

Alergická rýma u dětí – rekapitulace pohledem otolaryngologa

MUDr. Hana Fišerová

ORL klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Ušní, nosní, krční ambulance, FIMED, s.r.o., poliklinika Barrandov, Praha

Terapie alergické rýmy je stupňovitá. Klíčovou roli v ní hrají antihistaminika a topické kortikosteroidy. Péče o nosní sliznici patří k efektivním, finančně nenáročným postupům bez nežádoucích účinků. Praktická doporučení mohou pomoci zlepšit výsledky léčby.

Klíčová slova: alergická rýma, antihistaminika, nosní kortikosteroidy, nosní sprchy, praktické tipy a triky.

Allergic rhinitis – summarizing from otolaryngologist's view point

The treatment of allergic rhinitis is stepwise. Antihistamines and intranasal corticosteroids play the main role in the therapy. Saline douche is a simple and inexpensive treatment without adverse events which was shown to bear efficacy. Practical tips can help to improve the results of the treatment.

Key words: allergic rhinitis, antihistamines, intranasal corticosteroids, nasal douche, practical tips and tricks.

Pediatr. pro Praxi 2010; 11(2): 82–86

Dokončení z předchozího čísla

Podrobná charakteristika jednotlivých léčebných skupin

Topické kortikosteroidy

Topické kortikosteroidy byly poprvé představeny v r. 1973 (beclomethason). Řadíme k nim dnes ještě budesonid, ciclesonid, flunisolid, flucortinbutyl, fluticason propionát, fluticason furoát, mometason furoát a triamcinolon acetonid. Tvorí ze všech léků skupinu nejúčinnějších preparátů na léčbu alergického zánětu – alergické rýmy. Výrazně redukuje nazální hyperreaktivitu. Jedná se o léky s relativně pomalým nástupem účinku (12 hodin), kdy maximální efekt lze často pozorovat s odstupem několika dní až 2 týdnů. Působí velmi dobře jak na obstrukci nosu, tak na sekreci, svědění či kýchání a čich. Jejich nežádoucí účinky jsou obvykle nezávažné a málo časté. Růstová retardace byla pozorována u dětí, které užívaly beclomethason déle než 1 rok. Děti užívající fluticason propionát či mometason furoát nebyly růstově ovlivněny. Přednost je dávána dle doporučení konsenzu zejména novějším kortikosteroidům (budesonid, mometason furoát, fluticason propionát) pro jejich snadné dávkování (jsou podávány obvykle 1x denně) a při zachování určitých terapeutických zásad zpravidla minimální nežádoucí účinky. Dle výsledků rozsáhlých studií při užití doporučených intranazálních dávek se tyto preparáty jeví bezpečnými. Vždy samozřejmě záleží na typu preparátu, podané dávce a také individuální citlivosti každého jednotlivce. Opatrnosti je třeba zejména u pacientů astmatiků,

kteří trpí AR a kde je případně podávané výsledné množství topického steroidu složeno z inhalalační a intranazální části, dle nutných forem aplikace. Při dodržení doporučených dávek zpravidla nedochází k útlumu osy hypotalamohypofyzární a tím k potlačení funkce nadledvin a poklesu plazmatického kortizolu. Výjimku tvoří dexamethason sprej a betamethason gtts, které mohou být provázeny systémovými účinky. Stejně tak nebyl prokázán při dodržení doporučené dávky vliv topických steroidů na kostní metabolismus či epitel nosní sliznice. K lokálním nežádoucím účinkům těchto léků patří tvorba krust, pocitu sucha či krvácení z nosu (lze obvykle odstranit změnou aplikační formy). Naprosto výjimečně byla popsána perforace septa. Poměr mezi velmi významným klinickým efektem a minimálními nežádoucími účinky při zachování nejnižší účinné dávky určuje topické kortikosteroidy jako léky první linie v případě středního a těžkého onemocnění alergickou rýmou či dlouhodobých obtíží. Velmi účinné je včasné nasazení léčby. Je třeba znovu zdůraznit naši snahu nalézt minimální účinnou dávku, která vede k zajištění kvalitního života pacienta.

Systémové kortikosteroidy

Systémové kortikosteroidy jsou naopak poslední doporučovanou skupinou léků. Řadíme sem dexamethason, hydrocortison, methylprednisolon, prednisolon, prednison, triamcinolon. Jejich užití je pro dětské pacienty zcela nevhodné.

Antihistaminika perorální

Perorální antihistaminika jsou preparáty, které se specificky váží na H1 receptory, aniž

by došlo k jejich stimulaci. Dnes se užívají prakticky pouze preparáty II. generace (akrivastin, azelastin, cetirizin, ebastin, fexofenadin, loratadin, desloratadin, mizolastin, levocetirizin, rupatadin, mequitazin), které jsou řazeny k lékům bez a nebo s minimálními sedativními účinky. Ovlivňují svědění, kýchání a vodnatou nosní sekreci. Jejich vliv na obstrukci je pouze minimální. Účinkují i na celkové příznaky, jako jsou konjunktivitida či kožní projevy alergie. Většinou nemají kromě acrivastinu a azelastinu sedační efekt, jsou prosty, kromě mequitazinu, anticholinergního efektu a nejsou kardiotoxické. Jejich nástup účinku je velmi rychlý jak co se nosních, tak očních symptomů týká.

V topické formě lze užít pro kontrolu očních a nosních symptomů azelastin, levocabastin či olopatadin.

Antihistaminika topická

Topická antihistaminika (azelastin a levocabastin) jsou ve formě nosního spreje i očních kapek. Jejich efekt je shodný s perorálními preparáty, ale je pouze lokální. Podávání je nutné 2x denně. Vedlejší účinky jsou nevýznamné. Azelastin může vést ke krátkodobé změně chuti. Antihistaminika jsou dle konsenzu léčby alergické rýmy lékem první linie v případě mírného průběhu onemocnění či u dětských pacientů.

Antagonisté leukotrienu

Do skupiny patří montelukast, zafirlukast a pranlukast. Preparáty jsou výborně tolerovány. Jejich účinnost je jak na astma, tak

na všechny symptomy alergické rýmy i na oční příznaky.

Kromony

Kromony (kromoglykát dvojsodný a nedokromil sodný, NAAGA) působí zatím ne zcela objasněným způsobem na mastocyty, a tím omezují rozvoj příznaků alergické rýmy. Jejich efekt je spíše mírný, a to jak na obstrukci, svědění, kýchání či sekreci. Pomalý nástup účinku a také nutnost opakovaného podání 4–6x denně je i přes jejich absolutně minimální nežádoucí účinky radí k preparátům na léčbu pouze mírného onemocnění. Své využití ale nacházejí zejména v léčbě malých dětí, kde spolu s antihistaminiky zaujímají čelní místo. Velmi dobře účinná na oční příznaky je jejich oční forma.

Dekongestiva

Topická dekongestiva (např. fenylefrin, oxymetazolin, xylometazolin, naphazolin) jsou velmi účinná při obstrukci nosu, ale pro riziko rozvoje rhinitis medicamentosa jsou doporučována pouze krátkodobě po dobu 10 dnů. Jsou často doplňkovým lékem k uvolnění nosní průchodnosti u pacientů s těžkou formou onemocnění. Jejich nástup je velmi rychlý a výrazně účinněji než v perorální formě kontrolují nosní obstrukci. Opatrnosti je třeba u malých dětí do 1 roku, kde je velmi malá hranice mezi účinnou a toxickou dávkou.

Perorální dekongestiva (efedrin, fenylefrin, fenylpropanolamin, pseudoefedrin) účinkují také na nosní obstrukci, ale jejich efekt je menší než u topických preparátů. Pro své nežádoucí účinky (třes, insomnie, agitovanost, palpitace, hypertenze, bolesti hlavy, suchost sliznic, močová retence, exacerbace glaukomu či tyreotoxikózy) je jejich užití limitováno i u adolescentů či dospělých jedinců.

Zajímavější může být jejich užití v kombinaci s H1 antihistaminiky, nicméně kombinace vedlejších účinků se sčítá.

Anticholinergika

Anticholinergika (ipratropium bromid) mají vliv pouze na potlačení nosní sekrece charakteru jak alergického, tak zánětlivého. Jejich efekt na nosní sekreci je srovnatelný s antihistaminiky, ale nižší než u topických kortikosteroidů. Pro svoje úzké spektrum jsou zpravidla doplňkovým lékem malého množství pacientů.

Specifická imunoterapie (SIT)

SIT byla dříve využívána ve své subkutánní aplikační formě, nyní je možné její topické užití ve formě intranazální či sublingvální. Je schopná změnit přirozený průběh onemocnění. Zdá se, že redukuje další senzibilizaci pacienta a také rozvoj astmatu. K jejímu užití je nutná precizní diagnostika IgE zprostředkované alergie. Je velmi efektivní v případech pylové či roztočové alergie. SIT může být spjata s vedlejšími, až život ohrožujícími reakcemi.

Komplementární a alternativní medicína

Existují pacienti, kteří svou AR či astma kontrolují pomocí komplementárních a alternativních přístupů, například fytoterapie, homeopatie, akupunktury atd. Tyto přístupy nejsou podloženy poznatky EBM a k jejich širokému doporučení jsou třeba další informace podložené výsledky randomizovaných dvojité slepých placebo kontrolovaných studií.

Další léčebné postupy

Sprchování nosní sliznice solnými roztoky patří k jednoduchým, levným a efektivním typům ošetření nosu v případech AR. Rhinophototerapie,

nosní filtry či krémy = blokátory pylu mohou redukovat nosní symptomy.

Chirurgické přístupy

Nejsou léčebné z hlediska vlastního onemocnění AR. Mohou pomoci zvládnout hypertrofii lastur, kostěné či chrupavčité překážky v nosních dutinách a nebo sekundární změny v oblasti vedlejších dutin nosních či jejich propojení do společného průchodu nosního. Využívá se metod endonazální endoskopické chirurgie.

Terapeutické schéma vycházející z ARIA 2007

Vyvarování se kontaktu s alergenem

Obvykle není indikováno. Může napomoci některým jedincům.

Antihistaminika 1. generace

Nepatří k doporučené medikaci pro nepříznivý poměr jejich účinnosti a bezpečnosti.

Antihistaminika 2. generace

Terapie 1. linie pro intermitentní či lehkou perzistentní rýmu. Lze přidat v kombinaci k topickým steroidům. Stejně tak platí tato indikace i pro topické preparáty s velmi rychlým nástupem účinku.

Intranazální kortikosteroidy

Preparáty 1. linie pro středně těžký a těžký průběh onemocnění, zvláště při perzistentní AR, nosní kongesci.

Antileukotrieny

Efektivní při terapii AR a astmatu, při rýmě účinnost podobná jako H1 blokátory.

Kromony

Bezpečné preparáty s menší účinností než ostatní skupiny.

Dekongestiva orální

Indikována v kombinaci s orálními antihistaminiky k redukcí kongesce, otázka bezpečnosti.

Depotní kortikoidy

Nedoporučeny pro vedlejší účinky.

Intranazální anticholinergika

Indikována pro redukcí nosní sekrece, nekontrolovatelné ostatní medikací.

Stanovení IgE protilátek

Indikována v případě perzistujících a/nebo středně těžkých či těžkých symptomů AR, nebo

Tabulka 1. Srovnání účinnosti podávaných léčiv (upraveno podle 7 a 14)

Efekt léčby	Kýchání	Sekrece	Obstrukce	Svědění	Oční symptomy
H1 antihistaminika orální	++	++	+	+++	++
H1 antihistaminika intranazální	++	++	+	++	0
H1 antihistaminika intraokulární	0	0	0	0	+++
Kortikosteroidy intranazální	+++	+++	+++	++	++
Antileukotrieny	++	++	++	++	++
Kromony intranazální	+	+	+	+	0
Kromony intraokulární	0	0	0	0	++
Dekongestiva intranazální	0	0	++++	0	0
Dekongestiva orální	0	0	+	0	0
Anticholinergika	0	++	0	0	0

tangované kvality života, či pokud uvažujeme o SIT.

V případě diagnostikování AR je třeba u všech pacientů pátrat po astmatu. Zvláště ohroženy jsou osoby s těžkou a/nebo perzistentní AR.

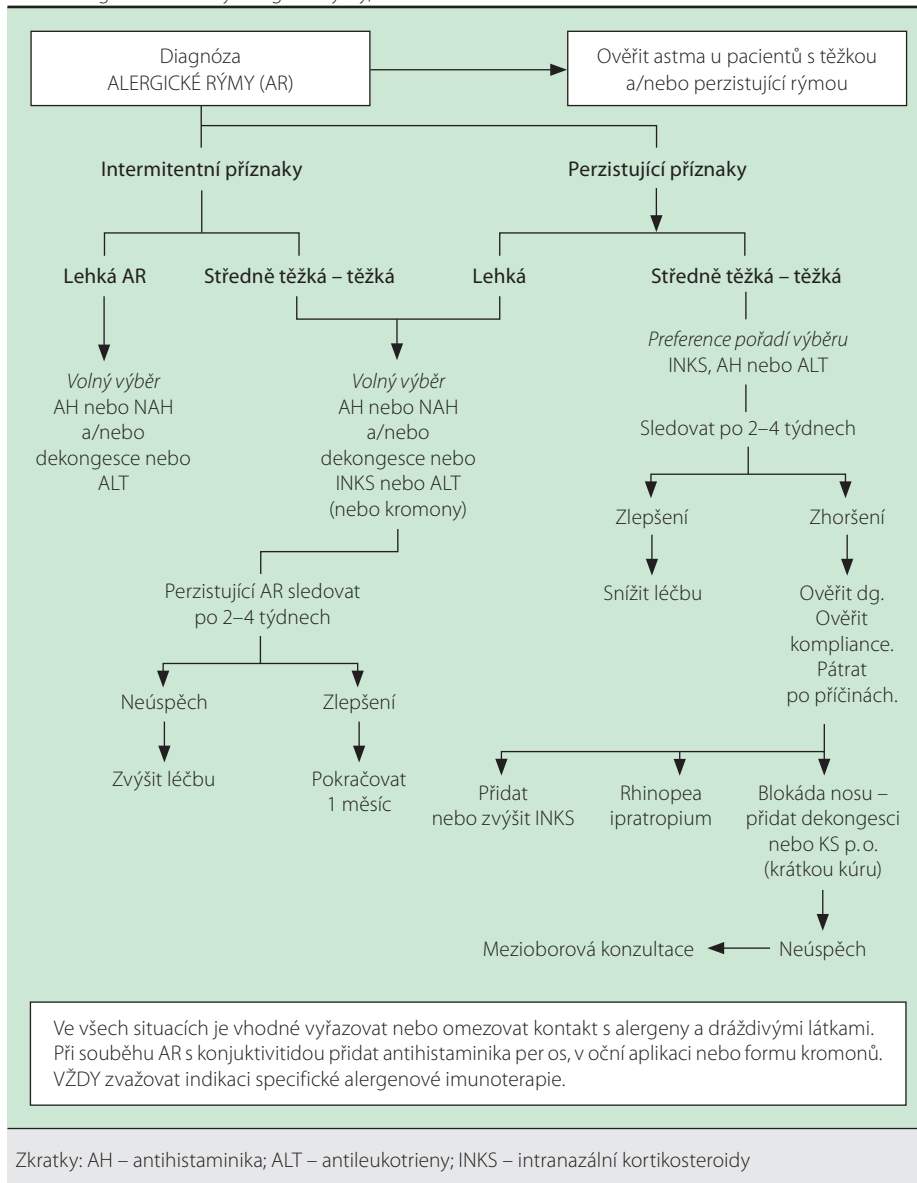
Schematické doporučení léčby AR dětských pacientů

Výše uvedené informace jsou v ARIA 2008 komplexně zpracovány do přehledného schématu, které by mělo tvořit základ léčby AR. Léčba by měla být vždy stupňovitá podle závažnosti, délky trvání a frekvence obtíží pacienta. Zohlednit je vhodné preference pacienta či jeho rodiny. V potaz je třeba brát také přítomnost či nepřítomnost komorbidit.

Principy léčby AR u dětí se shodují s léčbou dospělých pacientů. Důraz je kladen na předcházení možných vedlejších účinků nasazené terapie. Ty souvisejí úzce s věkem pacienta. Citováno je ovlivnění kognitivních funkcí dětí školního i předškolního věku v souvislosti s antihistaminiky a také omezení růstu při dlouhodobém podání nosních kortikosteroidů. Mnoho ve světě podávaných preparátů není dostatečně odzkoušeno kvalitními studiemi. Nejméně probádanou skupinou pacientů jsou v dané oblasti velmi malé děti a děti předškolního věku. Často vycházíme z výsledků studií získaných u dospělých jedinců či adolescentů. Je třeba dalších longitudinálních studií, které posoudí bezpečnost a účinnost preparátu zejména u nejmenších dětí. K doporučeným medikamentům jsou řazena nová antihistaminika II. generace, cetirizin, levocetirizin a loratadin. Z intranazálních glukokortikoidů jsou doporučovány moderní preparáty, které se mnohem méně vstřebávají do oběhu. Cílem léčby je vytitrovat minimální dostatečně účinnou dávku ke kontrole alergické rýmy pacienta. Rok trvající růstové studie po podání fluticason propionátu, mometazon furoátu a triamcinolonu acetonidu neprokázaly ovlivnění růstové aktivity u dětí. Časté obavy rodičů z možných vedlejších účinků nosních steroidů, které ve skutečnosti nejsou časté, je třeba samozřejmě brát při terapii AR v potaz.

Alergen specifická subkutánní imunoterapie nebývá obvykle doporučována před 5. rokem věku pacienta. Sublingvální imunoterapie by u velmi malých dětí mohla zabránit pozdějšímu rozvoji astmatu. Tato metoda se zdá být bezpečnou, ale je třeba dalších studií bezpečnosti a účinnosti u dětí předškolního věku.

Graf 1. Algoritmus léčby alergické rýmy, ARIA 2008



Vlastní praktické zkušenosti a osobní doporučení

V anglosaské literatuře se občas setkáváme s kapitolou označenou jako „tipy a triky“. Jedná se o určitý komentář či doporučení, která vycházejí z osobních zkušeností autora. Mnohdy nám poskytnou informace, o kterých se v konsenzech založených na EBM nedočteme. Zpravidla nezpochybňují ve světě doporučené postupy, ale obohacují a doplňují je o další názor a praktickou zkušenost. Protože si sama těchto tipů cením, rozhodla jsem se věnovat závěr tohoto článku svým praktickým poznámkám.

Zdalo by se, že potřebu péče o nosní sliznici není třeba zdůraznit, ale opak je pravdou, zejména při onemocnění v této oblasti. Ta jsou velmi často léčena aplikací pouze lokálních preparátů, kdy upřednostňujeme působení

účinné látky přímo na postiženou část, tedy nosní sliznici, před celotělovým efektem perorálně podaných léčiv.

Typická je situace, kdy pacient je správně léčen, ale jeho potíže přetrvávají. Proto je odeslán na vyšší pracoviště ke konzultaci.

Při vyšetření bývá patrná zpravidla hojná sekrece, mnohdy prosáknutí sliznice a obstrukce v nosních dutinách. V takovém terénu intranazálně podaný lék nemůže působit. Nedojde totiž k základní podmínce jeho působení – nedostane se do kontaktu s postiženou sliznicí. Se stagnujícím hlenem je medikament buď vysmrkán, či spolkán.

Proto je velmi důležitou součástí našeho léčebného plánu i vysvětlení nutnosti péče o sliznici dutiny nosní a princip účinku topických preparátů na nosní sliznici, jehož podmínkou je právě umožnění kontaktu léku s cílovou oblastí.

Často je v první fázi nutná i dekongesce sliznice, poté zředění a oplach husté masivní sekrece s jejím odstraněním pomocí vysmrkání či odsátí a teprve poté aplikace topické medicíny do nosu.

Ve své ambulanci se často setkávám s dětmi, které jsou správně léčeny pro AR mými kolegy či pediatry, ale nereagují na danou terapii tak, jak bychom očekávali. Velmi správně jsou tito jedinci odesláni na podrobnější ORL vyšetření k vyloučení jiné příčiny obtíží, než je alergický zánět. Prakticky všichni ke mně odeslaní pacienti jsou již léčeni topickými steroidy, případně kombinací těchto preparátů s H1 antihistaminiky.

Po kontrole anamnestických dat pacienta provádím vlastní endoskopické vyšetření nosu a nosohltanu. Ideálně se ve většině případů podaří bez lokální anestezie tak, aby nedošlo ke změně barvy sliznic a také množství a charakteru sekretu. Pokud toto pro obtížnou spolupráci ze strany dítěte nebo nevhodné anatomické poměry v HCD není možné, provádím anemizaci a anestezii sliznice nosní směsí tetracainu s adrenalinem či nafazolinem.

V případě, že se jedná o onemocnění AR a není přítomna žádná další patologie, která by vysvětlovala malý úspěch nasazené léčby, bývá problém buď v nedostatečném kontaktu preparátu s nosní sliznicí, v nesprávné aplikaci podané léčby a nebo v complianci našeho pacienta s danou terapií.

V následné diskuzi se ptám dítěte, jak často a jakým způsobem si lék na nosní sliznici stří-

ká. Z poněkud rozpačité odpovědi bývá zřejmé, že aplikace je velmi nepravidelná, nejistá, a i u malých dětí často bez kontroly rodičů. Maminky mnohdy reagují se slovy: „Vždyť jsem mu říkala, že to má dělat; doktor mu to nařídil, ale přece ho nebudu kontrolovat,“ nebo dokonce konkrétně na svou ratolest zaútočí: „Vidiš, je to tvoje chyba, že to neděláš.“ Vlastně mě vždy udiví, že velmi málo z nich se nad realitou zamyslí a řekne, že bude dávat větší pozor a na dítě dohlédne. Skutečně je nezbytně nutné, aby rodiče přijali v terapii AR u svého dítěte aktivní účast. Dítě se obvykle svou zodpovědností nerovná malému dospělému a kontrolu podávání léků v dané oblasti je třeba důsledně provádět. I přesto se nedaří vždy dosáhnout úplné spokojenosti s navrženou terapií u všech jedinců.

Bohužel pravidelnost podávání intranazálního medikace nemusí být nutně klíčem k dostatečnému vlastnímu zaléčení sliznice nosní a zlepšení stavu HCD. Pokud máme dítě s obstrukcí nosní, hojnou sekrecí, zkrátka nos, do kterého se správně vybraným preparátem nemůžeme pořádně dostat, nelze zajistit kontakt vybraného nazálního preparátu s postiženou nosní sliznicí. Proto je třeba pomocnými metodami tento kontakt umožnit a zkvalitnit.

Velmi často je v praxi nosní sliznice prosáklá, zbytnělá se stagnujícím sekretem, který vyplňuje zcela i krajinu nosohltanu. V tomto případě mám velmi dobrou zkušenost s pravidelnými nosními sprchami. Je myslím nepodstatné, zda k oplachu nosní sliznice užijeme fyziologický roztok, mořské soli či Vincentku. Obvykle těmto dětem dám za úkol zpočátku pouze oplachy nosní sliznice několikrát denně. Ideální jsou sprchy, které nejen sliznici zvlhčí, ale skutečně důsledně opláchnou ulpívající hlen. Důležité je dostatečné množství sprchující látky. Doporučuji provádět nad umyvadlem tak, aby vodní roztok z nosu měl přímo kam odtékat. Po 1–2 týdnech tohoto mechanického přístupu se obvykle stav nosní sliznice výrazně zlepší, nos se uvolní a množství sekretu je výrazně menší. Již nedochází ke stagnaci v oblasti nosohltanu, což je endoskopicky velmi dobře verifikovatelné. Občas se najde jedinec, který se péči o nosní sliznici nevěnoval. Po kontrolní endoskopii jemu i rodičům hned hlásím, že jejich sprchování sliznice nebylo dostatečné a je třeba v dané oblasti přidat. Zcela bezpečně se do příští kontroly výrazně zlepší.

Máme před sebou nyní pacienta bez výrazné stagnace sekretu, který je zvyklý mít volnější nos, méně sekretu a lépe smrkat. V tomto terénu se nasazená topická intranazální léčba snoubí s výrazně lepším efektem. Pokud mám

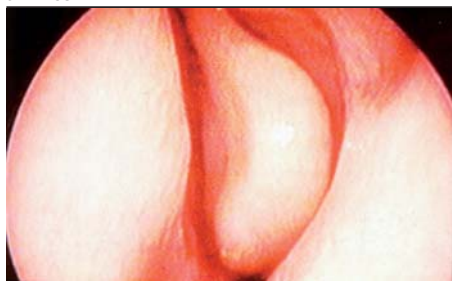
i nadále jakékoli pochybnosti o dostatečné průchodnosti nosu, přidávám automaticky k intranazálním preparátům i lokální dekongestiva po dobu jednoho týdne. V případě masivní sekrece neváhám hned nasadit krátkodobě i ipratropium. Po týdnu je stav HCD většinou výrazně zlepšen a kontakt preparátu se sliznicí je dostatečně zajištěn.

Algoritmus komplexní léčby nosní sliznice v sobě v daném případě zahrnuje tedy podání nosních kapek, pak hojný oplach sliznice, vysmrkání či event. odsátí dutiny nosní a teprve poté topický preparát – ve většině případů nazální steroid. V průběhu dne doporučuji dětem další oplachy sliznice nosní, které přispějí k odstranění ev. alergenu, uvolnění případné nosní sekrece a zvlhčení sliznice. Vlastně mě překvapilo, jak se daného doporučení potom velká část z nich dlouhodobě drží. Pokračují v péči o nosní sliznici i dále, a to nejen ve školním roce o přestávkách, ale i o víkendech a prázdninách doma. Větší, diskuze schopné děti řekly, že jim to opravdu pomáhá, lépe se jim dýchá a dobře se cítí. Někdy se dokonce přidají i sami rodiče a starají se o svůj nos již stejným způsobem. Dobrá rada se velmi často opravdu prodává sama.

Pokládám za velmi důležité jak dětem, tak jejich rodičům vysvětlit princip a cíl léčby. Zpočátku se zdá být z mé strany požadovaná spolupráce skutečně náročnou. Dbám na to, aby všichni zúčastnění pochopili, že tento sice krátkodobý, ale velmi aktivní přístup z jejich strany nám umožní následnou dlouhodobou, dále již pohodlnou kontrolu alergických obtíží v oblasti horních, či případně následně i dolních dýchacích cest a povede k zlepšení kvality života dítěte a tím celé rodiny.

Dalším důvodem, pro který naše léčba nemusí být dostatečně účinná, může být nevhodující nasazený typ kortikosteroidu. Hovoří se o adherenci či complianci pacienta k podané léčbě. V překladu se jedná o dodržování léčby, spolupráci a poddajnost našeho pacienta k terapii. Ta úzce souvisí s komfortem či diskomfortem pacienta v souvislosti s podáním intranazálního kortikosteroidu (ICS). Můžeme hovořit jednak o případné mechanické iritaci nosní sliznice, jako je krvácení či tvorba krust, a dále o nepříjemných senzorických attributech spojených s podáním těchto preparátů. Pacientům může vadit zatékání preparátu do krku po jeho podání, či naopak vytékání z nosu po aplikaci, vůně preparátu, pocit perzistující pachutě a vlastní pocity v nose po lokální aplikaci. Zde se obvykle nejedná jen o výsledný dojem ve smyslu pocitu suchosti či naopak příjemného zvlhčení, ale i o stavy pálení

Obrázek 1. Endoskopický nálezní klidné nosní sliznice



Obrázek 2. Endoskopický nálezní bledé až lividní nosní sliznice s mnohočetnými hlenovými masy u pacienta s alergickou rýmou



či píchavé vjemy v souvislosti s konzervační látkou přidanou k vlastní účinné látce ICS.

Roli v ochotě pacienta užívat daný preparát hraje i komfort pacienta při vlastní manipulaci s preparátem a sympatie s tvarem trysky, pocit bezpečnosti a komfortu při aplikaci léčiva do nosních dutin.

Samozřejmě pokud je vlastní aplikace příjemná, jednoduchá, bez negativních doprovodných vjemů, je ochota dětí i rodičů dodržovat pokyny lékaře výrazně vyšší a tím lze i očekávat lepší výsledky naší terapie.

Pacienti, kteří jsou ke mně odesláni, patří zpravidla k těm těžším, komplikovanějším. Prošli obvykle dlouhodobější terapií různými topickými steroidy. Nejčastěji to u dětí bývají moderní preparáty, jako je Flixonasa, Nasonex, či Rhinocort. V podstatě přesně neznají názvy ani ony, ani jejich rodiče a obvykle reagují spíše na mnou podaný barevný popis lahvičky. Jedná se o preparáty víceméně podobného charakteru, vzhledu, s obdobnou aplikační formou a občasnými stesky na tu či onu vlastnost toho či onoho preparátu.

V posledním roce je k dispozici nový intranazální kortikosteroid Avamys, s novou účinnou látkou fluticason furoát, který, jak se zdá, vyhovuje většině dětských pacientů s AR. Jeho atypický boční pohodlný vypuzovací mechanismus se jim vysloveně líbí. Vlastní lék vychází z příjemně tvarovaného nosního nástavce a nebudí tak obavy z možného poranění ani u menších dětí, které podání zvládnou samy a s patřičnou hrdostí. Aplikace je vzhledem ke konzistenci a malému objemu dávky prostá negativních pocitů ve smyslu zatékání do krku či naopak

vytékání z nosu. Fluticason furoát je prostý vůní či chuťových vjemů, není k němu přidán alkohol, proto podání není spojeno s pocitem pálení v nose. Dětem se líbí okénko v boční stěně, které umožňuje kontrolu obsahu, a příjemně na ně působí i barevné zpracování preparátu. Rodiče zase ocení jiný, nový a moderní design.

Závěr

Alergická rýma patří k nejčastějším onemocněním moderní doby. Její diagnostika i terapie se v průběhu let neustále vyvíjí a zpěšňuje. Pokladem jsou mezinárodně vytvořené konsenzu a ARIA guidelines, které vycházejí z EBM. Všechna tato doporučení mohou být upravována dle možnosti jednotlivých územních lokalit. Léčba by měla být vždy stupňovitá podle závažnosti, délky trvání a frekvence obtíží pacienta. Zohlednit je vhodné preference pacienta. V potaz je třeba brát také přítomnost či nepřítomnost komorbidit. V této souvislosti je kladen důraz na teorii jednotných dýchacích cest, vztah alergické rýmy a astmatu a vzájemné ovlivnění stavu horních a dolních cest dýchacích. Dobře kontrolované astma a AR nám zajistí stabilizovaného pacienta, který může fungovat bez výraznějšího omezení, a také samozřejmě spokojené a zklidněné rodiče.

Literatura

1. Huabin Li, et al. Nasal Saline Irrigation Facilities. Control of Allergic Rhinitis by Topical Steroids in Children. *ORL* 2009; 71: 50–55.
2. Yun-Wu-Hang, et al. Efficacy of Nasal Irrigation in the Treatment of Acute Sinusitis in Children. *International Journal of Pediatric Otolaryngology* 2009; 73: 1696–1701.
3. Michel O. Nasenspülung bei Rhinosinusitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 2009.

4. Ural A, Kocak OT, Kizil Y, et al. Impact of isotonic and hypertonic saline solutions on mucociliary activity in various nasal pathologies: clinical study. *The Journal of Laryngology & Otolaryngology* 2009; 123(5): 517–521.
5. Šlapák I. Alergická rýma a způsob léčby. *Medicina pro promoci* 2009; 10(suppl. 4): 3–7.
6. Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA 2008). *Allergy* 2008; 63(suppl. 86).
7. Bousquet J, et al. Pharmacologic and anti IgE treatment of allergic rhinitis: ARIA update. *Allergy* 2006; 61: 1086–1096.
8. Greiner AN, Meltzer EO. Pharmacologic Rationale for Treating Allergic and Nonallergic Rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*, November 2006: 985–996.
9. Garawello W, Berardino F, Romagnoli M, et al. Gaini Nasal Rinsing with Hypertonic Solution, an Adjunctive Treatment for Pediatric Seasonal Rhinoconjunctivitis. *Arch Allergy Immunol* 2005; 137: 310–314.
10. Garawello W, Romagnoli M, Gaini MR. Hypertonic or Isotonic Saline for Allergic Rhinitis in Children. *Pediatric Allergy and Immunology* 2005; 16: 91–92.
11. Mahadevia PJ, et al. Patient Preferences for Sensory Attributes of Intranasal Corticosteroids and Willingness to Adhere to Prescribed Therapy for Allergic Rhinitis. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology* 2004; 93: 345–349.
12. Keojampa BA, et al. Otolaryngology, Effects of Buffered Saline Solution on Nasal Mucociliary Clearance and Nasal Airway Patency, Head and Neck Surgery, November 2004: 679–682.
13. Garawello W, Romagnoli M, Gaini MR. Hypersaline Nasal Irrigation in Children with Symptomatic Seasonal Allergic Rhinitis. *Pediatric Allergy Immunol* 2003; 14: 140–143.
14. Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000; 55: 116–134.

MUDr. Hana Fišerová

Ušní, nosní,
krční ambulance FIMED, s. r. o.,
poliklinika Barrandov
Kršková 807, Praha 5
orlfimed@seznam.cz

