

tialergickým účinkem (desloratadin, levocetirizin, rupatadin, bývá sem řazen i bilastin a fexofenadin), která mohou mít pozitivní vliv i na pocit nosní obstrukce a zároveň tlumí i další projevy alergie. Doporučuje se využití jen antihistaminik II. generace, která jsou bez výraznějšího sedativního a anticholinergního efektu (např. sucho v ústech). Většinou se dávkuje 1× denně, u batolat a malých dětí je výjimka u cetirizinu s dvěma nižšími dávkami za den (1).

Nazální kortikosteroidy (INS) jsou využívány pro svůj výrazný protizánětlivý efekt. Pozitivně ovlivňují veškeré projevy alergické rýmy včetně nosní obstrukce a dráždění očí. Důležité je zdůraznit, že plný účinek nastupuje až po 5–7 dnech pravidelné aplikace. Compliance pacienta a jeho rodičů, je tedy pro plný efekt klíčová. Výhodou je aplikace 1–2× denně a vysoká bezpečnost i u dětí daná minimálním vstřebáváním z nosní sliznice (1). Výhodné kombinace nosních kortikosteroidů s lokálními antihistaminiky s rychlým nástupem účinku jsou zatím schváleny pouze pro děti od 12 let (5).

U dětí se souběžným alergickým astmatem je s výhodou využití **antileukotrienů** i k potlačení projevu alergické rinitidy.

Inhibitory degranulace mastocytů (kromony) jsou používány lokálně k léčbě nosních a očních alergických projevů. Výhodné jsou pro nízkou toxicitu a minimum nežádoucích účinků. Lze je aplikovat u dětí starších 6 let, u mladších dle uvážení ošetřujícího lékaře (6).

K potlačení akutní obstrukce nosní dutiny či očních projevů je možno využít lokální **dekongestanty** (alfa-sympatomimetika), mnohdy v kombinaci s antihistaminikem. Jejich efekt je rychlý, je však potřeba mít na paměti riziko rebound fenoménu až rhinitis medicamentosa při dlouhodobém užívání (1). Délka užívání by neměla přesáhnout 10 dní. Není doporučeno jejich podávání dětem mladším 12 let pro nedostatek důkazů o bezpečnosti a efektivitě v nižší věkové skupině (7).

Mezi léky doporučené k léčbě alergické rýmy u dětí nepatří systémové kortikosteroidy včetně depotní formy, ani lokální přípravky obsahující anticholinergikum ipratropium bromid.

Dle iniciativy ARIA 2019 nejnovější algoritmus terapie alergické rinitidy vychází z doporu-

Tab. 1. Symptomatická terapie dle doporučení GRADE

Perorální a intranazální H1-antihistaminika jsou méně účinná než INS v léčbě všech symptomů rýmy, ale jsou dostatečně účinná u mnoha pacientů s mírnou či středně těžkou rýmou (mnoho pacientů preferuje perorální formu terapie)
U pacientů s těžkou rýmou jsou INS lékem první volby (dosažení plného efektu je očekávatelné za několik dní)
Kombinace orálního H1-antihistaminika a INS není účinnější než INS v monoterapii
Kombinace INS a intranazálního H1-antihistaminika v jednom aplikátoru je účinnější, je indikována u těžké alergické rinitidy při nedostatečném efektu INS a u pacientů požadujících rychlé odstranění symptomů
Veškeré uvedené léky jsou bezpečné v doporučených dávkách
Antihistaminika I. generace nemají být podávána (sedativní účinek), depotní a intramuskulární formy kortikosteroidů jsou v léčbě alergické rinitidy kontraindikovány

ručení GRADE – Grading od Recommendations Assessment, Development and Evaluation – s vyhodnocením dat z reálného života (3, 4).

Alergenová imunoterapie (AIT)

Ve zkratce se jedná o desenzibilizaci přesně definovanou dávkou příčinného alergenů ve formě nativních alergenů či alergoidů, tzn. navození imunotolerance. Je to t. č. jediná kauzální terapie alergických onemocnění.

Je indikována u pacientů se středně těžkou až těžkou rinitidou či rinokonjunktivitidou s klinickými projevy vázanými na expozici danému alergenů a pozitivním SPT či specifickými IgE. Dále může být indikována i jako prevence rozvoje alergického astmatu nebo při mírné alergické rýmě s vysokou expozicí alergenů (3).

Aplikuje se formou sublinguální či subkutánní, účinnost obou forem je srovnatelná (8). Obě formy AIT mají rovněž prokázaný pozitivní efekt na snížení rizika progresu alergického astma bronchiale (9, 10). Každá má své výhody a úskalí a je potřeba s nimi srozumitelně a pečlivě seznámit pacienta či jeho rodiče. Obecně je doporučena délka aplikace AIT 3 až 5 let.

Subkutánní forma je indikována u dětí od 5 let věku. Léčba se dělí na iniciační fázi, ve které je postupně zvyšována dávka alergenového extraktu a fázi udržovací, ve které je užívána konstantní (maximálně tolerovaná) dávka. Pro riziko častějšího výskytu závažnějších nežádoucích účinků této formy AIT (8) je po aplikaci je vždy nutná minimálně 30minutová observace ve zdravotnickém zařízení a v den aplikace je třeba dodržovat klidovější režim. Běžná je lokální reakce v místě aplikace (11).

Sublinguální alergenová imunoterapie (SLIT) je dostupná ve formě roztoku (aplikátor s pumpičkou) či rozpustných tablet. Výhodou této formy AIT je domácí aplikace po užití

iniciační dávky pod dohledem lékaře (opět s observací 30 minut), obecně je spojena s menším výskytem závažných nežádoucích účinků proti subkutánní formě (8). Pacienty je třeba předem upozornit na možnost lokálního dráždění v úvodní fázi SLIT – mohou se vyskytnout známky orálního alergického syndromu, dráždění v nose a očích. Tyto projevy nebývají závažné a po určité době aplikace vyhasínají. V případě sezónních alergenů je léčba hrazena zdravotními pojišťovnami většinou po dobu šesti měsíců v kalendářním roce, u celoročních alergenů se užívání během roku nepřerušuje. Tekuté formy SLIT je možno aplikovat dětem od 5 let věku, u tabletové SLIT se věková hranice zahájení léčby liší od konkrétního kauzálního alergenů a výrobce přípravku (12, 13).

V ČR je indikace, preskripce a aplikace AIT vázána na alergologická pracoviště, která jsou povinně personálně i materiálně vybavena ke zvládnutí nežádoucích reakce. Přesto je nezbytné, aby byli praktičtí lékaři edukováni v provedení AIT a byli schopni pacientovi či jeho rodičům poskytnout správné informace (3).

Závěr

V posledních dekádách stoupá počet dětských pacientů s projevy alergické rinokonjunktivitidy a tyto se objevují u stále mladších dětí. Souběžně se prodlužují čekací doby na vstupní vyšetření ve specializovaných alergologických ambulancích. Praktičtí lékaři jakožto lékaři prvního kontaktu v rámci diferenciální diagnostiky vyslovují podezření na alergický podklad obtíží a zahajují léčbu. Je tedy s výhodou, pokud dokáží pacienty motivovat nejen k patřičné farmakoterapii, ale edukovat je i stran základních režimových opatření a přiblížit jim další možnosti diagnostiky a specifické terapie, se kterými se následně setkají v ambulancích alergologů.