

# Alergická rýma z pohledu alergologa

Ester Seberová

RESPIRAL, s. r. o., Plzeň

Alergická rýma je chronické onemocnění nosní sliznice vznikající na podkladě IgE přecitlivělosti, které negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů i jejich pracovní produktivitu a může vést k závažným komplikacím, především rozvoji astmatu. Komplexní léčba zahrnuje farmakoterapii (nazální steroidy, orální a topická antihistaminika, antileukotrieny, nosní a orální vazokonstriktory a výplachy nosu) a v indikovaných případech také alergenovou imunoterapii. Pro zlepšení situace v péči o pacienty je důležitá spolupráce pacientů, lékařů všech zúčastněných oborů a farmaceutů s využitím moderních informačních technologií.

**Klíčová slova:** alergická rýma, alergický zánět, farmakoterapie, alergenová imunoterapie, spolupráce.

## Allergic rhinitis – allergist's point of view

Allergic rhinitis is a chronic immunoglobulin E-mediated nasal illness that affects quality of life and productivity of patients and can lead to serious complications such as asthma. The complex therapy includes conventional pharmacotherapy (intranasal corticosteroids, oral and intranasal antihistamines, leukotriene antagonists, intranasal and oral vasoconstrictors, and nasal rinses), and in some cases also allergen immunotherapy. Good cooperation of patients, physicians of different specialities and pharmacists is necessary for improving standards of care. Modern informatic technologies can be helpful in this field.

**Key words:** allergic rhinitis, allergic inflammation, pharmacotherapy, allergen immunotherapy, cooperation.

Alergická rýma je **chronické zánětlivé onemocnění nosní sliznice**, které se projevuje jako soubor nosních příznaků, vyvolaných u senzibilizovaného jedince expozicí příslušnému alergenů. Kontakt s alergenem vede u atopického jedince k produkci alergen-specifických IgE protilátek (tj. senzibilizaci), která může být zpočátku klinicky němá. Opakovaná setkání s alergenem pak vyvolává manifestaci obtíží.

Ačkoli alergická rýma nepatří k onemocněním ohrožujícím přímo život pacienta, představuje **globální zdravotnický problém**. Její společenská významnost je dána především:

■ **vyšokou prevalencí:** epidemiologické studie uvádějí rozptyl v prevalenci 1,4–39,7% (1). Podle kvalifikovaných odborníků trpí chronickou rýmou

nejméně 1/5 celosvětové populace s rozdíly v různých zemích a oblastech (od 10 do 40%). Nejvíce postiženy jsou děti, adolescenti a mladí dospělí,

- **negativním vlivem chronické rýmy na kvalitu života pacientů** (pokles schopnosti koncentrace, výkonnosti, společenského uplatnění a narušení spánku (2),
- **zdravotními komplikacemi:** alergická rýma je považována za jeden z **hlavních rizikových faktorů pro rozvoj astmatu** (3),
- **ekonomickými dopady:** po sečtení přímých a nepřímých nákladů (4).

Alergické rýmě je proto v posledních letech věnována zvýšená pozornost. Prohlubují se poznatky o mechanismech jejího vzniku,

## DECLARATIONS:

### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

### Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18<sup>th</sup> WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

### Conflict of interest and financial disclosures:

None.

### Funding/Support:

None.

Cit. zkr.: Klin Farmakol Farm. 2026;40(1):13-18

<https://doi.org/10.36290/far.2026.013>

Článek přijat redakcí: 1. 2. 2026

Článek přijat k tisku: 8. 4. 2026

**MUDr. Ester Seberová**

seb@volny.cz

jejím vztahu k ostatním chorobám a samozřejmě se rozšiřují i diagnostické možnosti a přibývají léky a léčebné postupy k jejímu ovlivnění.

**Moderní přístup k alergické rýmě lze charakterizovat těmito hlavními aspekty:**

- 1) přijetím **nové klasifikace**, která kromě klinických projevů, frekvence, resp. trvání a intenzity nosních příznaků zohledňuje i jejich vliv na kvalitu života pacienta,
- 2) detailnějším **poznáním mechanismů alergického zánětu** na sliznici dýchacích cest,
- 3) pochopením úzkého **vztahu alergické rýmy k ostatním projevům alergie:** ARIA, ARIA-MeDALL hypotézy,
- 4) zaváděním **jednotných vyšetřovacích postupů** do běžné praxe s cílem stanovit nejen **precizní diagnózu**, ale pokud možno i **fenotyp** onemocnění,
- 5) **komplexní terapií** dle mezinárodních doporučení, která jsou průběžně aktualizována.

**Ad 1) Klinické projevy a klasifikace alergické rýmy**

Typickými **projevy** alergické rýmy jsou **svědění** nosní sliznice, **kýchání a vodnatá hypersekrece** vznikající náhle během několika minut po expozici alergenu. Často dochází současně i k **podráždění oční spojivky** (alergická rinokonjunktivitida). Při trvalé přítomnosti nebo častější expozici alergenu dochází k chronizaci potíží, pro niž je typické združení nosní sliznice a často i její **hyperreaktivita** na nejrůznější specifické i nespecifické podněty.

Kromě jmenovaných základních nosních příznaků se u pacientů s alergickou rýmou velmi často vyskytují i **další obtíže**. Část z nich je lokalizována do **nosní dutiny a jejího bezprostředního sousedství** (např. poruchy čichu, svědění patra a orofaryngu někdy s propagací do uší, retrográdní zatékání hlenu do hrdla, sinusitidy a záněty středouší, bolesti hlavy a další). Můžeme se však setkat i s **celkovými příznaky** (především únava, snížená koncentrace, poruchy spánku, méně často i subfebrilie).

Původní klasifikace, vycházející z etiologie, rozlišovala alergickou rýmu sezonní a celoroční a jako zvláštní skupinu vyčleňovala rýmu

profesní. **Nová klasifikace alergické rýmy** (3) definuje **stupeň alergického zánětu** nosní sliznice a popisuje vliv nosních symptomů na **kvalitu života pacientů**. Rozlišuje **rýmu intermitentní a perzistující** podle frekvence výskytu příznaků a jejich trvání, každá z nich může být podle intenzity obtíží **mírná nebo středně těžká a těžká**.

Pozn: V praxi je výhodné zachovat a v dokumentaci uvádět i **původní rozlišení sezonní a celoroční alergické rýmy**, které vychází z výskytu alergenů a má zásadní dopad na terapii včetně preventivních režimových opatření.

**Ad 2) Patofyziologie alergické rýmy**

Bohaté zastoupení složek imunitního systému a aktivní záchyt alergenů z inhalovaného vzduchu v nosní dutině vytváří u alergiků ideální podmínky pro rozvoj alergické reakce. Kontakt alergenu s imunokompetentními buňkami iniciuje u senzibilizovaného jedince složité řetězovité procesy označené jako **alergická reakce 1. typu** (IgE zprostředkovaná).

**Časná fáze alergické reakce:** po reakci alergenu s alergen-specifickými IgE protilátkami navázanými na receptory FcεRI v membránách žírných buněk a bazofilů dochází k aktivaci těchto buněk s následným uvolněním, event. novotvořením vazoaktivních a spasmogenních mediátorů (především **histamin, ale i četné další mediátory a cytokiny:** prostaglandiny, leukotrieny, destičky aktivující faktor PAF, bradykinin, interleukiny 4, 5, 6, 13, 25, 33 a další). Uvolněné mediátory působí prostřednictvím svých receptorů na struktury přítomné v nosní sliznici. Drážděním zakončení sensorických nervů a cholinergních vláken parasymptiku dochází ke kýchání a svědění, je provokována sekrece mucinózních žláz a současně se zvyšuje permeabilita cévní stěny, kapilární průtok a náplň kapacitních cév. **Do několika málo minut po kontaktu s alergenem** se rozvíjejí **typické časné příznaky** alergické rýmy: **svědění, kýchání, vodnatá hypersekrece a přechodná kongesce sliznice**.

**Pozdní fáze alergické reakce (za 4–6 hodin):** projevuje se především **otokem nosní sliznice často provázeným poruchou čichu**

**a slizniční hyperreaktivitou** na různé (i nespecifické a podprahové) podněty. Podkladem pozdní fáze alergické reakce je **eozinofilní zánět**, na jehož vzniku se podílejí původní uvolněné mediátory i nově vytvořené mediátory, prozánětlivé cytokiny, adhezivní molekuly a celé spektrum aktivovaných buněk nosní sliznice i buněk, které do ní vcestovaly z krevního oběhu. Jde o buňky endotelu, eozinofilní a bazofilní leukocyty, žírné buňky a T-lymfocyty. Zánětlivé buňky jsou zdrojem sekundárních mediátorů a cytokinů amplifikujících probíhající proces a vedoucích k **přetrvávání reakce a dalším atakám nosních obtíží**. Na jejich vzniku participuje i **složka nervová** (sekrece neuropeptidů, převaha parasymptiku) a **složka vaskulární** (zvýšení náplně cévní pleteně v nosní sliznici, která tak nabývá na objemu a značnou měrou přispívá ke snížení průchodnosti nosu).

Na rozvoji alergen specifické reakce 1. typu na sliznici nosu se zejména v jejím počátku významnou měrou podílí i **nespecifický imunitní systém** reprezentovaný především **epiteliálními buňkami**, které jsou součástí slizniční bariéry, a tkáňovými **IL-C2 buňkami** (6). Obojí je důležitou součástí základní obranné linie nosní sliznice. Jsou aktivovány prostřednictvím různých receptorů na jejím povrchu (nejznámější tzv. **toll-like receptory**) a produkují celou řadu působků (**alarminy**), schopných zahájit obranné reakce. **Podle typu stimulace** těchto složek přirozené imunity (vedle alergenů i různými nealergenními podněty) **se rozvíjí u zdravého člověka obranná reakce** s aktivací dalších buněk, zatímco **u alergika se průběh odchyluje směrem k alergickému zánětu** (5).

**Ad 3) Vztah alergické rýmy k dalším onemocněním, ARIA, ARIA-MeDALL**

Alergický zánět v dýchacích cestách pacientů není nikdy omezen pouze na některou jejich etáž, ale je přítomen současně na sliznici nosu i bronchů, často i na sliznici vedlejších dutin nosních (alergická rinosinusitida). Bylo proto zavedeno označení „**společné onemocnění jednotných dýchacích cest**“ (one airway-one disease) (7).

V praxi se můžeme setkat s **celou škálou klinického postižení:** od pacientů s plně

vyvinutými projevy rýmy i astmatu až po pacienty s manifestací pouze jednoho z obou onemocnění. U pacientů trpících současně rýmou i astmatem **vede zhoršení rýmy k provokaci astmatických obtíží** a naopak, **účinná léčba nosních symptomů ovlivňuje příznivě průběh astmatu** i bronchiální hyperreaktivitu (8).

Těsný oboustranný vztah mezi alergickou rýmou a astmatem vedl k zavedení koncepce společného postižení dýchacích cest. V roce 2001 byla založena **iniciativa ARIA** (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – Alergická rýma a její vliv na astma), pod jejíž záštitou publikovala mezinárodní skupina expertů ve spolupráci s WHO zásadní zprávu sloužící v současné době jako mezinárodní doporučení diagnostiky a léčby pacientů s alergickými projevy na dýchacích cestách (3).

### Konkrétní praktická doporučení ARIA:

1. U všech pacientů s perzistující **chronickou rýmou** je nezbytné **důkladné vyšetření pátrající po známkách bronchiálního astmatu nebo bronchiální hyperreaktivity**.
2. Obdobně všichni **pacienti s astmatem mají být cíleně vyšetřeni k vyloučení nebo potvrzení přítomnosti chronické rýmy**.
3. **Terapie** vychází z platných doporučení pro léčbu obou chorob a má být optimálně volena tak, aby **potlačila alergický zánět v celém průběhu dýchacích cest**.

Vyšetření s využitím moderních technologií vedly k upřesnění původních ARIA postulátů. Současná **ARIA-MeDALL hypotéza** (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma – MEchanisms of the Development of ALLergy) (9) definuje koncept dvou odlišných fenotypů:

- 1) **samostatná alergická rýma** (70–80 % pacientů),
- 2) **systemové onemocnění zahrnující alergickou rýmu + astma multimorbiditu** (20–30 % pacientů). Ukazuje se, že tyto dvě jednotky se liší v patofyziologii a zapojení složek imunitního systému, průběhu onemocnění, jeho závažnosti a odezvě na terapii.

## Ad 4) Diagnostika alergické rýmy

Diagnostika alergické rýmy vychází z podrobné anamnézy s popisem příznaků a průkazu přecitlivělosti na kauzální alergen. Nezbytné je samozřejmě podrobné otorinolaryngologické vyšetření s vyhodnocením stavu nosní sliznice. Podrobný návod diagnostických postupů je uveden v mezinárodních doporučených postupech, které jsou pravidelně aktualizovány (10).

### Anamnéza

Je základem při diagnostice AR. Zaměření má být na charakter potíží, okolnosti jejich vzniku (čas a místo), trvání, frekvenci, pacientovo podezření na vyvolávající faktor. Dotazujeme se i na celkový zdravotní stav se zaměřením na jiné alergické projevy v osobní anamnéze, užívané léky a konkomitantní onemocnění. Cenné údaje poskytuje i rodinná anamnéza se zaměřením na alergické projevy.

### Fyzikální vyšetření

**Aspexe:** u pacientů s déletrvající alergickou rýmou (zejména u dětí) můžeme pozorovat tzv. **facies allergica** (prosáklá oční víčka, halonované oči, pootevřená ústa). Typický je také tzv. **pozdrav alergika**, při němž si dítě dlaní tře nos směrem vzhůru, aby ulevilo svědění, vzniká transversální rýha u kořene nosu. Časté je i zarudnutí a slzení očí.

**Přední rinoskopie, případně endoskopie:** obvykle odhalí edém sliznice se zarudnutím nebo lividním zbarvením a zvýšenou sekrecí nejčastěji řídkou, vodnatou.

Dle charakteru potíží otorinolaryngolog indikuje **vyšetření zobrazovacími metodami**.

Vždy je nutné provést **vyšetření k vyloučení nebo průkazu astmatu** – viz ARIA.

### Kožní testy alergenem

Provádíme **prick testy** základní řadou inhalačních alergenů. Možnosti vyšetření kožními testy jsou omezené na hlavní inhalační alergeny, jejichž zdrojem jsou pyly, roztoči, kočka, pes a vzdušné plísňe.

### Laboratorní vyšetření

Alternativou kožních prick testů je **stanovení hladiny sérového IgE proti extraktům alergenu** (pozn: stanovení hladiny celkového

IgE v séru pro diagnostiku AR nemá větší význam, potvrzuje pouze alergickou diatézu).

V současné době je stále více využívána tzv. **komponentová diagnostika (CRD = component resolved diagnostic)**, která umožňuje zpřesnění diagnostického procesu a pomáhá v predikci závažnosti onemocnění a v indikaci alergenové imunoterapie (11).

**Při vyhodnocení kožních i laboratorních testů je nezbytné výsledky konfrontovat s anamnézou a klinickým vyšetřením! Pouhý průkaz senzibilizace není indikací k terapii.**

Problémem při stanování diagnózy AR může být tzv. **lokální alergická rýma**, která se vyznačuje typickými příznaky vznikajícími po kontaktu s alergenem a současně zcela negativními nálezy při alergologickém vyšetření (kožní testy, hladina specifických IgE protilátek). Obtíže jsou způsobeny lokální produkcí IgE protilátek přímo na sliznici nosu (12).

Kromě uvedených dostupných a běžně užívaných vyšetření jsou k dispozici i další, která nejsou v diagnostice AR obvykle v běžné praxi užívána. Patří k nim **rinomanometrie, akustická rinomanometrie a měření vrcholového nosního inspiračního/expiračního průtoku**.

U alergiků je možno využít i **měření hladiny oxidu dusnatého NO ve vydechaném vzduchu (FeNO)**, které je dnes už běžnou součástí vyšetření pacientů s astmatem a jehož hodnota je zvýšena při alergickém zánětu dýchacích cest.

## Ad 5) Terapie alergické rýmy

Komplexní dlouhodobý léčebný plán léčby alergika má tři vzájemně se doplňující složky: **režim s eliminací alergenu, farmakoterapii, alergenovou imunoterapii** (13).

### Eliminace alergenu

Režimová opatření s cílem zcela omezit nebo minimalizovat expozici alergenu jsou základním doporučením v léčbě každého alergika. Alergický pacient musí být informován o kauzálním vlivu alergenů na jeho potíže a možnostech jejich eliminace. Vedle podrobných **písemných edukačních materiálů** v ordinacích alergologů jsou široce využívány i různé moderní informační technologie. Aktuální informace o výskytu pylů

Ize získat v denních zprávách a na stránkách pylové informační služby (<http://www.pylovasluzba.cz>).

## Farmakoterapie

Při zahájení léčby je nezbytné pacienta **seznámit s mechanismem účinku** léku, jeho **nástupem a trváním**, vysvětlit rozdíly v působení různých lékových skupin (**symptomatické vs. dlouhodobá profylaxe**). Důležitý je i **nácvik aplikace topických forem léků**.

### Hlavní užívané lékové skupiny

**Nesedativní (hyposedativní) antihistaminika 2. generace** jsou k dispozici k systémovému podávání ve formě **tablet nebo roztoků** i ve formě **topické nosní a oční**. Jejich hlavním účinkem je potlačení příznaků vznikajících působením histaminu, tj. svědění sliznic, kýčání a vodnatá hypersekrece, případně slzení a svědění očí. V porovnání s dříve užívanými antihistaminiky I. generace mají výhodnější vlastnosti: vyšší selektivitu k receptorům H1 a delší vazbu na ně a současně výrazně snížené riziko sedace vzhledem k omezenému průniku přes hematoencefalickou bariéru. Kromě antihistaminového efektu je u antihistaminik 2. generace *in vitro* popsán širší antialergický efekt daný ovlivněním mediátorů a buněk účastných na různých úrovních časné i pozdní fáze alergické reakce. Není však zcela jasné, do jaké míry se tento účinek uplatňuje *in vivo* v doporučených terapeutických dávkách. Antihistaminika 2. generace mají rychle nastupující účinek (obvykle do 0,5–1 hodiny, topické formy do několika minut), přetrvávající asi 10 hodin a současně minimální až žádné sedativní působení. Jsou užívána profylakticky, soustavně po celou dobu působení alergenu. Výhodou antihistaminik podávaných systémově je, že kromě nosních příznaků tlumí současně i další alergické projevy, které jsou u alergiků velmi časté. **K antihistaminikům 2. generace patří cetirizin, loratadin, ebastin a levokabastin.**

Nejnovější nesedativní antihistaminika 2. generace jsou někdy označována jako **antihistaminika 3. generace (antihistaminika s imunomodulačním účinkem)**. Díky svému příznivému farmakologickému profilu jsou tyto léky nejen vysoce účinnými blokátory receptorů H1 s rychlým nástupem účinku a dlouhodobým působením, ale mají i důležitý

**antialergický a imunomodulační efekt**, nezávislý na H1 receptoru. Ten je umožněn dosažením vyšší koncentrace účinné látky v místě alergické reakce. V časné fázi alergické reakce tyto léky tlumí syntézu a produkci některých mediátorů a cytokinů i expresi adhezivních molekul, v pozdní – zánětlivé – fázi brání aktivaci a migraci zánětlivých buněk a rozvoji eozinofilního zánětu. **Do této skupiny řadíme desloratadin, levocetirizin, fexofenadin, bilastin a rupatadin.**

Pozn: Dříve užívaná **antihistaminika 1. generace nejsou v tabletové formě k léčbě alergické rýmy v současné době doporučena** vzhledem k možným rizikům vyplývajícím z tlumivého efektu. Přesto někteří pacienti na základě svých předchozích zkušeností tyto léky stále vyhledávají (oblíbené jsou především bizulepin, klemastin, dimetinden, prometazin a ketotifen).

### Topické nosní kortikosteroidy (INS)

Ovlivňují **všechny příznaky chronické rýmy včetně hyperreaktivity a neprůchodnosti nosu**. U pacientů s rinokonjunktivitidou mohou zmírnit i příznaky oční.

Zavedení **topických (inhalačních a nosních) forem** kortikosteroidů umožnilo rozšířit podávání těchto léků alergickým pacientům všech věkových skupin. Riziko vzniku systémových vedlejších účinků je v běžných dávkách i při dlouhodobém užívání zcela minimální. Pacienta je třeba upozornit na **nutnost soustavného užívání a na opožděný nástup účinku**: plného efektu je dosaženo obvykle za týden až 10 dní. Topické nosní steroidy jsou dobře snášeny a při správném používání nevede ani dlouhodobé podávání k atrofií nebo jinému poškození nosní sliznice. Pacient, který je dlouhodobě nosními steroidy léčen, má být pravidelně kontrolován otorinolaryngologem. **Na našem trhu jsou dostupné beklometazon, budesonid, flutikazon, mometazon a triamcinolon.**

**Kombinace topického nosního kortikosteroidu a topického antihistaminika** v jednom aplikátoru představuje v současné době nejúčinnější způsob léčby alergické rýmy. Obě složky se ve svém působení doplňují. Výhodou je velmi rychlý nástup účinku během několika minut díky přítomnému antihistaminiku a dlouhodobý protizánětlivý efekt (14).

**K dispozici jsou dvě kombinovaná léčiva: flutikazon + azelastin a mometazon + olopatadin.**

**Topické kromony (nosní a oční roztok)** jsou léky se slabším protizánětlivým působením. Jejich nevýhodou je poměrně pomalý nástup účinku a nutnost časté aplikace několikrát denně. Přesto si zachovaly svoje místo jako velmi šetrná oční a nosní profylaxe u dobře spolupracujících pacientů, zejména v léčbě dětí a těhotných žen. **Lékem této skupiny je chromoglykát sodný.**

**Antagonisté leukotrienů** jsou primárně užívány jako antiastmatika. U některých pacientů potlačují současně i projevy alergické rýmy. **U nás je k dispozici montelukast.**

**Systémové kortikosteroidy** jsou podávány pouze **v nejtěžších případech** rezistentních na ostatní terapii. Jsou indikovány pokud možno **ke krátkodobému podávání** v perorální formě, u níž lze snadno regulovat dávky podle odezvy na léčbu (obdobně jako při zvládnání těžkých exacerbací astmatu).

**Topická nosní alfa-adrenergika** (dekongestanty) jsou pacienty vyhledávána (a většínou nadužívána), protože jako jediné přinášejí **bezprostřední úlevu** při rezistentní neprůchodnosti nosu způsobené dilatací a zvýšenou náplní cév. Úleva je však krátkodobá a následně zhoršení stavu vede pacienta k opakovaní aplikace, která je spojena s rizikem návyku. Při užívání přesahujícím doporučenou dobu vzniká léčebně velmi špatně ovlivnitelná **rhinitis medikamentóza**. Pacienty je nutné na rizika upozornit a doporučit jen krátkodobé užívání. **Léky této skupiny jsou nafazolin, oxymetazolin, xylometazolin.**

U pacientů s rezistentní kongescí nosní sliznice je možno doporučit **perorální tabletové formy alfa-adrenergik, v kombinaci s antihistaminiky (k dispozici je pseudoefedrin v kombinaci s loratadinem nebo desloratadinem)**. Ani tato léčba však není určena k dlouhodobému užívání.

**Do doplňkové nosní léčby patří především roztoky solí, případně obohacené dalšími látkami** (např. mangan, měď, zinek) a dále **bariérové (tixotropní) přípravky** vytvářející ochranný film na nosní sliznici. Doplňková léčba je vhodná jako pomocná terapie u všech typů rýmy. Lze je aplikovat v různých topických formách (jako nosní kap-

ky, sprej, výplachy nosu pomocí konvičky, jako nosní sprcha nebo inhalace). Proplachy nosu izotonickými nebo slabě hypertonickými solnými roztoky mají blahodárný vliv na nosní sliznici, pomáhají v jejím zvlhčení a očištění od hlenu a zachycených nečistot. Solné roztoky s příměsí manganu mají protialergický efekt, příměs mědi působí antisepticky. U pacientů s otokem sliznice se doporučují solné roztoky hypertonické. V léčbě alergické rýmy se dále používají koncentrované výtažky z různých rostlin – **rostlinné silice (éterické oleje)**, např. z levandule, eukalyptu, máty, heřmánku, mateřídoušky a dalších. Ačkoli je přírodní léčba považována za bezpečnou a pacienti k ní tak přistupují, je třeba počítat při jejím použití i s riziky. Vysoké koncentrace rostlinných léčiv mohou dráždit a vysušovat sliznici. U alergiků (zejména pylových) se často setkáváme s nečekanou alergickou reakcí. Některé z těchto látek mohou být rizikové při použití těhotnými ženami.

### Alergenová imunoterapie (AIT)

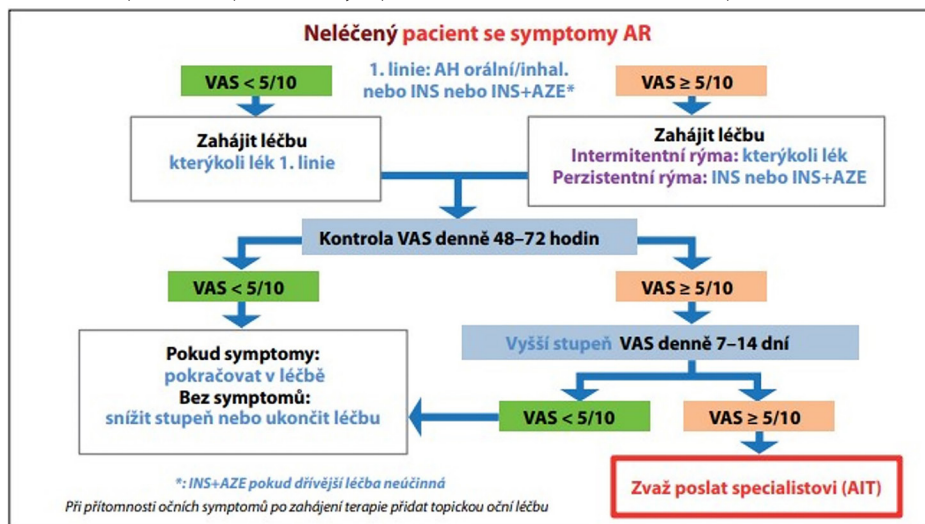
Alergenová imunoterapie, někdy nazývaná desenzibilizace, spočívá v **regulovaném přísunu přesných dávek extraktu alergenu** do organismu alergika s cílem **navodit jeho toleranci**. Nejedná se tedy o léčbu onemocnění, ale o léčbu jeho podstaty: poruchy odpovědnosti imunitního systému na konkrétní alergen, tedy o léčbu **kauzální**.

Alergická rýma je nejčastější diagnózou, u níž je alergenová imunoterapie indikována. Podmínkou dosažení očekávaného efektu je správné stanovení diagnózy s určením kauzálního alergenu a jeho dostupnost v terapeutické formě.

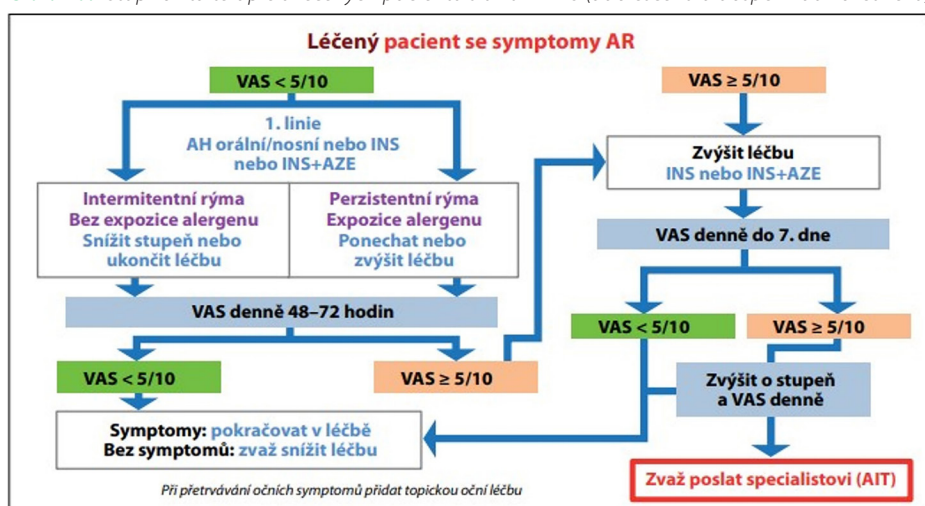
**Indikace AIT je individuální.** Záleží na typu a intenzitě onemocnění, dostupnosti kauzálního terapeutického alergenu požadované kvality a v nemalé míře i na ochotě pacienta k dlouhodobé spolupráci.

Nejčastěji jsou podávány extrakty pylů (travin, stromů, pelyňku) a roztoců, méně často extrakty zvířecích alergenů (kočky a psa). Dle preferencí pacienta lze volit formu **subkutánní nebo sublinguální** (tablety nebo roztok), která v současné době převládá. Za indikaci a léčbu alergenovou imunoterapií zodpovídá odborný lékař – **alergolog**. Je proto velmi důležité, aby každý pacient

**Obr. 1a.** Stupňovitá terapie u neléčených pacientů s užitím VAS (adolescenti a dospělí nad 16 let věku) (16)



**Obr. 1b.** Stupňovitá terapie u léčených pacientů s užitím VAS (adolescenti a dospělí nad 16 let věku)



s projevy alergické rýmy byl alergologem vyšetřen.

Stejně jako pro astma byl i pro chronickou rýmu mezinárodním týmem expertů vypracován návrh stupňovité terapie (16) vycházející z intenzity a frekvence nosních obtíží (Obr. 1a, 1b). K jejich sledování je doporučeno užívat VAS (visual analog score), kde intenzita příznaků vyšší než 5 indikuje zvýšení stupně terapie. Tento postup je obecně navržen tak, aby bylo možno jej uplatnit v zemích s různou úrovní zdravotnictví. U nás dlouhodobou péčí o pacienty s alergickou rýmou zajišťují specialisté z oboru alergologie a ORL ve spolupráci s praktickými lékaři.

U pacientů s nejléčlivější formou onemocnění s občasnými obtížemi při kontaktu s alergenem podáváme léky pouze intermitentně, symptomatically. U pacientů s perzistující aler-

gickou rýmou volíme k soustavné profylaxi vždy léky s protizánětlivým účinkem (15).

### Závěr

**Alergická rýma** je v praxi velmi často **podceňována** lékaři i samotnými pacienty, což vede k nedostatečné nebo nesprávné léčbě. Následkem je nejen snížená kvalita života pacientů, ale často i zbytečný rozvoj komplikací, především průduškového astmatu.

Pro zlepšení situace je velmi **důležitá spolupráce praktických lékařů s odbornými lékaři**, především alergology, otorinolaryngology a pneumology. Velmi důležitým článkem v tomto řetězci jsou i **farmaceuti**, kteří jsou vzhledem k široké nabídce volně prodejných léků často jediným erudovaným odborníkem, s nímž pacient s alergickou rýmou přichází do kontaktu. Jejich úkolem je proto nejen poučit pacienta o správném užívání léků, ale

také doporučit pacientovi, jehož potíže nejsou vhodné k samoléčení, vyšetření lékařem. Aktuální mezinárodní doporučení terapie alergické rýmy (17) zdůrazňují také potřebu získat

**spolupráci samotného pacienta.** Ukazuje se, že zohlednění jeho očekávání a preferencí zlepšuje adherenci k terapii a její výsledky. Při komunikaci s pacientem je možno doporu-

čit celou řadu moderních technologií, které umožňují např. sledovat výskyt pylů, pomáhají pacientům kontrolovat jejich stav a připomínají jim pravidelné užívání léků (18).

## LITERATURA

1. Mahesh PA. Epidemiology and Risk Factors for Allergic Rhinitis. *J Adv Lung Health.* 2022;2(1):2-4.
2. Hoehle LP, Speth MM, Phillips KM, et al. Association between symptoms of allergic rhinitis with decreased general health-related quality of life. *Am J Rhinol Allergy.* 2017; 31(4):235-239.
3. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N; Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108(5 Suppl): S147-334.
4. Colás C. Estimate of the total costs of allergic rhinitis in specialized care based on real-world data: the FERIN study. *Allergy.* 2017;72(6):959-966.
5. Seberová E. Alergická rýma. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf; 2017.
6. Toppila-Salmi S, Renkonen J, Joenvaara S, et al. Allergen interactions with epithelium. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2011;11:29-32.
7. Chang CC. Sinusitis, Rhinitis, Asthma, and the Single Airway Hypothesis. In: *Diseases of the Sinuses.* 2013:173-194.
8. Bousquet J, Vignola AM, Demoly P. Links between rhinitis and asthma. *Allergy.* 2003;58:691-706.
9. Bousquet J, Melén E, Haahtela T, et al. Rhinitis associated with asthma is distinct from rhinitis alone: The ARIA-MeDALL hypothesis. *Allergy.* 2023;78(5):1169-1203.
10. Dykewicz M, Wallace D, Amrol D, et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol.* 2020; 146:721-767.
11. Eiringhaus K, Renz H, Matricardi P, et al. Component-Resolved Diagnosis in Allergic Rhinitis and Asthma. *J Appl Lab Med.* 2019;3(5):883-898.
12. Rondón C, Campo P, Herrera R, et al. Nasal allergen provocation test with multiple aeroallergens detects polysensitization in local allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;128(6):1192-1197.
13. Klimek L, Mullol J, Ellis AK, et al. Current Management of Allergic Rhinitis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2024;12(6): 1399-1412.
14. Bachert C, Bousquet J, Hellings P. Rapid onset of action and reduced nasal hyperreactivity: new targets in allergic rhinitis management. *Clin Transl Allergy.* 2018;8:25.
15. Rybníček O, Seberová E, et al. Průvodce specifickou alergickou imunoterapií (SIT). Doporučení ČSAKI 2009. ČIPA, o. p. s.; Tigris. 2009.
16. Bousquet J, Holger J, Scheunemann C, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145:70-80.e3.
17. Seberová E, Bachert C, Wytske EJ, et al. ARIA 2019. Doporučení péče o pacienty s alergickou rýmou v České republice. *Alergie Suppl.* 2020;1.
18. Bousquet J, Hellings PW, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) Phase 4 (2018): Change management in allergic rhinitis and asthma multimorbidity using mobile technology. *J Allergy Clin Immunol.* 2019;143(3):864-879.