

Alergická rýma – možnosti samoléčby

Mgr. Karel Hloch¹, PharmDr. Martin Doseděl, Ph.D.^{1,2}

¹Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy, Hradec Králové

²Ošetrovatelský úsek, Interní oddělení Nemocnice, Šumperk

Alergická rýma patří mezi onemocnění, u kterých pacienti často inklinují k samoléčbě. V předkládaném článku uvádíme základní informace o samotném onemocnění a o léčivech, která mohou pacienti v rámci samoléčby použít. Tyto informace mohou pomoci praktickému lékaři v orientaci na poli volně prodejných přípravků.

Klíčová slova: alergická rýma, samoléčení, OTC léčiva, antihistaminika, topické nosní kortikoidy, dekonjestiva.

Allergic rhinitis – the possibility of self-medication

Allergic rhinitis belongs to the group of illnesses, in which patients often tend to self-medication. In the following article we provide basic information about the disease as well as about OTC drugs, which are available for self-medication. These information should help to GPs with orientation on the broad field of OTC used to allergic rhinitis treatment.

Key words: allergic rhinitis, self-medication, nonprescription drugs, antihistamines, topical nasal steroids, decongestants.

Úvod

Alergie

Alergie patří mezi imunopatologické stavy a vzniká neadekvátní reakcí organismu na jinak běžné podněty životního či pracovního prostředí známé jako alergen. Alergická reakce bývá doprovázena subjektivně nepříjemným vnímáním poruch funkcí některých orgánů. Objektivně pak nalézáme známky reverzibilního případně ireverzibilního poškození dané tkáně. Charakteristickým znakem alergických reakcí I. typu, která tvoří podklad alergické reakce na nosní sliznici, je především zvýšená produkce specifického imunoglobulinu E (IgE) vedoucí k rozvoji alergického zánětu. Alergickou reakci I. typu rozdělujeme do dvou fází. V první z nich, označované také jako časná, nedochází k přímému poškození tkáně a její rozvoj nastává během prvních 10–30 minut po kontaktu s alergenem. Vazba alergenu s IgE je doprovázena uvolněním zánětlivých mediátorů z žírných buněk a basofilů (histamin, seroto-

nin, hydrolitické enzymy aj.) a také syntézou mediátorů de novo působením membránové fosfolipázy A2 (leukotrieny, prostaglandiny aj.). Po uplynutí 4–12 hodin nastupuje pozdní fáze, ve které hrají hlavní roli nově vytvořené mediátory působením fosfolipázy A2 a zánětlivé cytokiny TNF α , TGF β , IL-4, IL-5, IL-6. V pozdní fázi se prohlubují změny vyvolané zvýšenou permeabilitou cév a podílejí se na ni buněčné mechanismy imunity, které následně mohou vést k ireverzibilním změnám. Kromě vlivu vnějšího prostředí a kontaktu s alergenem v etiopatogenezi alergických reakcí hrají zásadní roli také genetické predispozice. V případě alergického onemocnění se však nedědí onemocnění samotné, ale dispozice k jeho rozvoji. U dítěte s jedním alergickým rodičem je riziko rozvoje alergie 2x větší (40 %) než u dítěte bez tohoto zatížení. Jsou-li alergici oba rodiče, zvyšuje se riziko až 4x (na 80 %). Mezi klinické formy alergie řadíme: atopický ekzém, alergickou rýmu, astma bronchiale, alergickou konjunktivitidu a potravinové alergie (1).

Alergická rýma

Alergická rýma (AR) je definována jako zá-
nětlivé onemocnění nosní sliznice, které se vy-
skytuje u 15 % populace České republiky (1). AR
vzniká na podkladě alergie I. typu a hlavními pří-
znaky onemocnění jsou: převážně svědivá iritace
nosní sliznice, kýchání, vodnatá hypersekrece či
obturace nosu. Samotný výskyt těchto příznaků
je ovlivněn v závislosti na ročním období a sle-
dované lokalitě (2). Podle doby výskytu AR lze
alergickou rýmu rozdělit na dva základní typy:

■ **Intermitentní**, která se objevuje zejména
v pylové sezóně (únor–listopad, s maximem
květen–srpen) v závislosti na počasí a době
pylení jednotlivých stromů, travin a bylin
(informaci lze zjistit ve zprávách veřejných
medií nebo na www.pylovasluzba.cz) a bývá
doprovázena svěděním, postižením očních
spojivek, kýcháním a zvýšenou nosní sekre-
cí. Často se také vyskytují projevy astmatu
nebo bronchiální hyperreakivity, méně
často i kožní projevy, bolesti hlavy, únava
či subfebrilie.

Tab. 1. Příznaky, při kterých je žádoucí konzultace s lékařem (13)

- alergické obtíže nereagující na léčbu nebo trvající déle než 10 (14) dní
- opakující se nebo progredující obtíže, u kterých se usuzuje na projevy alergie
- alergické obtíže doprovázené dušností (respirační příznaky)
- astma, angioedém, potravinová alergie a anafylaktický šok v anamnéze, podezření na jejich výskyt
- těhotné a kojící ženy, děti mladší než 2 roky
- závažná kardiovaskulární onemocnění (nekontrolovaná hypertenze, srdeční selhání) nebo vybraná metabolická onemocnění v anamnéze

■ **Perzistentní**, při které dochází k reakci na alergen celoročně se vyskytující, pocházející především z domácího prostředí. Zdrojem alergenů jsou nejčastěji roztoči, domácí zvířata nebo plísně, případně alergen pracovního prostředí (mouka atd.). U perzistentní AR dochází většinou k dlouhodobé expozici nízkým dávkám alergenů, což může mít za následek vznik trvalejších zánětlivých změn na nosní sliznici. Z tohoto důvodu může být převažujícím symptomem kongesce sliznice a neprůchodnost nosu.

Přesto, že se alergická rýma může zdánlivě jevit jako banálnější onemocnění a bývá proto pacienti často přehlížena, jedná se o onemocnění se zásadním dopadem na produktivitu a kvalitu života pacientů. Dochází ke snížení fyzické i duševní výkonnosti, klesá kvalita spánku, pacienti jsou omezeni ve své profesní i zájmové činnosti. U dětí zvyšuje školní absenci a vyskytuje se 3x vyšší incidence středoušních zánětů. Jak u dětí, tak i u dospělých se o 35 % zvyšuje riziko vzniku sinusitid. Nejzávažnější komplikací je 3–4x vyšší riziko rozvoje bronchiálního astmatu (3). Vliv AR na kvalitu života je spolu s intenzitou a délkou trvání příznaků základním pilířem současné klasifikace tohoto onemocnění (obrázek 1) (4).

Samoléčení

Současný trend ve zdravotnictví klade čím dál větší důraz na edukaci a spolupráci pacienta. To spolu s nedostatkem času pro návštěvu lékaře vede k tomu, že se pacienti čím dál častěji uchylují k řešení svých problémů za pomoci samoléčení.

Samoléčení lze v užším slova smyslu definovat jako léčení lehkých zdravotních obtíží prostřednictvím volně prodejných léků (OTC). Základní informace o lécích pak pacienti získávají od lékárníků, případně farmaceutických asisten-

Obr. 1. Klasifikace alergické rýmy (dle 7)



tů. Ti by měli mít na zřeteli všechna potenciální rizika plynoucí pro pacienta ze samoléčení a zároveň by měli pamatovat na to, že terapie OTC může maskovat varovné příznaky závažné choroby, a tím zpozdit lékařskou diagnózu. Samoléčení se navíc doporučuje pouze na omezenou dobu (1 až 2 týdny). Varovné příznaky a okolnosti, při kterých je obvykle nutná konzultace s lékařem v případě AR, shrnuje tabulka 1.

Stoupající trend v samoléčení však nemusí být v terapii AR vždy na místě a úloha odborné diagnostiky a kontrolované terapie je v případě tohoto onemocnění žádoucí. Uplatnit samoléčení a doporučit většinu volně prodejných léčivých přípravků, popř. doplňků stravy, lze pouze u krátkodobých zdravotních obtíží, především u pacientů s již stanovenou diagnózou alergické rýmy k překlenutí období před návštěvou lékaře. Stěžuje-li si však pacient na opakované příznaky ukazující na možné závažné nebo chronické alergické onemocnění, patří do rukou lékaře.

Pacient s AR v ordinaci praktického lékaře

Rozhodne-li se sám pacient pro vyhledání lékařské pomoci, případně je-li nasměrován pracovníky lékárny, měly by jeho první kroky vést do ordinace praktického lékaře. Praktický lékař, který má rovněž širokou možnost preskripce antialergických léků (podrobný přehled léků vázaných na lékařsky předpis pro terapii AR uvádí monografie 5, 6), by měl provést základní diagnostiku, která se opírá o fyzikální vyšetření se zaměřením na hledání typických projevů AR, jakými jsou: vodnatý výtok z nosu, zduření nosní sliznice, ucpaní nosu, kýčání, časté tření nosu, zarudnutí spojivek, slzení a další. Dalším krokem je stanovení osobní anamnézy pacienta, a to zejména návaznost vzniku alergických obtíží vzhledem k prostředí, ve kterém se pacient vyskytuje, případně návaznost na čase či vykonávané činnosti. V neposlední řadě vede k utvrzení

diagnózy laboratorní stanovení relativního (nad 5 %) nebo absolutního (nad $0,350 \times 10^9/l$) zastoupení eozinofilních granulocytů v diferenciálním rozpočtu a množství celkových IgE protilátek (nad 100–150 UI/ml) (7). Na základě těchto informací se praktický lékař rozhoduje o případném běžném nebo urgentním vyšetření u specialisty. V terapii zejména střední a závažné AR nebo u pacientů nereagujících na standardní léčbu je žádoucí spolupráce s otorinolaryngologem a zejména alergologem specialistou. Doporučení pro praktické lékaře v případě záchytu alergického pacienta uvádí následující postup (8):

- Provedení podrobné anamnézy
- Základní úlevová léčba
- Odeslání pacienta na specializované pracoviště k potvrzení diagnózy a nastavení vhodného léčebného postupu
- Pokračování léčby ve spolupráci s lékařem-specialistou
- Podrobná edukace pacienta

Farmakoterapie alergické rýmy

Vzhledem k zásadnímu vlivu alergenů na rozvoj AR představuje jejich odhalení a následná eliminace klíčovou úlohu v terapii. Příklady, jak toho dosáhnout jsou uvedeny v tabulce 2. Přestože eliminací alergenů můžeme dosáhnout značného zlepšení pacientova stavu, je u většiny pacientů nezbytná farmakologická léčba. Tu je nutné rozlišovat na dlouhodobou nebo i trvalou, mající protizánětlivý účinek, a na krátkodobé použití léků ulevujících od nepříjemných symptomů. Na výběr máme několik skupin léků s různým mechanismem účinku, a to v topické intranazální nebo systémové perorální formě (2). Základní OTC léčiva pro terapii AR jsou:

- Antihistaminika
- Dekongestiva
- Topické nosní kortikoidy

Tab. 2. Příklady eliminace vybraných alergenů (13, 16)

Roztoči	Speciální polopropustné povlaky, matrace, pokrývky a polštáře proti roztočům; vlhkost vzduchu 40–50 %; pravidelné větrání; stíratelné podlahy bez koberců; omezit bytový textil (závěsy); kožený nábytek; časté luxování vysavačem s HEPA filtrem; praní nejméně na 60 °C, povlečení prádla jednou za 2 týdny a lůžkoviny za 2–3 měsíce
Zvířecí alergen	Zvířata mimo obytnou místnost; HEPA čističky; koupání zvířat 2x týdně (pomocí speciálních šamponů); kožený nábytek
Houby, plísň, pyl	Čističky vzduchu, vlhkost pod 50 %, filtrační zařízení do oken (např. vlhčené prostěradlo), správné načasování větrání, klimatizace; v době nejvyššího výskytu omezit pohyb venku, časté sekání travnatých ploch
Znečištěné ovzduší	Interiér: nekouřit; uzavřené topné systémy; vaření na elektrických plotnách, omezení smažení; nepoužívání sprejů v blízkosti nemocného. Exteriér: zůstat uvnitř (klimatizace); vyhnout se fyzické aktivitě
Potraviny	Eliminační dietní režim, tepelná úprava vybraných potravin, pečlivě sledovat složení potravin, pozor na jídla ze stánků a ve veřejných stravovacích zařízeních
Jiné	Vyhnut se lidem s respirační infekcí a místům s velkou koncentrací lidí; v létě nenosit barevné oblečení; repelenty

Antihistaminika

Antihistaminika patří k nejpoužívanější skupině léčiv u alergických onemocnění. Mohou být podávána v systémové nebo topické formě. Při terapii AR se používají jako úlevová léčiva, nicméně novější generace se vyznačují významnými protizánětlivými účinky, a díky tomu může být podávána po celou pylovou sezónu pro zmírnění četnosti a intenzity exacerbací. Antihistaminika potlačují především svědění, kýčání a nosní hypersekreci. Obstrukce nosu bývá potlačena méně. Jedná se o léčiva, která řadíme mezi reverzní agonisty histaminu na

jeho H1-receptorech, a to s různou specifitou, na základě které lze pro praxi antihistaminika rozdělit na sedativní a nesedativní. Mezi sedativní se řadí antihistaminika 1. generace, u kterých se projevuje nižší specifita k H1-receptoru, a zároveň vyšší lipofilita typickými sedativními vlastnostmi. Díky těmto vlastnostem nejsou zástupci 1. generace využívány pro dlouhodobější profylaxi a jsou podávány jako jednorázové nebo krátkodobé úlevové léky při svědění a pálení kůže a sliznic. Své využití nacházejí u pacientů s klidovým režimem nebo u takových, kde je žádoucí jejich zklidnění (pacient s úporným pruritem).

Je nezbytné pacienty na sedativní účinky této skupiny vždy upozornit. Rizika hrozí zejména u činností vyžadujících zvýšenou pozornost (řízení auta, některé profese) a u osob současně užívajících látky tlumící CNS (hypnotika, analgetika, anxiolytika, alkohol atd.). Opatrnost je dále na místě u seniorů, kde hrozí zvýšené riziko pádů s následnými komplikacemi (např. fraktura krčku). U pacientů s akutními astmatickými obtížemi je jejich podávání kontraindikováno. Nesedativní antihistaminika 2. generace se naopak vyznačují vyšší selektivitou k H1-receptoru a nižší lipofilitou. Vykazují navíc mírný protizánětlivý účinek a také prodlouženou dobu účinku, umožňující jejich podání v jedné denní dávce. Jsou proto preferována u pacientů s dlouhodobým podáváním, u kterých je nežádoucí sedativní působení. Novější léčivé přípravky z 2. generace (někdy též neoficiálně označovány za antihistaminika 3. generace) se vyznačují zároveň i imunomodulačními účinky (z volně prodejných přípravků pouze levocetirizin; dále pak desloratadin, bilastin, rupatadin, fexofenadin). Léčiva z této skupiny mají vystupňovaný antialergický a protizánětlivý účinek, a zároveň zvýšenou bezpečnost. Díky těmto vlastnostem jsou vhodné při soustavném preventivním podávání. Přestože antihistaminika

Tab. 3. Přehled obchodovaných volně prodejných antihistaminik k systémovému podání

Antihistaminika podle generace	Účinná látka	Obchodní název	Dávkování, poznámky
1. generace	Dimetinden	Fenistil gtt	Dospělí a starší 12 let: 20–40 kapek 3x denně. Děti 3–12 let: 15–20 kapek 3x denně. Děti 1–3 roky: 10–15 kapek 3x denně. Kojenci 1 měsíc – 1 rok: 3–10 kapek 3x denně.
		Fenistil cps	Dospělí a starší 12 let: 1x denně. Starší osoby nad 65 let: není doporučeno bez lékařského dohledu.
2. generace	Cetirizin	Alerid tbl, Analergin tbl, Apo-cetirizin tbl, Cerex* tbl, Cetixin tbl, Letizen* tbl, Livoreactine tbl, Zodac tbl, Zyrtec tbl	Dospělí a starší 12 let: 1x denně (10 mg). Děti 6–12 let: 2x denně ½ tbl (5 mg). Starší pacienti: není nutné dávku snižovat. Úprava dávkování nutná u ledvinových poruch.
		Zodac gtt, Zyrtec gtt	Dospělí a starší 12 let: 1x denně 20 kapek (10 mg). Děti 6–12 let: 2x denně 10 kapek (5 mg). Děti 2–6 let: 2x denně 5 kapek (2,5 mg).
		Zodac por sol	Dospělí a starší 12 let: 1x denně 10 ml. Děti 6–12 let: 2x denně 5 ml. Děti 2–6 let: 2x denně 2,5 ml.
	Loratadin	Claritine tbl, Loratadin-ratiopharm tbl	Dospělí a starší 12 let: 1x denně (10 mg). Děti 2–12 let: vhodné pouze u dětí s tělesnou hmotností > 30 kg: 1x denně (10 mg).
		Claritine sir	Dospělí a starší 12 let: 1x denně 10 ml. Děti 2–12 let: a) s tělesnou hmotností > 30 kg: 1x denně 10 ml. b) s tělesnou hmotností < 30 kg: 1x denně 5 ml.
	Levocetirizin	Analergin Neo** tbl, Levocetirizin Dr. Max tbl, Levoxal tbl, Volnostin** tbl, Xyzal** tbl	Dospělí a starší 12 let: 1x denně (5 mg). Děti 6–12 let: 1x denně (5 mg). U starších pacientů se střední až těžkou poruchou funkce ledvin se doporučuje úprava denní dávky.

* Pouze u pacientů starších 12 let

** Volně prodejně pouze omezené množství tablet (Analergin Neo 10 a 20 tbl, Volnostin 14 tbl, Xyzal 7 a 14 tbl)

Tab. 4. Přehled obchodovaných volně prodejných antihistaminik a kortikoidů k topickému podání

Farmakodynamická skupina	Účinná látka	Obchodní název	Dávkování, poznámky
Antihistaminika – lokální	Azelastin	Allergodil	Dospělí a děti od 6 let: 2x denně jeden vstřík do každé nosní dírký. Vhodný pro dlouhodobé užívání.
	Levocabastin	Livostin	Dospělí a děti od 6 let: 2x denně dvě stříknutí do každé nosní dírký, s možností zvýšit na dvě stříknutí 4x denně. Samoléčba max. 1 týden. Před použitím protřepat.
Kombinace lokální antihistaminikum / sympatomimetikum	Dimetinden / fenylefrin	Vibrocil	Dospělí a děti od 6 let: gel: malé množství co nejlouběji do obou nosních dírek 3–4x denně, kapky: 3–4 kapky do obou nosních dírek 3–4x denně, sprej: 1–2 vstříky do obou nosních dírek 3–4x denně. Děti 1–6 let: kapky: 1–2 kapky do obou nosních dírek 3–4x denně.
Topické kortikosteroidy	Beclometason	Beclomet Nasal Aqua 50 µg	Dospělí a děti od 6 let: 2x denně 1–2 vstříky do každé nosní dírký.
	Flutikason-propionát	Flixonase 50 mikrogramů/dávka	Dospělí ve věku 18 let a více: 1x denně 2 vstříky do každé nosní dírký.

Tab. 5. Přehled obchodovaných volně prodejných nosních dekongestiv a jejich kombinací (13)

Účinná látka	Obchodní název	Dávkování	Poznámky
Nafazolin	Sanorin	Dospělí a mladiství od 15 let 1–3 dávky (0,1 %). Děti 3–6 let 1–2 dávky, děti 6–15 let 2 dávky (0,05 %) 3x denně. Mezi jednotlivými dávkami odstup min. 4 hod.	Kl: rhinitis sicca, inhibitory MAO (14 dní po ukončení léčby). Kl nebo zvýšená opatrnost: u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, diabetem mellitem, hypertyroidizací, feochromocytomem, průduškovým astmatem. Ll: inhibitory MAO, tricyklická antidepresiva, sympatomimetika. Podávání vždy kratší než 5 dnů u dospělých a 3 dny u dětí.
Oxymetazolin	Afrin, Nasivin, Sinex Vicks	Dospělí a děti od 8 let: 0,05 % 1–2 kapky nebo 1 vstřík 2–3x denně. Děti 1–8 let: 0,025 % 1–2 kapky nebo 1 vstřík 2–3x denně. Děti do 1 roku: 0,01 % 1 kapka 2–3x denně.*	Viz nafazolin. Bez doporučení lékaře ne déle než 5–7 dnů
Tramazolin	Muconasal plus	Dospělí a děti od 6 let: 1 vstřík 1–4x denně.	Viz nafazolin. Bez doporučení lékaře ne déle než 5–7 dnů u dospělých, 3 dny u dětí.
Xylometazolin	Brumare, Olynth, Mar rhino, Nasenspray AL, Otrivin, Rhino stas Galmed, Rinoxyl, Xylometazolin Dr. Max	Dospělí a děti od 7 let: 0,1 % 1 vstřík 1–3x denně. Děti 2–7 let: 0,05 % 1 vstřík 1–3x denně. Děti do 2 let: 0,025 % 1–2 kapky 1–3x denně.**	Viz nafazolin. Bez doporučení lékaře ne déle než 5–7 dnů u dospělých, 3 dny u dětí.

Kl – kontraindikace; MAO – monoaminoxidáza; * Platí pro Nasivin. Afrin a Sinex Vicks: Dospělí a děti od 10 let: 1–2 vstříky do každé nosní dírký každých 12 hodin.

Děti 6–10 let: 1 vstřík do každé nosní dírký každých 12 hodin.

** Platí pro Olynth. U ostatních přípravků se mohou objevit specifická dávkovací schémata (přesné informace uvedeny v SPC).

2. generace nemají velký sedativní efekt, mohou i tyto látky u citlivých pacientů sedaci vyvolat. Proto bychom měli na tuto skutečnost pacienty upozornit, a to zejména v úvodu terapie. Přehled obchodovaných volně prodejných antihistaminik k systémovému podání uvádí tabulka 3.

Při samoléčbě AR pomocí antihistaminik se s výhodou využívají topické formy. Nejčastěji se jedná o nosní spreje a nosní kapky. Tyto formy používáme zejména jako přechodně podávané úlevové léky (mohou být podány i preventivně například před vstupem do prostředí s očekávaným výskytem alergenů). Jejich výhodou je rychlý nástup účinku během několika minut a vysoká koncentrace účinné látky v místě podání (9, 10, 11) (tabulka 4).

Dekongestiva

Dekongestiva se řadí mezi léčiva symptomatická, poskytující okamžitou úlevu od ucpaného nosu. Z tohoto důvodu jsou pacienti hojně vy-

hledávána. Nejsou však určena k léčbě chronické rýmy, kromě akutní exacerbace, a jsou tedy indikována pouze intermitentně. Mechanismus účinku spočívá v aktivaci α -receptorů vedoucí k vazokonstrikci cév nosní sliznice. Jsou podávána ve formě nosních kapek či sprejů lišících se účinnou látkou (nafazolin, oxymetazolin, tramazolin, xylometazolin) a její koncentrací v závislosti na věku pacienta (tabulka 5). Při výdeji těchto přípravků je vždy nutné pamatovat na již takřka notoricky známý fakt rizika rozvoje rhinitis medicamentosa způsobující atrofii nosní sliznice a upozornit pacienta na maximální dobu užívání 1 týden pro dospělého a 3 dny u dětí.

Topické nosní kortikoidy

Topické nosní kortikoidy jsou v terapii AR s výhodou používány v terapii středně těžké až těžké formy onemocnění s trvalými obtížemi. V samoléčbě jsou používány pouze u pacientů, kteří již mají diagnózu AR stanovenou (především k překlenutí

doby další návštěvy lékaře). Díky vysoké protizánětlivé účinnosti je jejich účinek komplexní na všechny nosní příznaky a v místě podání odpovídá účinnosti systémově podávaných látek. Výhodou u nasálně podávaných kortikoidů je jejich zanedbatelné systémové působení (systémová absorpce nepřesahuje 1 %), díky tomu jsou systémové nežádoucí účinky v doporučených dávkách minimální nebo žádné. Nástup účinku kortikoidů je v závislosti na mechanismu účinku opožděný (několik dní), nicméně jejich terapeutický efekt je následně stabilní a dlouhodobý (12). I přes výše uvedené skutečnosti by samoléčba neměla přesáhnout hranici 14 dní. Z volně prodejných přípravků jsou pacientům k dispozici dva nosní spreje. Beclomet Nasal Aqua 50 µg (beklometason), pro který je typické dávkování 1–2 vstříky 2x denně a nověji také Flixonase 50 mikrogramů/dávka (flutikason-propionát) s dávkováním 2 vstříky do každé nosní dírký jednou denně. Při samoléčbě jsou tyto preparáty vhodné pro pacienty s alergic-

kými nosními obtížemi větší intenzity s převahou neprůchodnosti nosu (rozvoj pozdní fáze). U atopických pacientů se sezonním výskytem obtíží se doporučuje podání topických steroidů ještě před vznikem těchto obtíží, případně ihned při prvních projevech a to tak, aby došlo k překlenutí období k další návštěvě lékaře (13, 14). Důležité v terapii nosními kortikoidy je informovanost pacienta o správné technice aplikace. Základní body postupu uvádí Česká iniciativa pro astma (platný všeobecně pro podávání nosních kortikoidů):

- důkladně protřepeme – pokud je léčivo ve formě suspenze
- při prvním použití nakloníme nosní aplikátor od těla a opakovaně stiskneme lahvičku nebo nosní nástavec do vzduchu dokud z trysky nosního aplikátoru nezačne vycházet jemná mlhovina
- pokud sprej nepoužíváme denně, tento postup opakujeme vždy před použitím
- vyčistíme si nos (vysmrkáme se)
- vsedě ucpeme jednu nosní díрку stlačením nosního křídla proti nosní přepážce
- do druhé dírky vložíme nosní nástavec aplikátoru

- mírně předkloníme hlavu
- nosní nástavec aplikátoru zasuneme co nejhlouběji do nosu a odkloníme směrem od nosní přepážky směrem k vnějšímu očnímu koutku stejné strany
- při nádechu zmáčkne nosní nástavec k uvolnění dávky
- vydechneme ústy
- očistíme nosní nástavec aplikátoru
- uzavřeme nosní nástavec aplikátoru ochranným krytem

Vodné roztoky minerálních solí

Vodné roztoky minerálních solí v různých koncentracích (hypertonické, isotonické a hypotonické) představují vhodný doplněk léčby AR. Výhodou těchto látek je absence nežádoucích účinků a možnost dlouhodobého podávání. Hypotonické (Vincentka) a isotonické roztoky se s výhodou používají k pročištění nosních dutin od ulpívajících alergenů, a také před aplikací nasálně podávaných účinných látek pro zvýšení jejich účinnosti. U hypertonických roztoků (koncentrace NaCl 2–3,5 %) pozorujeme navíc schopnost snižovat otoky a překrvení nosní

sliznice. Toho je dosaženo díky jejich osmotické aktivitě. Vzhledem k jejich působení na mukociliární funkce usnadňují také transport a odstranění hlenu (14).

Závěr

Pro samoléčbu AR existuje na trhu volně prodejných léčiv značné množství preparátů z různých farmakodynamických skupin lišících se mechanismem účinku, a tím i podstatou působení na samotné onemocnění. Z tohoto pohledu je zejména důležité rozlišovat léčiva úlevová (tzv. symptomatická) a taková, která potlačují samotnou zánětlivou reakci. Variabilitu přípravků nacházíme i v rámci jednotlivých skupin včetně nosních kortikosteroidů, u kterých mají pacienti nově na výběr ze dvou přípravků obsahujících budesonid, respektive flutikason. I přes takto rozsáhlý sortiment je z dlouhodobého hlediska žádoucí terapie pod vedením praktického lékaře, případně specialisty.

Práce byla podpořena grantem

Univerzity Karlovy v Praze (SVV 260 417).

Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.

LITERATURA

1. Vernerová E. Alergie a astma, současný stav poznání a léčby. *Medicína pro praxi* 2012; 9(4): 156–162.
2. Seberová E. Alergická rýma. *Medicína pro praxi* 2007; 4: 7–8.
3. Krčmová I, Novosad J. Alergická rýma a alergické bronchiální astma, astmatický ekvivalent. *Medicína pro praxi* 2013; 10(8–9): 286–290.
4. Krčmová I. Alergická rýma – klinické aspekty a léčba. *Klinická farmakologie a farmacie* 2011; 25(4): 177–183.
5. Bystroň J. Léčba alergických onemocnění. *Praktické lékařství* 2011; 7(2): 63–67.
6. Humlová Z. Alergická rinitida. *Medicína pro praxi* 2014;

- 11(4): 150–154.
7. Bystroň J. Alergická rýma v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* 2012; 9(3): 95–100.
8. Braunová J. Možnosti praktického lékaře v diagnostice a léčbě alergického pacienta. *Medicína pro praxi* 2013; 10(6–7): 235–237.
9. Doležal M. Přehled H1 antihistaminik určených nejen pro sezónní pylovou alergii. *Praktické lékařství* 2012; 8(2): 55–61.
10. Kopřiva F. Alergická rýma. *Praktické lékařství* 2007; 3: 108–116.
11. Bystroň J. Antihistaminika v léčbě alergického zánětu. *Remedia* 2014; 4.

12. Bystroň J. Pylová alergická rýma. *Interní medicína pro praxi* 2006; 4: 167–171.
13. Láďová K, Malý J. Pacient s alergickými příznaky v lékárně a možnosti samoléčení. *Praktické lékařství* 2012; 8(3): 134–140.
14. Seberová E. Alergická rýma. *Interní medicína pro praxi* 2004; 3: 130–135.
15. Petrů V, Kostiuk P. Šetrná dekongestiva. *Pediatrica pro praxi* 2009; 10(2): 98–100.
16. Tomčalová Ž. Alergie – současné terapeutické možnosti. *Praktické lékařství* 2014; 10(2): 61–66.