

Rýma a záněty vedlejších nosních dutin – léčba volně prodejnými přípravky

Mgr. Ondřej Šimandl

Lékárna Medifin, Poliklinika Malešice, Praha

Rýma a záněty vedlejších nosních dutin, které mj. významně zhoršují kvalitu života nemocného, patří bezesporu mezi nejčastější důvody návštěvy lékárny. V případě přetrvávání potíží nebo vzniku komplikací však pacient zpravidla vyhledá pomoc lékaře. Článek si proto klade za cíl seznámit čtenáře s možnostmi samoléčby rýmy a rhinosinusitidy pomocí volně prodejných přípravků a vhodných režimových opatření spojených nejen s léčbou, ale též prevencí tohoto onemocnění. V úvodu se text věnuje též příčinám rozvoje a symptomatologii zánětlivých onemocnění nosních dutin, jejichž znalost je nezbytnou pro volbu vhodné, tedy efektivní a bezpečné, terapie.

Klíčová slova: rýma, rhinosinusitida, samoléčba, volně prodejné léčivé přípravky, nefarmakologická opatření.

Rhinitis and inflammation of the nasal sinuses

Rhinitis and inflammation of the nasal sinuses, which significantly deteriorate the quality of life of the patient, are among the most frequent reasons for visiting a pharmacy. However, in the event of persistent problems or complications, the patient usually seeks medical advice. This article introduces the reader to the possibilities of self-treatment of rhinitis and rhinosinusitis with the use of over-the-counter products and appropriate regimens associated with the treatment and prevention of this disease. In the introduction, the paper addresses the causes of inflammatory diseases of the nasal cavities development and symptomatology – their knowledge is essential for the choice of effective and safe therapy.

Key words: rhinitis, rhinosinusitis, self-medication, over-the-counter medication, non-pharmacological treatment.

Úvod

Rýmu (*rhinitida*), zánět nosní sliznice a zánět vedlejších nosních dutin (*sinusitida*), který se může následně rozvinout v důsledku šíření samotného slizničního zánětu do těchto prostor (viz Obr. 1) a nemožnosti jejich drenáže zapříčiněné otokem sliznice, označuje současná nomenklatura souhrnným termínem *rhinosinu-*

Obr. 1. Lokalizace vedlejších nosních dutin (převzato z nem-km.cz)



sitida. Dle lokalizace slizničního zánětu lze proto rozdělit zánětlivá sinonazální onemocnění na **rhinitidy** a **rhinosinusitidy** (R/RS).

Zánětlivá sinonazální onemocnění, resp. jejich akutní formy, patří mezi nejčastější typ zánětu horních cest dýchacích (HCD). Přesto, že patří spolu s ostatními respiračními infekcemi HCD k nejčastějším onemocněním dětského věku, studie prokázaly, že postihuje většinu nemocných bez věkové predilekce, a to alespoň jedenkrát ročně (1). U dětí ve věku 1–5 let je tato frekvence až osminásobně vyšší.

Slizniční epitel, vystýlající dutiny nosní, je do značné míry vůči bakteriálním, významně méně pak proti virovým, noxám rezistentní (2). Mezi nejčastější původce infekční R/RS proto řadíme

viry (60–95 %; rhinoviry, adenoviry, RS viry, viry chřipky a parainfluenzy, enteroviry). **Bakteriální R/RS** jsou zastoupeny významně méně (1–30 %; nejčastější původci: *Streptococcus pneumoniae* a *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*). Mají spíše charakter superinfekce nasedající na infekci virovou nebo bakterie sehrávají roli kopatogenu. Mnoho z nich je často součástí běžné mikroflory dutiny ústní. S **mykotickou R/RS** se můžeme setkat jen vzácně, a to především u imunokompromitovaných pacientů (např. pacienti s vrozeným imunodeficiem, onkologičtí pacienti a pacienti užívající imunosupresiva).

Na rozvoji R/RS se mohou podílet též vlivy **hormonální** (kolísání hladin hormonů, zejm. es-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Ondřej Šimandl, simandl@medifin.eu
Lékárna Medifin, Poliklinika Malešice
Plaňanská 573/1, 108 00 Praha 10

Převzato a upraveno z: Prakt. lékáren. 2017; 13(3): 133–137
Článek přijat redakcí: 31. 7. 2017
Článek přijat k publikaci: 28. 8. 2017

trogenů, v průběhu života) a **iatrogenní** (zejm. farmakoterapie, dále např. nazogastrická sonda, nosní tamponáda), **anatomické abnormality** (např. vybočení nosní přepážky, nosní polypy, adenoidní vegetace – hypertrofie nosohltanových mandlí, rozštěp patra), dále **gastroezofageální reflux** (jako jeden z jeho mimojícnových projevů), **atopie/alerie** či jiné **vlivy zevního prostředí** (např. prašné prostředí, kuřáctví, nízký socioekonomický status) (1). Znalost příčiny potíží, jejich charakteru a délky trvání, je jedním z nezbytných předpokladů pro volbu bezpečné a efektivní terapie.

Klinický obraz sinonazálních zánětlivých onemocnění a jejich komplikace

Podle délky trvání obtíží rozlišují odborné společnosti **R/RS akutní** (ARS), trvající maximálně 4 týdny, **subakutní** (potíže trvají 4 týdny až 3 měsíce) a **chronickou** (CRS), kdy potíže přetrvávají déle než 3 měsíce (3). Dále jsou tyto nozologické jednotky členěny do podskupin dle převažující etiologie či symptomatologie. Zatímco u ARS se většinou jedná o virovou infekci, v případě **chronické rýmy** rozeznáváme **katarální** (opakující se rinitidy s produkcí sekretu různé konzistence a barvy), **hypertrofickou** (charakteristický je pocit ucpaného nosu; nejčastěji navozena nadužíváním intranazálních dekongestantů, může být indukována též užíváním některých systémově podávaných léčiv, jako jsou antihypertenziva, psychofarmaka či přípravky s obsahem estrogenů), **atrofickou** (oslabení slizniční funkce často doprovázené frekventní epistaxí) a **alergickou** (doprovázena klasickými příznaky alergie, zejm. zduřením sliznic, vodnatým sekretem, kýcháním, pálením v nose i očích; CAVE: významný rizikový faktor rozvoje bronchiálního astmatu) formu tohoto onemocnění. Zvláštní nozologickou jednotkou, stojící mimo primární klasifikační systém, je tzv. **idiopatická**, dříve označovaná jako **vazomotorická**, **rýma** (projevy jsou blízké chronické alergické rýmě, na jejím rozvoji se však podílejí neimunogenní faktory) a zadní rýma (post nasal drip; příčinou je obvykle CRS, adenoidní vegetace či latentní alergický zánět MCD), projevující se především chronickým kašlem.

Dle základní nomenklatury lze dělit **chronické RS** na **RS s** nebo **bez** přítomnosti **nosních polypů** (3). Někteří autoři zahrnují mezi typy chronické RS též **alergickou mykotickou rhinosinositidu** (4).

Tab. 1. Skupiny léčiv indikované v samoléčbě nekomplikované rýmy či rhinosinositidy

Terapie RS	Symptomatická	Semikauzální
Lokální	■ solné roztoky ■ přípravky určené k protekci, hydrataci a reepitelizaci kůže a sliznice	■ kortikosteroidy
	■ dekongestanty ■ (fytofarmaka) ■ mukolytika	■ antihistaminika
Systémová	■ analgetika, antipyretika, antiflogistika	–

pozn.: podtržené skupiny léčiv jsou uváděny ve většině doporučení odborných společností vč. EPOS 2012 (3)

Akutní R/RS typicky probíhá pod obrazem nemoci z nachlazení. Dominují, zpočátku vodnatý, později hnisavý, výtok z nosu (CAVE: nemusí být známkou bakteriální infekce), ztížené dýchání nosem, bolest hlavy zhoršující se při předklonu, poruchy čichu a huňavost. Dále se může objevit bolest zubů horní čelisti, kašel, zvýšená teplota, únava a celková slabost nemocného. **Chronické R/RS** mají obvykle mírnější symptomatologii. Patří sem hlenohnisavá sekrece z nosu, ztížené nosní dýchání, mohou se objevit též macerace a ragády na kůži pod nosním vchodem. Bolest hlavy bývá v tomto případě jen občasná a nevýrazná. Někdy se u nemocných mohou objevit podvečerní subfebrilie, ty však do typického obrazu CRS primárně nespádají.

Rhinosinuitidou je obvykle postiženo více dutin. Přetrvávající potíže lokalizované pouze v jedné oblasti mohou svědčit pro jiné onemocnění než RS, a to vč. zhoubného bujení (1).

Komplikace R/RS infekčního původu se již tradičně dělí na **očníkové** (zejm. periorbitální edém či erytém, obecně poruchy vidění), **intrakraniální** (např. trombóza kavernózního splavu, meningitida či abscesy v oblasti mozkových plen), **kostní** (zejm. periostitida a osteomyelitida) a **vzdálené** (např. zánět středouší, tracheo-bronchitida) (1). Jejich léčba, mnohdy vyžadující antimikrobiální terapii (mortalita bakteriální RS komplikovaná intrakraniální progresí infekce činí až 10%), anebo i chirurgický zákrok, patří do rukou ORL lékaře. I v případě R/RS jiné než infekční etiologie je třeba komplikacím, které mohou představovat vážné poškození sliznice nosních dutin (porucha slizniční funkce, tvorba polypů aj.) a přilehlých tkání, věnovat pozornost a včas primární onemocnění léčit.

Terapie rinitidy a rhinosinositidy volně prodejnými přípravky

Rýma, resp. RS, která významně zhoršuje kvalitu života nemocného, bezesporu patří mezi nejčastější příčiny návštěvy lékárny. Její protraho-

vaný průběh či komplikace pak často přivádějí pacienty do ordinace lékaře. K terapii nekomplikované R/RS mají v současnosti farmaceuti, resp. farmaceutické asistentky, k dispozici pestroutu paletu lokálně i systémově podávaných volně prodejných přípravků (OTC, ev. doplňků stravy) a zdravotnických prostředků. Volba konkrétního terapeutického přístupu k léčbě by se však vždy měla odvíjet od charakteru, tíže a délky trvání potíží.

Jak ukazuje Tab. 1, léčbu nekomplikované R/RS pomocí volně prodejných přípravků lze dělit dle typu terapie na **symptomatickou** a **semikauzální** a dle způsobu aplikace léčiv na **lokální** a **systémovou**. Některá léčiva lze aplikovat v topických i perorálních lékových formách, proto budeme níže vycházet z tohoto základního dělení.

Zvláštním typem přístupu k léčbě R/RS je **adjuvantní** (farmako)terapie, kam řadíme např. systémově podávaná imunostimulancia (*echinacea*, *pelargonie umckaloabo*, *beta-glukany*, *kyselina askorbová*, *zinek*, *probiotika*), *vitaminy* a *enzymoterapii*. Pro jejich použití v terapii ani prevenci R/RS však doposud nemáme vždy k dispozici jasná doporučení vycházející z evidence-based medicine (5).

Lokální farmakoterapie

V lokální, ale též systémové, léčbě se uplatňují 2 základní postupy: **odstranění sekretu z dutiny nosní a snížení objemu nosní sliznice** (6). Pro zmírnění těchto potíží lze ve formě zejm. intranazálních kapek, sprejů, inhalací, roztoků pro výplachy, gelů či mastí, lokálně aplikovat několik typů léčiv.

Největší skupinu tvoří **klasické** a tzv. **šetřné** intranazální **dekongestanty**. První podskupinu tvoří zástupci **sympatomimetik** a **anticholinergik**, druhou pak **minerální** a **mořské vody**, v některých případech obohacené např. o antisepticky působící měď (hypertonický roztok *Stérimar* Cu) nebo síru (izotonický roztok *Nasodril*), mangan potlačující uvolňování his-

taminu z granul žírných buněk (hypertonický roztok *Stérimár Mn*) či látky pozitivně působící na regeneraci sliznice a zlepšující průchodnost dýchacích cest (hypertonický roztok mořské soli s přidavkem hypromelózy, dexpanthenolu, kafru, levomentholu a silic: *Aspecton*).

Jak vyplývá z textu výše, solné roztoky lze dělit, dle jejich účinku na nosní sliznici, na roztoky **izotonické** (vhodné i pro dlouhodobou aplikaci; *Libenar*, *Physiomer*, *Quixx baby*, *Stérimár baby*, *Nasodrill* s obsahem síry), **hypotonické** (CAVE: v důsledku možné hyperhydratace sliznice se na počátku léčby mohou potíže naopak přechodně zhoršit; *Vincenka*) a **hypertonické** (u tohoto typu roztoků lze očekávat dekongesční efekt v jeho pravém slova smyslu; *Delmar*, *Quixx*, *Stérimar*) (7).

Roztoky solí lze aplikovat do nosních dutin nejen formou nosních kapek či sprejů. Na našem trhu jsou k dispozici též aplikátory v podobě konvičky *Rhino Horn* či *Respimer*. V případě druhého jmenovaného zdravotnického prostředku jsou dostupné i stejnojmenné sáčky s práškem k přípravě irigačního roztoku. Pro výplach nosních dutin lze použít mj. též zředěný roztok koncentráty *Vincenka Nasalis* (po jehož naředění dle návodu získáme izotonický roztok) vhodný i ke každodenní nosní hygieně.

Zatímco zejm. izotonické, solné roztoky lze používat v rámci nosní hygieny pravidelně a dlouhodobě, a to i u dětí, klasické dekonstanty plní pouze funkci symptomatické terapie, která by nikdy neměla přesáhnout u dospělého 7, u dítěte do 7 let věku 3–5, dnů (6). Rozhodnutí o použití tohoto typu dekonstantů u kojenců by mělo zůstat vždy v rukou lékaře, např. jako součást terapie akutního zánětu středouší či prevence jeho vzniku při zadní rýmě.

Mezi zástupce klasických dekonstantů z řady sympatomimetik obsažených ve volně prodejných léčivých přípravcích řadíme **na-fazolin** (4–6 hod; *Sanorin*), **tramazolin** (8–10 hod; *Muconasal Plus*), **oxymetazolin** (6–12 hod; např. *Afrin*, *Nasivin*) a **xylometazolin** (6–12 hod; např. *Nasic*, *Olynth*, *Otrivin*). Jejich účinek, nastupující během 5–20 minut po aplikaci, je prakticky srovnatelný, jednotlivé látky se však liší délkou svého působení. Ta je u každé molekuly uvedená v závorce. Podobně je tomu i v případě jediného zástupce anticholinergik – **ipratropia** (*Otrivin Rhinostop*; kombinace s *xylometazolinem*), jehož účinek v podobě útlumu vodnaté hypersekrece

nastupuje asi za 15 minut od aplikace a přetrvává 6–8 hodin.

Všechny výše citované přípravky jsou na našem trhu dostupné ve formě nosních sprejů nebo i nosních kapek. Obecně platí, že aplikace nosních kapek je pro nosní sliznici šetrnější než aplikace pomocí nosního spreje, zejm. pak takového, který obsahuje hnací plyn (6).

Stejně jako jsou některé šetrné dekonstanty obohaceny o další látky, podobně tak i některé přípravky s obsahem sympatomimetik obsahují další subsatnce, zejm. pečující o nosní sliznici (*xylometazolin* + **dexpanthenol**: *Nasic*; *xylometazolin* + **sodná sůl kyseliny hyaluronové**: *Olynth HA*) či zlepšující ventilaci nosních dutin (*éterické oleje*: *Sinex Vicks Aloe a eukalyptus*).

Pro maximalizaci účinku klasických dekonstantů je vhodné před jejich aplikací dutinu nosní zbavit sekretu, nejlépe proplachem dutin nebo jiným způsobem aplikace šetrného dekonstantu.

V podobě intranazálně aplikovaných přípravků máme k dispozici též nosní kapky či spreje s obsahem **mukolytika** (hypertonický roztok soli s **N-acetylcysteinem**: *ACC Nosní sprej*) nebo bylinných extraktů pro uvolnění ucpaného nosu, regeneraci a zklidnění nosní sliznice (*Rymastop Dr. Weiss*, olejové nosní kapky s *éterickými oleji Pinio-Nasal*, nosní sprej s obsahem **olivového oleje a vitaminu E** *Nollix*, nosní kapky s obsahem **vitaminů A a E** *Coldastop*). K uvolnění ucpaného nosu lze též doporučit nosní inhalátor s mentholem *tyčinku Hep-čí*.

K dispozici máme rovněž pestrou paletu nosních masť a gelů podporujících hydrataci a regeneraci nosní sliznice a kůže v okolí nosu. Nežřídko kdy jsou takto působící látky součástí i hromadně vyráběných léčivých přípravků či zdravotnických prostředků (viz výše). Patří mezi ně např. **dexpanthenol** a **vitaminy A** (oba obsaženy v nosní masti i spreji *Rinopanteina*) a **oleje s obsahem silic** (*Borozan* obsahující mj. olej ze santalového dřeva a eukalyptu) podporující regeneraci sliznice a působící proti pocitu suchosti v nose charakteristickém zejm. pro CRS.

K dispozici máme též řadu v lékárně individuálně připravovaných nosních masť dostupných bez lékařského předpisu. Za všechny lze zmínit Brožkovu nosní mast (*Receptura 1*) a mast s tetraboritanem sodným (*Receptura 2*). V jednotlivých regionech se pak můžeme setkat s různými obdobami těchto receptur nebo jinými „krajovými“ specialitami.

Receptura 1. Brožkova nosní mast

Rp.	
Etherolei menthae piperitae	0,2
Mucilaginis tragacanthae	2,0
Unguenti acidi borici 10%	8,9
Vasellini albi	ad 20,0
M. f. ung.	
D. S. nosní mast	

Receptura 2.

Nosní mast s tetraboritanem sodným

Rp.	
Natrii tetraboratis	0,2
Etherolei eucalypti	0,4
Adipis lanae	10,0
Vasellini albi	ad 20,0
M. f. ung.	
D. S. nosní mast	

Pro zástavu epistaxe lze použít hemostpticky působící mast *Emofix*.

V semikauzální lokální terapii R/RS jsou používány zejm. **kortikosteroidy** a **H₁-anti-histaminika**.

V léčbě ARS sice **intranazální kortikosteroidy** (NKS) nepatří mezi léčiva první volby, jsou však indikovány v případech, kdy potíže přetrvávají ve stejné intenzitě déle než 5 dnů nebo se zhoršují i při standardní symptomatické léčbě (3). Pro svou schopnost potlačovat projevy alergické rýmy jsou primárně NKS určeny pro její terapii i profylaxi, nebo obecně léčbu rýmy chronické, která často vzniká právě na podkladě hyperreakivity nosní sliznice spojené s alergií. Nástup účinku NKS je oproti antihistaminikům mírně opožděn, proto není jejich použití v terapii ARS, rozvíjející se na podkladě alergické reakce, doporučováno. A naopak, řada studií prokázala jejich jasný přínos (účinnost a bezpečnost) v profylaxi dekompenzace chronické alergické rýmy i při jejich dlouhodobém podávání (8). Mezi zástupce volně prodejných léčiv s obsahem NKS patří *Beclomet Nasal Aqua* obsahující **beclometason-dipropionát** a *Flixonase* s obsahem **flutikason-propionátu**.

Při jednorázovém intranazálním podání 200 µg *flutikason-propionátu* se jeho účinek na nosní sliznici rozvine do 12 hodin, u některých pacientů již během 2–4 hodin od první aplikace, a přetrvává až po dobu 24 hodin, což odpovídá jeho standardnímu dávkovacímu intervalu. V případě podání *beclometason-dipropionátu* je situace obdobná, tehdy je však vhodné, pro

zajištění celodenní terapie, celkovou doporučenou denní dávku (200–400 µg) rozdělit ve 2 dílčí.

Druhou skupinou léčiv určených k semikauzální terapii R/RS, především alergické etiologie, jsou **H₁-antihistaminika**. Primárně jsou indikována k terapii intermitentních a perzistujících rhinokonjunktivitid. V praxi se však často setkáváme s jejich použitím jako adjuvantní terapie i při ARS infekčního původu.

V současnosti máme k dispozici 3 účinné látky (uvolněné pro výdej bez lékařského předpisu) formulované do nazálních lékových forem.

Dimetinden (v kombinaci s *fenylefrinem* obsažen v nosních kapkách, spreji a gelu *Vibrocil*), **azelastin** (*Allergodil*) a **levokabastin** (*Livostin*), oba ve formě nosního spreje.

V případě lokální aplikace *dimetindenu* není třeba se obávat sedativního efektu charakteristického pro 1. generaci H₁-antihistaminik, kam je tato účinná látka řazena.

Často je v terapii alergické rýmy, resp. rhinokonjunktivitid, nutné lokálně aplikovat H₁-antihistaminika též ve formě očních instilací. Příčinu lze spatřovat nejen v samotné etiologii onemocnění, ale též ve fyziologické komunikaci mezi okem a nosem (slzovod odvádí slzy z oka do nosu) a tzv. nasookulárním reflexu (podráždění nosní sliznice vede k vasomotorickému ovlivnění cév spojivky). Ze stejného důvodu je vhodné zvážit aplikaci antisepticky působících očních instilací při infekční R/RS.

Systémová farmakoterapie

Systémová farmakoterapie R/RS často vhodně doplňuje terapii lokální. Mezi perorálně podávaná volně prodejná léčiva určená k léčbě R/RS patří mj. **analgetika**, **antipyretika** a **antiflogistika**, indikovaná zejm. k mírnění symptomatologie, tedy bolesti, horečky a zánětu, často doprovázejících onemocnění HCD vč. R/RS. Jako zástupce těchto skupin lze uvést **paracetamol** (PARA; *Panadol*, *Paralen* aj.) a **ibuprofen** (IBU; *Brufen*, *Ibalgin*, *Nurofen* aj.), jejichž přínos v terapii byl prokázán zejm. u virových a postvirových ARS (3). Léčiva obsahující tyto účinné látky, ať už v kombinaci s dalšími léčivými látkami či samostatně, jsou dostupná v mnoha lékových formách (perorální suspenze, sirupy, tablety, effervescentní tablety, kapsle a čípky).

Dekongestanty, **pseudoefedrin** (PE) a **fenylefrin** (FE), kombinované s výše uvedenou skupinou léčiv (PARA+PE: *Paralen Plus*; IBU+PE:

Modafen, *Nurofen Stopgrip*, *Robicold*; PARA+FE: *Coldrex*, *Paralen Grip*, *Vicks Symptomed* aj.; IBU+FE: *Ibalgin Grip* aj.), jsou dostupné ve formě tablet nebo granulátů pro přípravu horkého nápoje. Při jejich podávání pacientům užívajícím triciklická antidepresiva či antihypertenziva, zejm. methyldopu a betablokatory, je třeba myslet na riziko lékové interakce, často se klinicky manifestující hypertenzní krizí. V potaz je třeba brát i jejich kontraindikace, mezi které patří např. diabetes mellitus, hypertyreóza, glaukom s úzkým úhlem, vážné kardiovaskulární onemocnění či terapie psychofarmaky ze skupiny inhibitorů monoaminoxidázy. Současně s nimi by neměly být užívány žádné další dekonstanty či sympatomimetika. V praxi však často můžeme vidět opak.

Další skupinou systémově podávaných léčiv jsou **fytofarmaka**, nejjč. extrakty obsahující hořčiny, saponiny, silice a slizy, u kterých je využíváno jejich sekretolytického účinku (např. *Sinupret* ve formě tablet a perorálních kapek). Pro dosažení jejich účinku musí být však zajištěn dostatečný pitný režim (jedno z nefarmakologických terapeutických doporučení při ARS). Druhým typem účinku, pro který jsou některá fytofarmaka využívána, je stimulace nespecifické imunity a adjuvantní terapie či prevence onemocnění dýchacích cest, viz adjuvantní (farmako)terapie.

Neméně významnou skupinou léčiv, u které však stále nemáme, stejně jako u řady fytofarmak, k dispozici důkazy o jejich přínosu v terapii ARS, jsou **mukolytika** (5). Preferována jsou mukolytika typu **bromhexin** (*Bromhexin*) – **ambroxol** (např. *Ambrobene*, *Flavamed*, *Mukosolvan*, *Neo-Bronchol*), nejčastěji ve formě perorálních kapek (pozn.: *Mucosolvan gtt.* lze užít i k inhalaci), sirupů, tablet, kapslí a pastilek. Oproti léčivům s obsahem **N-acetylcysteinu** (*ACC Long*, *Mucobene*, *NAC AL*, *Solmuco*) vykazují *bromhexin* a od něj odvozený *ambroxol* jen mukoregulační efekt bez zkapalnění hlenu. Zkapalnění hlenu způsobené rozrušením jeho vnitřní struktury může vést, zejm. u permanentně ležících osob a dětí, které nedokáží samy smrkat, k nežádoucímu zatékání ztekuceného sekretu do dýchacích cest (6). Někdy jsou mukolytika využívána i pro svou schopnost zvýšit dostupnost jiných léčiv, např. antibiotik, do místa zánětu. I zde však platí pravidlo nutnosti dodržování dostatečného pravidelného příjmu tekutin.

Poslední skupinou volně prodejných léčiv, užívaných k systémové terapii R/RS, jsou **antihistaminika** **loratadin** (např. *Claritine*), **cetirizin**

(např. *Analergerin*, *Zodac*, *Zyrtec*) a **levocetirizin** (např. *Analergerin Neo*, *Xyzal*) ve formě tablet, ev. perorálních kapek či sirupu. Vzhledem ke spektru jejich účinku – snižují zarudnutí a otok sliznic, pálení a svědění v nose, jsou indikována převážně k terapii alergické rýmy, o níž by měl vždy ale primárně rozhodnout lékař.

V léčbě R/RS se mohou objevit i další skupiny volně prodejných léčiv, např. **antitusika**, potlačující příznaky doprovázející samotné onemocnění. Častěji je však R/RS jen jedním z několika projevů nemoci z nachlazení.

Farmakoterapie – shrnutí

Obecně platí, že pro léčbu **nekomplikované ARS** lze doporučit volně dostupná perorální **analgetika** a **antiflogistika**, klasické i šetrné **dekongestanty**, **solnou nosní laváž** a případně i **fytofarmaka**. V samoléčbě ARS s **vyšším stupněm potíží**, nebo pokud **potíže přetrvávají** déle než 5 dnů, lze terapii rozšířit o **nazální kortikosteroidy**, případně zvážit vyšetření ORL specialistou. Z volně prodejných přípravků určených k **terapii a prevenci dekompenzace CRS** jsou dostupné pouze **intranazální kortikosteroidy** a **solné roztoky** pro intranazální aplikaci. V případě **chronické alergické rýmy**, jejíž léčba ale primárně patří do rukou alergologa či imunologa, lze doporučit i volně prodejná **antihistaminika** (pozn. *autora: Problematika farmakoterapie alergické rýmy, kterou trpí dle odhadů 10–25 % populace vyspělých zemí (4), si zasluhuje podrobnější komentář přesahující rámec tohoto sdělení, proto zde nebyla hlouběji rozváděna*). Klasické dekonstanty nejsou, vzhledem k nevhodnosti jejich dlouhodobého podávání, v tomto případě indikovány.

Při podávání jednotlivých přípravků, jejichž výčet není v tomto textu pro jejich velké množství úplný, je třeba **vždy respektovat jejich indikace, kontraindikace** či jiná **omezení** (např. ve vztahu k věku pacienta, délce terapie či lékovým interakcím, u žen nevhodnost podání v době těhotenství či laktace) a **doporučené dávkování**. V klinické praxi by neměly být nikdy opomíjeny ani chronické potíže, byť jen mírného či intermitentního charakteru.

Nefarmakologická doporučení vhodná při léčbě a prevenci rhinosinusitidy

Nedílnou součástí efektivní terapie R/RS jsou i nefarmakologická opatření (nFO). Patří mezi ně

klidový režim, dostatečná hydratace, důkladná nosní hygiena, u dětí i odsávání sekretu a dle *Doporučeného postupu pro praktické lékaře ČLS JEP – Sinusitida* i reflexní prohřívání paží nebo dolních končetin ve vodní lázni o teplotě 45 °C po dobu 30 min. Dle stejného doporučeného postupu lze použít k urychlení stadia rezoluce, nikoli však v době akutního zánětu, Solux. Od tzv. napařování dutin a inhalace horkých par s nebo bez eterických olejů se již v současnosti, zejm. pak u dětí a astmatiků, upouští. Samotné inhalační podání léčiv ze skupiny mukolytik, ev. antibiotik či kortikosteroidů indikovaných lékaři, však své místo v terapii R/RS stále má. U idiopatické rýmy je doporučováno spát na lůžku s jeho mírně (asi 30°) zdviženou hlavovou částí. O tom, jaká z nFO zvolit, rozhoduje zejm. příčina vzniku samotného onemocnění, charakter potíží a délka jejich trvání.

Některá z terapeutických opatření jsou zároveň vhodným nástrojem prevence rozvoje R/RS. Patří mezi ně např. pravidelná ústní i nosní hygiena (laváž čistou vodou či solnými roztoky např. pomocí výše již zmiňované konvičky *Rhino Horn*), u dětí i šetrné odsávání sekretu (CAVE: příliš výrazný podtlak může vyvolat překrvení nosní sliznice a následnou sekundární obstrukci (6)) a relevantní omezení pohybu v kolektivech. Mezi další možnosti prevence rozvoje respiračních onemocnění, vč. R/RS, patří rovněž otužování a aktivní imunizace, pobyt na čerstvém, ev. přímořském, vzduchu (klimatoterapie), v případě rhinitidy na podkladě alergie eliminace alergenů z okolí pacienta a efektivní léčba alergické rinopatie (1). U pacientů s patologickými

změnami nosního septa či jinou morfologickou abnormalitou v oblasti nosních dutin je účinným preventivním nástrojem, ve vztahu k R/RS, jejich chirurgická korekce.

Vzhledem ke genezi bakteriální R/RS představuje adekvátní symptomatická léčba nemocných s počínající virovou R/RS významné preventivní opatření rozvoje bakteriální infekce (1).

Nemocní s chronickou R/RS by měli být vždy v péči specialisty (dle etiologie onemocnění; ORL, alergologa apod.), který vede jejich léčbu a doporučí vhodná preventivní opatření.

Kdy zvážit vyšetření specialistou

Přesto, že samotná R/RS nepředstavuje pro nemocného život ohrožující stav, její komplikace mohou vést k významnému zhoršení prognózy pacienta. Vyšetření specialistou, nejčastěji ORL lékařem, je nutné zvážit u všech nemocných, u nichž se potíže, navzdory zahájení odpovídající terapie, v průběhu 5denní léčby zhoršují, nebo přetrvávají déle než 10, dle některých autorů 14, dnů (3). Mezi jasné indikace k vyšetření ORL specialistou dále patří již zmiňovaný periorbitální edém či erytém vyskytující se v této oblasti, poruchy vidění, těžká (zejm. jednostranná frontální) bolest často spojená s trigeminální iritací, či známky meningeálního dráždění. Varovnými příznaky, které mohou rovněž svědčit pro komplikovaný průběh R/RS, jsou horečka, frekventní krvácení z nosu, tvorba krust v dutině nosní či kakosmie

(3). Nutnost vyšetření imunokompromitovaných pacientů lékařem je v souvislosti s R/RS samozřejmostí.

Závěr

Rýma, resp. rhinosinusitida, je jednou z chorob, kdy dává pacient v prvním kroku přednost samoléčbě před návštěvou lékaře. Tehdy převažuje léčba symptomatická. V případě přetrvávání potíží nebo vzniku komplikací však pacient zpravidla vyhledá pomoc lékaře. Pacienti zpravidla žádají urychlené vyléčení bez snížení kvality svého života, které ale často doprovází onemocnění spojená s nachlazením. Metodicky je péče o pacienta s rýmou a nachlazením zpracována v doporučených postupech tuzemských i nadnárodních odborných lékařských společností. Spolu s doporučením vhodného přípravku, jehož výběr by měl být volen dle převažující symptomatologie, výsledků klinických vyšetření a délky trvání R/RS, jsou nedílnou součástí terapie, ale též prevence, režimová opatření.

Cílem samoléčby volně prodejnými přípravky a nefarmakologickými opatřeními je především zmírnění projevů R/RS. Ne nadarmo se však říká, že *akutní neléčená rýma trvá týden, léčená sedm dní*.

V případě selhání léčby volně prodejnými přípravky nebo rozvoje komplikací je však nevyhnutelné lékařské vyšetření ORL specialistou a/ nebo zahájení specifické léčby – dle etiologie onemocnění podání antimikrobiálně působících léčiv vč. antibiotik, perorálních kortikosteroidů, antialergik, nebo řešení chirurgické.

LITERATURA

1. Smilek P, Hložek J, Kostřica R. Sinusitis. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně 2002: 2–7.
2. Cevc G. Differential diagnosis and proper treatment of acute rhinosinusitis: Guidance based on historical data analysis. *Allergy Rhinol (Providence)*. 2017; 8(2): e45–e52.
3. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal poly-

- ps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012; 50(1): 1–298.
4. Dykewicz MS, Hamilos DL. Rhinitis and sinusitis. *Allergy Clin Immunol* 2010; 125: 103–115.
5. Schalek P. Rhinosinusitidy. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-802-0441-751: 1–264.
6. Astl J. Lokální aplikace léčiv u dětí při onemocnění horních cest dýchacích v otorinolaryngologii. *Pediatr. pro Praxi*

2010; 11(5): 312–316.

7. Adriaenssens G, Fokkens WJ. Chronic rhinosinusitis: an update on current pharmacotherapy. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2013; 14(17): 2351–2360.
8. Weinstein SF, Andrews ChP, Shah SR, Leo T, Chylack LT, Tankelevich A, Ding Y, Tantry SK. Long-term efficacy and safety of once-daily treatment with beclomethasone dipropionate nasal aerosol. *Allergy and Asthma Proceedings* 2014; 35(4): 323–331.