

ALERGICKÁ RÝMA

MUDr. Ester Seberová

Alergologická ambulance, Plzeň

Alergická rýma je onemocnění významné pro vysokou prevalenci, negativní dopad na kvalitu života pacientů a možnost vzniku závažných komplikací. Mechanismus jejího vzniku je eozinofilní zánět nosní sliznice. Na její diagnostice a terapii se podílí praktický lékař, alergolog a otorinolaryngolog. Léčba je komplexní a dlouhodobá. Její důležitou součástí je vedle farmak i bezalergenový režim.

Klíčová slova: alergická rýma, alergický zánět, diagnostika, terapie.

ALLERGIC RHINITIS

Allergic rhinitis is a disease important due to high prevalence, negative impact on patient's life quality and possibility of serious complications. Its mechanism of origin is eosinophilic inflammation of nasal mucosa. General practitioner, allergist and otorhinolaryngologist participate on their diagnosis and therapy. Therapy is complex and long term. Important part of its treatment is, besides a medication, an allergen-free regimen.

Key words: allergic rhinitis, allergic inflammation, diagnosis, therapy.

Alergická rýma je chronické zánětlivé onemocnění nosní sliznice s projevy, které jsou variabilní a jsou jednotlivými pacienty různě tolerovány. Velmi často se setkáváme s tím, že pacienti své nosní problémy považují za běžnou nepříjemnou součást života a nikdy lékaře nevyhledají. Chronická rýma je proto často diagnostikována jako vedlejší nález při vyšetření pro zcela jiné obtíže.

Přesto je alergická rýma považována za společensky závažný zdravotnický problém.

Důvodem je především vysoká a stále stoupající prevalence s postižením převážně dětské a mladé populace. Epidemiologické studie se v údajích o prevalenci alergické rýmy značně liší (jsou udávána různá čísla od 1 do 50 % populace) kvalifikovaný odhad prevalence se obvykle pohybuje mezi 20–25 % (1).

Dalším důvodem je dopad alergické rýmy na kvalitu života jedince, snížení jeho výkonnosti a omezení jeho plného společenského a profesního uplatnění (2).

Komplikace neléčené rýmy, z nichž nejzávažnější je bronchiální astma, už představují skutečný problém zdravotnický, vyžadují opakovanou nebo i dlouhodobou pracovní neschopnost a jejich léčení je náročné také z hlediska přímých nákladů.

Definice rýmy

Alergická rýma je zánětlivé onemocnění nosní sliznice, jehož hlavními příznaky jsou: svědění nosní sliznice, kýchání, hypersekrece a obturace nosu. Rýma je definována jako chronická, pokud jsou přítomny alespoň dva z těchto příznaků minimálně jednu hodinu denně po většinu dní (3).

Klasifikace alergické rýmy

Alergická rýma byla v minulosti dělena především podle období výskytu příznaků (dáno přítomností alergenů) na rýmu sezonní, celoroční a profesní. Tato klasifikace není v současné době považována za vyhovující.

Nová klasifikace alergické rýmy (4) vychází z intenzity a trvání obtíží a jejich vlivu na kvalitu života pacienta. Dělení rýmy na intermitentní a perzistující podle trvání a mírou, střední a silnou podle intenzity příznaků do značné míry koreluje s klasifikací bronchiálního astmatu a pomáhá zvolit adekvátní léčbu podle zásad stupňovité terapie.

Mechanismy vzniku alergické rýmy (5)

Nosní symptomy u alergické rýmy vznikají působením mediátorů na receptory v cílových strukturách nosní sliznice:

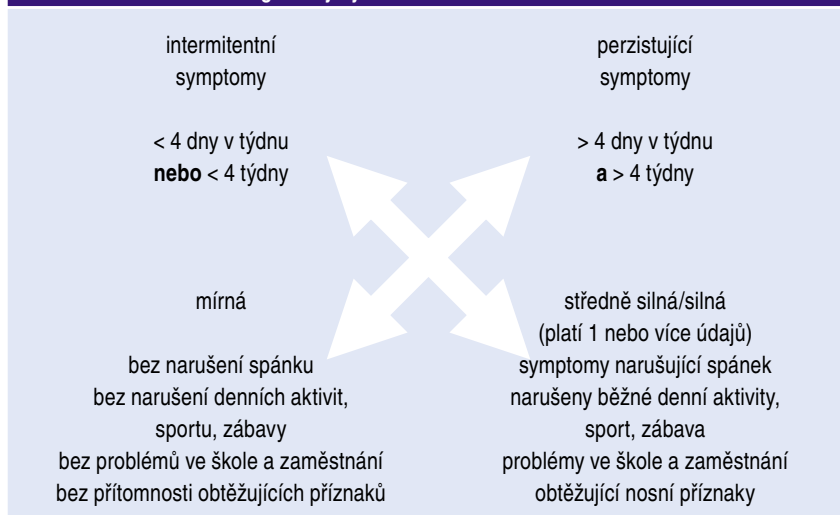
Svědění a kýchání jsou vyvolány drážděním zakončení senzorických nervů, hypersekrece reflexně aktivací cholinergních vláken parasymptiku. Kongescie sliznice je způsobena zvýšenou permeabilitou cév a především zvýšenou náplní kapilár a kapacitních cév v nosní sliznici po ovlivnění H1 a méně i H2 receptorů.

Látky (mediátory), které symptomy vyvolávají, jsou uvolňovány během reakce, která se obvykle z didaktických důvodů dělí na dvě fáze:

Časná fáze alergické reakce vzniká během několika minut po působení spouštěče. Na jejím počátku stojí aktivace žírných buněk s rychlým uvolněním preformovaných a nově tvořených mediátorů, z nichž nejdůležitější je histamin. Spolu s ním jsou secernovány i další mediátory (leukotrieny, prostaglandiny a PAF, destičky aktivující faktor) a celá řada cytokinů regulujících buněčné interakce, k nimž dochází za účasti adhezivních molekul, exprimovaných na povrchu aktivovaných buněk (6).

V průběhu několika hodin dochází k rozvoji druhé, tzv. pozdní fáze alergické reakce, jejímž hlavním rysem je lokální zánět s prosáknutím sliznice a nahromaděním širo-

Obrázek 1. Klasifikace alergické rýmy



kého spektra buněk atrahovaných z krevního oběhu. Mezi buňkami, jimiž je sliznice ve zvýšené míře infiltrována, jsou nejdůležitější eozinofilní leukocyty.

Zánětlivé buňky jsou zdrojem sekundárních mediátorů a cytokinů, které amplifikují probíhající proces a vedou k přetrvávání reakce a dalším atakám nosních obtíží. Produkty zánětlivých buněk, především eozinofilů, přispívají k destruktivním změnám na povrchu nosní sliznice.

K pozdním příznakům patří trvalé zduření a hyperreaktivita nosní sliznice na nejrůznější podněty.

Spouštěče alergické reakce

Nejčastější příčinou zahájení popsané reakce je navázání alergenu na molekuly IgE zakotvené v membráně žírné buňky ve sliznici senzibilizovaného jedince.

Jako alergeny se v horních dýchacích cestách uplatňují především proteinové a glykoproteinové částice vázané na různé nosiče obsažené ve vzduchu, které jsou v nose zachyceny a delší dobu setrvávají v kontaktu se sliznicí. Optimální velikost částic pro vyvolání alergické reakce na sliznici nosu je od 10 do 50 mikrometrů.

Alergenicitu podporují kromě vhodné velikosti i další vlastnosti nosné částice, usnadňující překonání přirozených slizničních bariér – rozpustnost ve vodě, eventuálně vlastní proteolytická aktivita.

Tyto podmínky splňují například pyly travin, stromů a keřů, spory plísní, roztoči, mouky a další rostlinné a živočišné prachy. Podle výskytu alergenů se pak nosní symptomy objevují buď během celého roku (alergie na roztoče, zvířecí alergeny, profesní alergeny apod.) nebo jsou vázány na určité roční období, v němž se alergeny (nejčastěji pylové) v daném zeměpisném pásmu vyskytují. Podle toho se příznaky alergické rýmy vyskytují sezonně nebo celoročně. Častá je i polyvalentní přecitlivělost na různé kombinace sezonních a celoročních alergenů, která se klinicky může projevit celoroční rýmou s výrazným sezonním zhoršením potíží.

Sezonní alergická rýma

Je vyvolána inhalací pylových zrn. Typický je pro ni sezonní 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 břiza, olše, líska na počátku sezony, později trávy a plevelné rostliny. Z podzimních pylů se uplatňuje především artemisie a stále většího významu nabývá i ambrosie, která se dříve v našich podmínkách nevyskytovala. Sezonní alergické

potíže vyvolávají i spory venkovních plísní (*Alternaria*, *Cladosporium*), jejichž množství ve vzduchu vrcholí v letních a podzimních měsících.

Pacienti přecitlivělí pouze na sezonně se vyskytující alergeny jsou mimo vegetační období většinou zcela bez obtíží. Výjimku tvoří zkřížené reakce na některé druhy ovoce, zeleniny a koření, které vyvolávají tzv. orální alergický syndrom, u většiny pacientů přítomný celoročně. Projevuje se svěděním sliznice úst až laryngospasmem, které se rozvíjejí ihned po kontaktu sliznice se syrovým ovocem nebo zeleninou. Tepelným zpracováním těchto potravin se alergen denaturuje a ovoce a zelenina po důkladném tepelném zpracování přestává být pro postižené nebezpečná. Typickým příkladem takové reakce je zkřížené působení pylů jarních stromů a lískových ořechů, jablek a peckového ovoce. Velmi často vyvolává potíže i syrová kořenová zelenina nebo i pouhá manipulace s brambory nebo rajskými jablky.

Průběh onemocnění polinózou závisí na množství pylových zrn v ovzduší a na intenzitě senzibilizace. U některých pacientů se obtíže vyskytují denně po celou pylovou sezonu, bez ohledu na počasí a na místo pobytu, u jiných pouze při pobytu v přírodě nebo za slunných teplých dnů. Typické jsou ataky svědění sliznice, kýchání a vodnaté sekrece z nosu.

Diagnosticky cenným vodítkem je kromě sezonního výskytu rýmy i téměř pravidelné postižení oční spojivky a úporné svědění sliznic. Nezřídka se u polinotiků setkáváme i s projevy sezonního alergického astmatu.

V klinické praxi se trvale udržuje nesprávný název „sená rýma“. Sezonní alergická rýma je ve skutečnosti pouze dominujícím příznakem celkového onemocnění, pro které je vhodnější název „polinóza“. Kromě postižení nosní sliznice je téměř pravidelně přítomna i alergická konjunktivitida, časté jsou projevy astmatu nebo bronchiální hyperreakivity, 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 roztoče, domácí zvířata a plísně).

Ačkoli je mechanismus vzniku celoroční alergické rýmy obdobný jako u rýmy sezonní, mávají onemocnění často odlišný průběh. Je to pravděpodobně způsobeno rozdílnou antigenní stimulací. Zatímco u sezonní přecitlivělosti vznikají potíže na základě nárazové expozice masivním dávkám alergenu a převažují obtíže časného typu, 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 sezonní dochází při větším kontaktu s alergenem nebo po provokaci různými nespecifickými podněty.

Alergická rýma profesní

Může být zařazena k celoroční alergické rýmě. Je způsobena alergickou reakcí na alergeny pracovního prostředí (např. mouka, prach z kožešin, zvířecí alergeny, latex apod.). Obtíže jsou zpočátku vázány na pobyt v zaměstnání, ale po delším trvání onemocnění může dojít k chronizaci s hyperreaktivitou na četné nespecifické podněty, což komplikuje stanovení diagnózy profesního onemocnění. Velmi důležitá je proto podrobná anamnéza s pátráním po okolnostech začátku onemocnění. Expoziční a eliminační testy jsou přínosné spíše na počátku onemocnění.

Diagnostika alergické rýmy

Ke stanovení diagnózy alergické rýmy dochází často v ordinaci praktického lékaře. Na vyšetření, klasifikaci a návrhu terapie by se však měl vždy účastnit také otorinolaryngolog a alergolog.

Vyšetření otorinolaryngologem

Pro chronickou alergickou rýmu svědčí charakteristický průběh onemocnění, někdy s typickou dynamikou a vazbou na alergen, spolu s absencí primárních strukturálních změn v nose i jiných organických příčin. Charakteristický je nálezy na nosní sliznici, která je zbytnělá a má lividní zabarvení, ale může být i živě zarudlá s vodnatou hypersekrecí v časnějších stádiích onemocnění.

Důležitým vodítkem jsou změny v obličeji pacienta: při chronické alergické rýmě vidíme často příčnou rýhu na koření nosu způsobenou třením špičky svědicího nosu dlaní (alergický pozdrav), tmavé stíny pod očima dané prosvítající rozšířenou sítí cév a dýchání otevřenými ústy v důsledku neprůchodnosti nosu.

Úkolem otorinolaryngologa je zhodnotit stav nosní sliznice horních cest dýchacích a charakter sekretu.

Na základě výsledku vyšetření provádí základní diferenciální diagnostiku chronické rýmy.

Je třeba vyloučit především infekci a strukturální změny na skeletu nebo sliznici nosu. K nejčastějším mechanickým překážkám patří deviace nosního septa, anomálie skořep, u dětí hypertrofické adenoidní vege-

tace. Vzácnější je nález tumoru v nosní dutině, přítomnost cizího tělesa nebo cerebrospinální likvorea. Velmi častým nálezem u pacientů s nosními potížemi jsou polypy, jejichž koincidence s chronickou rýmou je natolik běžná, že byly donedávna považovány za komplikaci rýmy. Ve skutečnosti se jedná o samostatné onemocnění, často sdružené s bronchiálním astmatem a aspirinsenzitivitou.

ORL vyšetření se neomezuje na nosní dutinu, ale zahrnuje kompletní vyšetření doplněné o endoskopii. U pacientů s chronickou rýmou jsou neřídka prokázány patologické změny v oblasti středouší, ve vedlejších dutinách, na tonzylách a na sliznici faryngu a laryngu.

Důležitým doplňkem při nejasném nálezu je bakteriologické a cytologické vyšetření sekretu a v indikovaných případech i histologické vyšetření sliznice.

Současně s vyšetřením nosu je třeba zhodnotit i celkový stav pacienta. Rýma může být součástí jiného onemocnění, např. imunodeficitu, systémového onemocnění pojiva, metabolické poruchy a hormonální dysbalance. Nosní symptomatologie se může vyskytnout v souvislosti s psychickým onemocněním nebo jako následek podávání některých léků, např. ze skupiny vasodilatancií, antihypertenziv, nesteroidních antiflogistik a hormonů.

Vyšetření alergologem

Diferenciální diagnózu jednotlivých typů hyperreaktivní rýmy provádí alergolog. Vychází přitom především z podrobné anamnézy a výsledku kožních testů.

Anamnéza

Anamnéza je nejdůležitější součástí alergologického vyšetření. Na jejím základě plánujeme i postup dalšího vyšetření. Diagnóza alergické rýmy se opírá o shodu mezi udávaným charakterem obtíží, klinickými příznaky a výsledky testů.

V osobní anamnéze se zaměřujeme na typ nosních obtíží, frekvenci jejich výskytu, vazbu na prostředí a časové souvislosti. Důležitý je rozbor činností a zálib pacienta, popis prostředí, v němž tráví volný čas a důkladná pracovní anamnéza. V domácím i pracovním prostředí aktivně pátráme po výskytu alergenů a dráždivých látek.

Je nutno pamatovat i na to, že alergické potíže nemusí vznikat bezprostředně po kontaktu s alergenem, ale že reakce může být opožděná a že při dlouhodobém působení alergenu mohou převládat nespecifické nosní projevy.

Současně zjišťujeme přítomnost jiných než nosních známek onemocnění se zvláš-

ním zaměřením na výskyt dalších alergických projevů v současném i dřívějším období (především ekzém a bronchiální astma).

Velmi důležitá je důkladná rodinná anamnéza s pátráním po rýmě a dalších atopických projevech u rodičů, sourozenců, dětí, eventuálně vzdálenějších příbuzných a s vyhledáváním všech alergenových zdrojů v okolí pacienta.

Kožní testy alergenem

Používáme nejčastěji vbodové (prick) testy k průkazu přecitlivělosti časného typu mediované imunoglobulinem E. Testy alergenem hodnotíme po 15 minutách, jejich výsledek porovnáváme s negativní a pozitivní kontrolou. Jako pozitivní hodnotíme vznik pupenu o průměru 3 a více mm.

V současné době je k dispozici rozsáhlá škála testů standardizovanými inhalačními alergeny. Alergolog z nich vybírá na základě údajů zjištěných během odebrání anamnézy a 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. Důležitá je správná volba kvalitního standardizovaného testovacího alergenu a odborné provedení a vyhodnocení specialistou – alergologem.

Laboratorní vyšetření

Pro alergickou etiologii svědčí průkaz zvýšeného počtu eozinofilních leukocytů v krvi a ve stěrech z nosní sliznice. S eozinofilií se setkáváme i u NARES – nealergické rýmy s eozinofilním syndromem.

Vyšetření hladiny nespecifického IgE v séru má stejně jako u jiných alergických onemocnění velmi malou výpovědní hodnotu, protože více než polovina pacientů s alergickou rýmou má hodnoty sérového IgE v normě.

Důležitější je průkaz alergenspecifického IgE v séru, který v indikovaných případech doplňuje nebo nahrazuje vyšetření kožními testy. Toto vyšetření je omezené vysokými náklady a jeho indikace patří do rukou specialisty. Nejedná se o screeningové vyšetření séra při podezření na alergii a přistupujeme k němu tehdy, jestliže není shoda mezi výsledky vyšetření a anamnestickými údaji a výsledky kožních testů, nebo jestliže je provedení kožních testů, kontraindikováno (např. u pacientů s onemocněním kůže, v těhotenství nebo při užívání antihistaminik).

Na některých alergologických pracovištích se dále provádějí testy provokace alergenem a vyšetření rinomanometrické. Tato vyšetření jsou důležitá například pro identifikaci alergenu při posuzování profesionality onemocnění nebo pro precizní hodnocení vý-

sledku terapie. Jsou vázána na specializovaná pracoviště a nejsou používána rutinně.

Nedaří-li se u alergické rýmy prokázat kauzální alergen ani jinou příčinu nosních obtíží, je rýma označena jako nealergická, neinfekční, hyperreaktivní, idiopatická.

Má stejný průběh jako rýma celoroční alergická, ale chybí vazba na určitý alergen. Vyšetřením se nedaří prokázat konkrétní senzibilizaci. Může být spojena s trvalými nebo epizodickými obtížemi. Velmi častý je výskyt kýčání a vodnaté sekrece v ranních hodinách a úporná nosní obstrukce v noci. Provokujícím momentem bývají různé nespecifické vlivy jako např. změny teploty, cigaretový kouř, silné pachy a vůně apod.

V některých případech je chronická idiopatická hyperreaktivní rýma spojena s eosinofilií – tzv. NARES (non allergic rhinitis with eosinophilia syndrome).

Komplikace chronické hyperreaktivní rýmy

Při vyšetření je nutné pátrat také po komplikacích chronické alergické rýmy. Nos je nedílnou součástí dýchacích cest a bezprostředně komunikuje s orbitou, vedlejšími dutinami, středouším a distálně s faryngem, laryngem, tracheou a bronchy.

Patologické změny na nosní sliznici a porucha funkce nosu proto ve větší či menší míře ovlivňuje i další orgány.

Bronchiální astma

Bronchiální astma je nejzávažnější komplikací chronické rýmy. 40–75% astmatiků trpí rinitidou a 20–30% pacientů s chronickou rýmou má i astma nebo známky bronchiální hyperreaktivní rýmy. Ve většině případů rýma předchází astmatu a je proto považována za preastmatický stav (7).

Těsné anatomické a funkční propojení horních a dolních dýchacích cest vedlo k zavedení koncepce „alergického onemocnění jednotných dýchacích cest“ (4).

Alergická reakce na nosní sliznici má mnoho společných rysů s reakcí probíhající na sliznici bronchů u astmatiků. Společná je i většina spouštěčů, vyvolávajících alergické obtíže na horních i dolních dýchacích cestách.

Bylo prokázáno, že u pacientů s alergickou rýmou je možno prokázat určitý stupeň alergického zánětu také v dolních dýchacích cestách a to i bez klinické přítomnosti bronchiálního astmatu. Velmi častá je u těchto pacientů bronchiální hyperreaktivita. Obdobně platí, že většina pacientů s bronchiálním astmatem trpí současně projevy alergické rýmy. Intenzita postižení horních a dolních dýchacích cest většinou koreluje. V praxi je velmi časté, že zhoršení průběhu alergické

rýmy vede k exacerbacím bronchiálního astmatu.

Podle návrhu iniciativy ARIA (Alergická rýma a její vliv astma) mají být proto všichni pacienti s alergickou rýmou podrobně vyšetřeni k vyloučení bronchiálního astmatu a naopak u astmatiků je třeba aktivně pátrat po projevech alergické rýmy.

Další možné komplikace alergické rýmy jsou chronická sinusitida, recidivující záněty středouší u dětí a nazofaryngeální katary. S alergickou rýmou bývá často sdružena i polypóza nosní, která však není komplikací alergické rýmy, ale je považována za samostatnou nosologickou jednotku.

Terapie alergické rýmy

Chronická alergická rýma patří mezi onemocnění vzniklé na základě poruchy reaktivity postiženého na běžné podněty okolního prostředí. K jejímu odstranění proto většinou nestačí jednorázová intervence, ale vyžaduje dlouhodobý léčebný plán, zahrnující také podrobnou edukaci pacienta a jeho aktivní spolupráci. Léčba by měla být navržena a kontrolována specialistou alergologem, popř. otorinolaryngologem a vedena podle průběhu praktickým lékařem nebo specialistou.

Úprava prostředí a režimu pacienta

Etiologický podíl zevních vlivů na vzniku chronické alergické rýmy je tak velký, že v některých případech důsledná režimová opatření s eliminací alergenů a dráždivých látek postačují k úplnému vyléčení.

Odstranitelné jsou především alergeny z domácího prostředí, zatímco výskyt pylových zrn v ovzduší samozřejmě ovlivnit nelze. Polinotici s pravidelným výskytem obtíží však mohou využít pylové informační služby a naplánovat např. změnu pobytu v závislosti na výskytu „jejich“ alergenů a vyhnout se tak sezonnímu postižení.

Je třeba pamatovat na to, že eliminace alergenů nejen brání momentálnímu vzniku obtíží, ale je i prevencí další senzibilizace a tím i prevencí zhoršení průběhu stávajícího onemocnění a vzniku komplikací.

Specifická imunoterapie alergenem (SIT)

Specifická imunoterapie je jediný léčebný postup, kterým snižujeme atopickou reaktivitu pacienta přeladěním jeho odpovídavosti v TH2 subsystému pomocných lymfocytů na odpovídavost v subsystému TH1, to jest od atopické odpovídavosti k normální (8).

Imunoterapie neléčí pouze alergickou rýmu, ale současně je i prevencí dalších alergických projevů. Její použití teprve v pří-

Tabulka 1. Vliv různých typů léků na symptomy rýmy (9)

	kýchání	sekrece	obstrukce nosu	svědění nosu	oční příznaky
H1- antihistaminika					
perorální	++	++	+	+++	++
nazální	++	++	+	++	0
topická oční	0	0	0	0	+++
kortikosteroidy					
nazální	+++	+++	+++	++	++
kromony					
nazální	+	+	+	+	0
topické oční	0	0	0	0	++
dekongestiva					
nazální	0	0	++++	0	0
perorální	0	0	+	0	0
anticholinergika	0	++	0	0	0
antileukotrieny	0	+	++	0	++

padě selhání jiné farmakoterapie, jak bývá doporučeno, je nelogické, naopak, plného léčebného efektu dosahujeme pouze při včasném zahájení.

Indikaci ke specifické imunoterapii provádí alergolog na základě stanovení typu a rozsahu alergie a po zvážení charakteru a intenzity alergických obtíží.

K dobrému efektu SIT přispívá dostatečně dlouhá doba jejího podávání a použití standardizovaných alergenů.

Farmakoterapie

U většiny pacientů s chronickou rýmou je nutná i dlouhodobá farmakoterapie. Při její indikaci můžeme volit z několika skupin léků s různým mechanismem působení v topické intranazální nebo systémové perorální formě. Zásadně je třeba odlišit léky s profylaktickým účinkem určené k dlouhodobému podávání a léky symptomatické.

Účinek různých skupin léků na nosní sliznici ukazuje tabulka 1.

Doporučení k jednotlivým skupinám farmak

Antihistaminika

Představují nejužívanější skupinu léků, podávaných v léčbě rýmy. Mechanismus jejich účinku je kompetitivní inhibice H1 receptoru ve tkáních. Tlumí především svědění, kýchání a hypersekreci, menší efekt mají na blokádu nosu, na níž se spolupodílí cévní složka. V současné době převládá použití nesedativních H1 antihistaminik 2. generace, u nichž je kromě klasického antihistaminového účinku na H1 receptorech prokázán i širší antialergický efekt (u nás nejčastěji cetirizin, loratadin). Jejich vyšší cena je plně vyvážena bezpečností při absenci tlumivého účinku v doporučených dávkách. V posledních 2 letech byla do léčby zavedena i další skupina antihistaminik

(s imunomodulačním účinkem), která mají ještě výraznější antialergické a protizánětlivé působení nezávislé na H1 receptoru. Jejich reprezentanty jsou desloratadin a levocetirizin. Jsou určeny pro pacienty s těžší formou alergické rýmy s převahou kongesce nosní sliznice a s komplikujícím astmatem alergického typu. Výhodou systémového perorálního podávání antihistaminik je současně ovlivnění alergických projevů na jiných orgánech. Při výskytu pouze nosních obtíží je naopak možno zvolit topickou nosní formu antihistaminika (azelastin, levocabastin).

Antihistaminika používáme v terapii alergické rýmy symptomaticky při mírných obtížích nebo obtížích vyskytujících se intermitentně, pokud převažuje svědění, sekrece a kýchání. Je možno užívat je i preventivně před expozicí alergenů. Při dlouhodobé alergenové expozici se osvědčilo soustavné profylaktické podávání, při němž se více uplatňuje jejich protizánětlivý a profylaktický efekt.

Topické nosní steroidy

V souladu s doporučením mezinárodního konsenzu o diagnostice a léčbě rinitidy stoupá význam léků s protizánětlivým působením. Stejně jako v léčbě bronchiálního astmatu jsou jednoznačně preferovány topické steroidy, jejichž systémové účinky jsou v doporučených dávkách minimální. Hlavní léčebný efekt steroidů spočívá ve snížení buněčné infiltrace tkáně a omezení produkce sekundárních zánětlivých mediátorů. Brání rozvoji pozdní fáze alergické reakce a vzniku nových atak, daných amplifikačním působením sekundárních mediátorů. Ovlivňují tak všechny symptomy chronické rýmy, poněkud méně obturaci nosu. Snižují i výskyt příznaků očních a průduškových (10). Jsou velmi dobře snášeny i při dlouhodobém použití. Výhodou je jednoduchá aplikace 1–2x denně.

Topické nosní steroidy podáváme dlouhodobě profylakticky v nejnižší dávce, která

brání vzniku potíží. Jsou indikovány u pacientů se středně těžkou a těžkou formou rýmy s trvalými obtížemi. Nemají bezprostřední úlevový efekt. U pacientů se sezonním výskytem potíží se doporučuje zahájit pravidelné užívání topických steroidů ještě před vznikem potíží, tedy před rozvojem zánětu na nosní sliznici, případně ihned při prvních sezonních alergických projevech.

Kromony

Profylaktický účinek podobný topickým steroidům mají i lokálně podávané stabilizátory membrány žírných buněk (kromoglykát, nedokromil), které naopak působí na samém počátku alergické reakce. Jejich výhodou je naprostá bezpečnost, nevýhodou slabší účinek oproti kortikosteroidům s nutností častého podávání (minimálně 4x denně). V terapii alergické rýmy se užívají především u dětí.

Kromony jsou vhodné pro dobře spolupracující pacienty s prokázanou alergickou etiologií rýmy. Často jsou užívány při dlouhodobé léčbě alergické rýmy u dětí. Topická oční forma je široce používána u dětských i dospělých pacientů s polinózou.

Dekongestiva

Léky s dekonescenčním účinkem podávané lokálně (deriváty imidazolinu) nebo perorálně (efedrin, pseudoefedrin) stimulují alfa adrenergní receptory, zvyšující tonus cév. Odstraňují tak izolovaně kongesci sliznice nosu bez ovlivnění dalších příznaků rýmy. Topické formy jsou pacienty vyhledávány, protože jako jediné přinášejí bezprostřední úlevu při rezistentní neprůchodnosti nosu, způsobené zvýšenou náplní cév. Jejich dlouhodobé lokální užívání je spojeno s nebezpečím snížení citlivosti alfa receptorů na adrenergní podněty a vznikem tzv. rhinitis medicamentosa. Pero-

rální formy jsou k dispozici také jako kombinované preparáty s antihistaminiky (Clarínase, Disophrol).

Dekongestiva podáváme pouze krátkodobě jako doplněk profylaktické léčby a vždy informujeme pacienta o riziku při dlouhodobém užívání.

Anticholinergika

Lokálně podávaný ipratropium bromid potlačuje izolovaně pouze hypersekreci inhibicí muskarinových cholinergních receptorů. Používá se jako součást kombinované terapie u alergiků spíše výjimečně, protože hypersekrece dobře reaguje i na ostatní léky.

Systémové steroidy

Podáváme pouze výjimečně a pokud možno nárazově u zcela rezistentních forem alergické rýmy. Přednost dáváme perorální formě. Dříve často používané semidepotní preparáty jsou zcela opuštěny.

Antileukotrieny

Leukotrieny jsou mediátory, které se významně účastní na patologických zánětlivých procesech na sliznici dýchacích cest. Anti-

leukotrieny získaly pevné postavení v léčbě některých forem bronchiálního astmatu. Jsou podávány perorálně a v rámci systémového působení příznivě ovlivňují i alergické projevy nosní. Vhodné jsou v kombinaci s antihistaminiky zejména u pacientů s postižením obou etáží dýchacích cest, u alergiků a pacientů s aspirin senzitivitou

Závěr

K trvalému odstranění nosních příznaků stačí někdy přechodné podávání farmak kombinované s eliminačními opatřeními nebo chirurgickým zákrokem, jindy je třeba léky podávat soustavně.

Při zahájení léčby je třeba pacienta seznámit s mechanismem účinku podávaného léku, vysvětlit rozdíl mezi symptomatickým a profylaktickým působením a věnovat patřičnou pozornost nácviku aplikace topických forem léků.

Při dlouhodobé farmakoterapii se vždy snažíme o použití minimálních dávek léků s minimálními vedlejšími účinky. „Naladění“ optimální farmakoterapie rýmy je často nutné sjednotit s léčením ostatních alergických projevů.

Literatura

1. Howarth PH, Holmberg K. Allergic rhinitis: an increasing clinical problem. *Allergy* 1995; 50: 4–5.
2. Bousquet J, et al. Assessment of quality of life in patients with perennial allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 94: 182–188.
3. Zpráva o mezinárodním konsenzu k diagnóze a léčení rinitidy. *Allergy* 1994; 19: Vol.49
4. Allergic rhinitis and its impact on asthma, pocket guide for physicians and nurses, 2001.
5. Holgate ST, Church HK. *Allergy*, 1995.
6. Canonica GW. Adhesion molecules, Highlights, EAACI 94, Stockholm.
7. Dahl R. Rhinitis and asthma. In: Mygind A, Nacelero R, Eds. *Allergic and non allergic rhinitis*, Copenhagen, Munksgaard, 1993: 184–188.
8. Durham SR, New trends in immunotherapy, Conference reporter ECACI 1995, Madrid.
9. Cauwenberga P, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *European Academy of Allergology and Clinical Immunology. Allergy* 2000; 55 (2): 116–134.
10. Henriksen J, Wenzell A. Effect of an intranasally administered corticosteroid on nasal obstruction, mouth breathing and asthma.