, Zenaro, Cezera
	■ desloratadin	Aerius
	■ fexofenadin	Ewofex
	■ bilastin	Xados
Topická dekongestiva	nafazolin	Sanorin
	oxymetazolin	Nasivin
	xylometazolin	Olynth, Otrivin
Kombinace antihistamika + dekongestiva	loratadin + pseudoefedrin	Clarinase repetabs
	fenyramin + pseudoefedrin	Disophrol repetabs
Topické kortikosteroidy	beklometason	Beclomet, Nasobec
	budesonid	Rhinocort, Tafen
	flutikason propionát	Flixonase, Alergonase
	flutikason furoát	Avamys
	mometason furoát	Nasonex
Topické kromony	kromoglykát sodný	Cromohexal, Cromobene, Allergocrom, Allegro-comod
Topická anticholinergika	ipratropium bromid	Atrovent
Antileukotrieny	montelukast	Singulair

nadin), které označujeme jako **antihistaminika s imunomodulačním účinkem**. V letošním roce přibyl na našem trhu v této skupině navíc ještě bilastine (Xados).

Antihistaminika jsou k dispozici jednak k systémovému perorálnímu použití ve formě kapek, roztoků či tablet, ale i k lokální aplikaci ve formě očních kapek či nosních sprejů (např. azelastin-Allergodil, levokabastin – Livostin) nebo kožních gelů (Fenistil gel). Obecně je možno říci, že lokálně aplikované formy používáme hlavně jako přechodně podávané úlevové léky nebo jako léky preventivní (aplikace léku do oční spojivky či nosu před odchodem do venkovního prostředí s větší koncentrací alergenů nebo před rizikovou činností – úklid v prašném prostředí apod.). Výhodou je jejich rychlý nástup účinku, který se projevuje do několika minut po aplikaci. Celkově podávaná antihistaminika u sezonní pylové rýmy můžeme rovněž použít jako úlevové léky nárazově aplikované jen při potížích (především u náhodných a krátkodobě trvajících alergických potíží), ale při současných znalostech o alergickém zánětu, který skrytě probíhá jako minimální perzistující zánět po celou konkrétní pylovou sezonu s občasnou exacerbací, je výhodnější **kontinuální pravidelné podávání**

po celou sezonu. Významně se tím sníží četnost a intenzita exacerbací.

Kromony

U alergické rýmy má stále významné místo kromoglykát dvojsodný (např. Cromohexal, Cromobene, Allergocrom) ve formě očních kapek a nosního spreje. Jedná se o přípravky, které se uplatňují především jako preventivní léky. Jejich efekt je založen na stabilizaci membrán žírných buněk a tím na zabránění uvolnění mediátorů alergického zánětu. Z této podstaty jejich působení je patrné, že jejich aplikace je nutná před spuštěním alergického zánětu, tzn. dříve než alergie přijde do kontaktu s vnějšími alergeny a jejich aplikace musí být častější (3–6x denně), aby se požadovaný efekt udržel. Jejich nevýhodou je tudíž nutnost časté aplikace a taky uvědomění si, že se jedná o léčiva hlavně preventivní, která u rozvinutých alergických potíží již nemají požadovaný efekt. Jedná se však o léčiva velmi bezpečná a dobře tolerovaná, takže při dodržení výše uvedených doporučení jsou to léky velmi užitečné.

Kortikosteroidy

Jedná se o neúčinnější protizánětlivé léky, které u alergické rýmy používáme hlavně

ve formě nosních sprejů. K dispozici je několik účinných molekul kortikosteroidů – beklometazon (např. Beclomet, Nasobec), budesonid (např. Rhinocort, Tafen, Tinkair), flutikazon propionát (Alergonase), flutikazon furoát (Avamys) či mometazon furoát (Nasonex). Protizánětlivý účinek kortikosteroidů na nosní sliznici je velmi komplexní a odpovídá jejich obecným účinkům. Prostup těchto molekul z místa aplikace do systémového oběhu je minimální, u některých molekul zcela zanedbatelný (hlavně budesonid, flutikazon a mometazon), takže i nežádoucí systémové účinky jsou minimální nebo žádné. Rovněž u místně aplikovaných kortikosteroidů se doporučuje jejich kontinuální podávání, a to i u sezonních typů alergie, z důvodů již výše uvedených u antihistaminik. Jejich efekt je většinou dlouhodobý a stabilní, takže při udržování léčbě vystačíme s podáváním 1× denně, výjimečně můžeme zvýšit dávku na 2× denně, jen u beklometazonu je potřeba aplikace 2× denně po celou dobu jeho používání.

Při zvláště těžkých projevech alergické rýmy jsme výjimečně nuceni ke zklidnění potíží použít i systémově účinkující kortikosteroidy ve formě tablet (např. Prednison, Medrol) nebo depotních injekčních preparátů. Jejich použití ponecháváme jen na stavy, které nereagují na veškerou jinou léčbu. Pokud však přistupujeme k jejich podání, měli bychom volit dávku dostatečně vysokou (např. 40–60 mg Prednisonu/den). Délka podání se řídí klinickou odezvou na léčbu. Na našem pracovišti se nám osvědčilo podání této nárazové dávky a po dosažení požadovaného efektu snižování o 10 mg denně) což nám umožňuje dostat alergický zánět co nejrychleji pod kontrolu a přejít na léky s menším množstvím nežádoucích účinků.

Antileukotrieny

Tyto léky se používají v léčbě alergické rýmy především u pacientů s perzistujícím průduškovým astmatem současně s ostatními léčebnými prostředky k léčbě alergické rýmy (antihistaminika, topické steroidy) jejichž efekt při ovlivnění symptomů rýmy zvyšují. Samostatně se k léčbě alergické rýmy nepoužívají.

Specifická alergenová imunoterapie (SAIT)

Jedná se o jedinou kauzální léčbu alergického zánětu, která je ve své podstatě známá již velmi dlouho jako hyposenzibilizační léčba, ale v posledních letech dochází ke stále přesnějším poznatkům o mechanismech jejího působení a ke zvyšování účinnosti alergenových vakcín. Za hlavní mechanismus účinku SAIT je považován zásah do regulační cytokinové sítě, jehož výsledkem je potlačení alergického zánětu se snížením tvorby specifických IgE protilátek a navození zvýšené tvorby obranných IgG protilátek, které blokují účinek již vzniklých specifických „alergických“ IgE protilátek. Prostřednictvím těchto změn dochází k aktivaci tělu vlastních obranných mechanismů proti rozvíjejícímu se alergickému zánětu.

V současné době je k dispozici velké množství důkazů poskytovaných kontrolovanými studiemi o účinnosti podkožně aplikovaných alergenových vakcín (**injekční subkutánní formy**) i vakcín, které se aplikují na sliznici pod jazyk (**kapkové sublingvální formy**). Moderní vakcíny jsou charakterizované váhovým množstvím hlavních alergenů, které se nachází v 1 ml alergenové substance a jednotkami biologické účinnosti, která je ověřována na skupinách definovaných pacientů. Naším pacientům jsou k dispozici injekční i sublingvální (kapkové a poslední dobou i tabletové) formy alergenových vakcín zahraničních výrobců. Léčba alergenovou imunoterapií je vázána na předpis specialisty (alergologa/klinického imunologa). Je prokázáno, že SAIT je účinnou léčebnou metodou při léčbě alergie na jed blanokřídlého hmyzu a na alergickou rinokonjunktivitidu a lehčí formy průduškového astmatu, které jsou vyvolané pyly rostlin, roztoči, zvířecími alergeny nebo plísněmi. První příznivé účinky SAIT mohou pacienti pozorovat již po 6–12 měsících léčby ve smyslu zmírnění projevů alergických potíží a snížení potřeby úlevové a protizánětlivé léčby.

Ostatní způsoby léčby pylové alergické rýmy

Mezi pacienty se můžeme doslechnout a ve společenských časopisech se můžeme do-

číst o dalších možných způsobech léčby alergie. Můžeme se setkat s reklamou na přípravky, které zaručeně potlačí či zcela odstraní alergické potíže. Z různých léčebných metod má své opodstatnění zřejmě jen akupunktura, jejíž aplikace přechodně zmírňuje klinické projevy alergie. Při kontrolovaných studiích s homeopatiky nebyl potvrzen statisticky významnější efekt jejich použití ve srovnání s placebem. U potravinových doplňků (potravin pro zvláštní výživu) jsou doloženy pouze atesty, které dokládají jejich neškodnost, nikoliv jejich účinnost. V kontrolovaných studiích, pokud byly provedeny, nevýkazovaly tyto přípravky statisticky významnější účinek než placebo, se kterým byly srovnávány.

Závěr

Alergická rýma nepatří k závažným chorobám, které by vedly ke smrti pacienta, ale svou vysokou prevalencí v naší populaci patří k chorobám značně ovlivňujícím kvalitu života – pracovní, studijní, společenské a zájmové činnosti pacientů. Správně, včas a dostatečně léčená alergická rýma, která je pod léčebnou kontrolou, umožňuje pacientovi vykonávat veškeré činnosti bez potřeby jakýchkoli omezení a navíc je i prevencí rozvoje jiných závažnějších alergických onemocnění jakým je průduškové astma. V současné době máme velmi širokou škálu účinných prostředků, léků a léčebných postupů, kterými můžeme tuto dobrou kontrolu uskutečnit.

Literatura

1. Špičák V, Panzner P, a kol. Alergologie, Galén, 2004.
2. Ester Seberová. Alergická rýma v otázkách a odpovědích, Maxdorf 2009.
3. Rybníček O, Seberová E (eds.). Průvodce specifickou alergenovou imunoterapií, Tigris 2009.

Článek přijat redakcí: 16. 1. 2012

Článek přijat k publikaci: 13. 2. 2012

doc. MUDr. Jaromír Bystron, CSc.

Oddělení alergologie
a klinické imunologie
Fakultní nemocnice Olomouc
Třída Svornosti 14, 779 00 Olomouc
jaromir.bystron@tiscali.cz

