

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 časně 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 časně 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 leukotrienu 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-