Alergická rinitída a jej liečba

Zverejnené: 16. júna 2022 | Autor: PharmDr. Paulína Kolláriková



Alergická rinitída patrí medzi najčastejšie diagnostikované alergické ochorenie v populácii. Jej skoršie delenie na alergickú rinitídu sezónnu a celoročnú je v súčasnej dobe nahradené klasifikáciou podľa intenzity, doby trvania príznakov a ovplyvnenia kvality života. Medzi alergénmi dominujú plesne, peľ, súčasti živočíšnych tiel a živočíšne produkty, najrôznejšie alergény pracovného prostredia, potraviny a lieky.

Základným prejavom nosového zápalu je nosová kongescia, spôsobujúca jednak nosovú nepriechodnosť, čo vedie k stagnácii sekrétu a k vzniku sekundárnych prejavov sinusitídy či strate čuchu. Medzi ďalšie symptómy zápalu patrí zvýšená nosová sekrécia a lokálne prejavy dráždenia. Nosová sekrécia môže pacienta obťažovať výtokom z nosa alebo mať podobu tzv. postnazálneho zatekania s pocitom zahlienenia a dráždenia v oblasti hltanu. Lokálne prejavy dráždenia sú pociťované podľa typu prebiehajúceho zápalu ako bolesť, pálenie alebo svrbenie v nose alebo na podnebí s častým kýchaním. Alergická rinitída môže byť sprevádzaná aj očnými a ušnými symptómami. Symptómy sú často pacientmi zamieňané za prechladnutie alebo infekcie horných dýchacích ciest. Kongescia nosovej sliznice je častokrát zhoršená práve v noci, čo spôsobuje dýchanie cez ústa a

následne syndróm suchých úst a/alebo chrápanie, čo môže viesť k poruchám spánku až podráždenosti.

Farmakoterapia:

H1 antihistaminiká predstavujú najčastejšie používanú medikáciu v terapii alergickej nádchy. Obsadzujú H1 receptory, pričom pôsobia ako jeho inverzné agonisty. Znamená to, že stabilizujú jeho neaktívnu formu. Navyše, naviazané na H1 – receptor neumožňujú uvoľnenému histamínu viazať sa na tento receptor. Okrem tohto účinku majú antihistaminiká aj ďalšie efekty, najmä najnovšie molekuly preukazujú schopnosť inhibovať syntézu prozápalových mediátorov. Dobrý klinický efekt poskytuje iniciácia terapie H1 -antihistaminikami minimálne dva týždne pred sezónou príslušného alergénu, čo vedie k stabilizácii neaktívnej formy H1 – receptorov.

V terapii alergickej rinitídy sa osvedčili prednostne antihistaminiká 2. generácie (cetirizín, levocetirizín, desloratadín, fexofenadín, bilastín). Pre svoj obmedzený prechod cez hematoencefalickú bariéru poskytujú v porovnaní s H1 antihistaminikami 1. generácie výrazne nižší až žiadny sedatívny efekt.

Perorálne H1 antihistaminiká sú klasifikované ako lieky prvej voľby pri miernej až stredne závažnej alergickej rinitíde dospelých aj detí. Preukázateľne redukujú príznaky ako kýchanie, svrbenie a výtok z nosa, ale aj očné symptómy ako alergická konjuktivitída, ktorá často sprevádza alergickú rinitídu. Ich účinnosť pri nosovej kongescii je ale obmedzená.

Na trhu nájdeme aj fixné kombinácie perorálnych dekongestív a antihistaminík (napr. desloratadín + pseudoefedrín). Ich chronické podávanie sa ale dôrazne neodporúča. Topické dekongestíva sa môžu používať maximálne do 7 dní.

Intranazálne H1 antihistaminiká ako azelastín alebo levokabastín sa považujú za doplnkové. Môžu mať rýchlejší nástup účinku, neovplyvňujú však systémové symptómy alergie. Azelastín aj levokabastín sú dostupné aj vo forme očných kvapiek na liečbu alergickej konjuktivitídy.

Intranazálne kortikosteroidy sú terapiou prvej voľby pri liečbe závažnejších symptómov alergickej rinitídy. Intranazálne steroidy sú obzvlášť účinné pri zmierňovaní upchatého nosa, ale zmierňujú aj ostatné príznaky nádchy, ako napr. výtok z nosa, kýchanie a svrbenie nosa. Väčšinu liečiv je potrebné aplikovať len 1 až 2x denne. Intranazálne kortikosteroidy by mali byť používané kontinuálne a pre ich optimálny benefit by sa malo s terapiou začať pred objavením prvých symptómov. Topické intranazálne steroidy začínajú účinkovať približne 6 až 8 hodín po prvom podaní. Plný efekt ale dosahujú až po 2 týždňoch pravidelného používania. Pacient, ktorý začína liečbu topickými nosnými steroidmi nemusí pociťovať signifikantné zmeny v prvé dni terapie, čo môže viesť k zníženej compliance pacienta a zlyhaniu terapie.

Mechanizmus intranazálnych topických kortikosteroidov je identický s kortikoidmi systémovými a spočíva v pôsobení steroidov na intracelulárnej úrovni, kde aktivovaný komplex kortikoid – receptor prechádza do bunkového jadra a ovplyvňuje transkripciu celej rady génov, z ktorých najdôležitejší pre liečebný účinok topických intranazálnych kortikosteroidov je pokles bunkovej produkcie cytokínov – IL-1, IL-2, interferónov, a TNF-α. To má za dôsledok predovšetkým zníženie sekrécie molekúl prostaglandínov, inhibícii uvoľňovania histamínu, zvýšenie stability lyzozomálnych membrán, zníženie permeability kapilár, čo v konečnom dôsledku vedie k zníženiu prakticky všetkých príznakov zápalu nosovej sliznice. Používanie intranazálnych kortikosteroidov je liečbou symptomatickou, nerieši príčinu ochorenia, čo vedie k nutnosti podávať túto liečbu dlhodobo.

Najčastejšie **nežiaduce účinky** topických intranazálnych kortikosteroidov sú kvôli nízkej systémovej expozícii

prevažne lokálne. Väčšinou sa jedná o lokálne dráždenie, pálenie, atrofiu nosovej sliznice, tvorbu chrást a krvácanie z nosa. Tieto príznaky sú pomerne časté. V krajnom prípade môže dôjsť až k perforácii nosného septa. Lokálnym nežiaducim účinkom sa dá predchádzať edukáciou pacienta o správnej aplikácii intranazálnych kortikosteroidov. Pacient by sa mal pred ich aplikáciou vysmrkať, zaviesť aplikátor, ak je možné čo najhlbšie a smerovať vstreknutie tak, aby sa vyhol expozícii proximálnej sliznice nosového septa. Výhodná je aj kombinácia intranazálnych kortikosteroidov so slanými roztokmi alebo Vincentkou. Systémová dostupnosť intranazálnych kortikosteroidov je natoľko nízka, že sa nežiaduce účinky typické pre systémové podanie objavujú len veľmi obmedzene. Môžu sa vyskytovať pri dlhodobom podávaní kortikosteroidov s vysokou biologickou dostupnosťou (viď tab. č. 1)

Tabuľka č. 1: Zoznam nazálnych steroidov: