

Denise K. Sur, MD ■ Stephanie Scandale, MD

Az allergiás rhinitis kezelése

Kommentár: Dr. Krasznai Magdolna

Az allergiás rhinitis („szénanátha”) hatással van az életminőségre, a munkaképességre és egyéb betegségek – köztük az asztma – előfordulására. A kezelési terv életkor- és tünetfüggő. Igen fontos a betegnek nyújtott tanácsadás és oktatás. Az intranazális szteroidok a leghatásosabb gyógyszerek. A közepesen súlyos vagy súlyos formákban alkalmazható második vonalbeli kezeléshez antihisztaminok, nyálkahártya-duzzanatot csökkentő szerek, cromolyn, leukotriénreceptor-antagonisták és nem gyógyszeres kezelési módok állnak rendelkezésre. Immunterápia akkor mérlegelendő, ha a beteg elégtelenül reagál a szokásos kezelésekre. Nem támasztják alá bizonyítékok az atkabiztos huzatok és a levegőszűrő rendszerek preventív szerepét.

KULCSSZAVAK: ALLERGIÁS RHINITIS, ANTIHISZTAMINOK, DEKONGESZTÁNSOK, INTRANAZÁLIS KORTIKOSZTEROIDOK, KROMOLIN, SZÉNANÁTHA

Az allergiás rhinitis immunglobulin E által közvetített betegség, amely különféle beltéri és kültéri allergének (pl. poratka, rovarok, állatszőr, penészgombák, pollenek) hatására alakulhat ki. Tünetei: orrfolyás, az orrnyálkahártya megduzzadása, orrdugulás, viszketés.¹ Az optimális terápia elemei az allergén kiiktatása, a tünetek célzott kezelése, az immunterápia, bizonyos esetekben az asztma kivizsgálása.² a WHO részvételével született meg 2001-ben az allergiás rhinitis kezelésére vonatkozó útmutató (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma), mely szerint a betegség kezelésének részét képezi a betegoktatás, az allergén elkerülése, a gyógyszeres kezelés és az immunterápia.³ Ezek az ajánlások abban különböznek a korábbi útmutatóktól, hogy a szezonális, perenniális vagy foglalkozási expozíció típusa vagy gyakorisága helyett a tünetek sú-

lyosságán és a beteg életkorán alapulnak. Az 1. táblázat tünetek szerint tünteti fel a javasolt kezeléseket.

Gyógyszeres kezelés

Az allergiás rhinitis gyógyszeres eszköztárába tartoznak az intranazális kortikoszteroidok, a szájon át vagy helyileg alkalmazható antihisztaminok, a nyálkahártya duzzanatát csökkentő szerek, az intranazális cromolyn, az intranazálisan alkalmazható antikolinerg készítmények és a leukotriénreceptor-antagonisták.^{4,5} Az International Primary Care Respiratory Group, a British Society for Allergy and Clinical Immunology és az American Academy of Allergy Asthma and Immunology az enyhe vagy közepesen súlyos betegség első kezeléseként intranazális kortikoszteroid alkalmazását javasolja önmagában, a második vonalbeli terápiát pedig a közép-

súlyos és súlyos formák esetére ajánlja fenntartani.⁴⁻⁷ Immunterápia alkalmazását akkor érdemes megfontolni, ha a középsúlyos vagy súlyos allergiás rhinitis nem reagál megfelelően az orális vagy helyileg alkalmazott kezelésre.^{3,8} Az allergiás rhinitisben adható gyógyszereket a 2. táblázat foglalja össze.

Intranazális kortikoszteroidok

Az intranazális kortikoszteroidok képezik az allergiás rhinitis kezelésének alapját. E gyógyszercsoport a gyulladós sejtek beáramlásának csökkentésén és a citokinfelszabadulás gátlásán keresztül fejt ki hatását, enyhítve az orrnyálkahártya gyulladását.³ Az intranazális kortikoszteroidok az alkalmazás után 30 perccel kezdenek hatni, hatásuk csak órákkal-napokkal később éri el csúcát; a maximális hatás általában 2–4 hetes használat után bontakozik ki.⁹

Számos vizsgálat igazolta, hogy az allergiás rhinitis kezelésében a nazális kortikoszteroidok felülmúlják az orális és intranazális antihisztaminokat.^{4,5,10-12} Egy RCT-ben 88 felnőtt korú beteg életminőségét elemezték az antihisztamin hatású loratadin és a nazális kortikoszteroid fluticason négyhetes használatára kapcsán.¹³ a tüneti pontszámok nem sokban tértek el egymástól, de az életminőség tekintetében jobb pontszámokat regisztráltak a nazális kortikoszteroidot használó csoportban.

Bár nincs arra bizonyíték, hogy bármelyik intranazális kortikoszteroid felülmúlná a többi, a forgalomban lévő készítmények jelentős részét különböző életkori javallatokkal engedé-

Főbb gyakorlati ajánlások és evidenciaszintjük

Ajánlás	Szint	Hivatkozás
Az enyhe vagy középsúlyos allergiás rhinitis kezelését önmagában adott intranazális kortikoszteroiddal kell kezdeni	A	4, 5, 7
A második generációs antihisztaminok mellékhatásprofilja kedvezőbb, mint az első generációs szereké, pl. kevésbé fejtenek ki szedatív hatást (kivéve a cetirizint)	A	22
Az allergiás rhinitis első vagy második vonalbeli terápiájaként adott intranazális antihisztaminok alkalmazásának a gyakoribb mellékhatások és a nagyobb költségek mellett az szab gátat, hogy hatásuk elmarad az intranazális kortikoszteroidokétól	A	28, 29
Bár az intranazális kromolin az általános használat körében biztonságos, nem jön szóba elsőként választandó szerként allergiás rhinitisben, mivel vannak hatásosabb szerek, és adagolása kényelmetlen a betegek számára	C	1, 3
Az orrüreg sóoldatos öblítése kedvező hatású idült orrfolyás ellen, és önmagában vagy kiegészítő módszerként egyaránt alkalmazható	B	53
A poratka elterjedt környezeti allergén, de a vizsgálatok nem igazolták az atkák számára átjárhatatlan matrac- és párnahuzatok hasznosságát	A	54–56
Az allergiás rhinitis megelőzésére esetenként ajánlott, de nem dokumentált hatású módszerek közé tartozik a szoptatás, a szilárd ételek bevezetésének későbbi életkorra halasztása és a levegőszűrő rendszerek alkalmazása	B	57–61

A: kifogástalan minőségű betegközpontú vizsgálatok egybehangzó eredményei; B: nem kifogástalan minőségű vagy nem egybehangzó betegközpontú vizsgálatok eredményei; C: szakmai konszenzus, betegségek központú vizsgálatok eredményei, általános gyakorlat vagy esetsorozat

lyezte az amerikai gyógyszerhatóság. Az FDA csak a budesonidot sorolta B biztonságossági kategóriába a terhesség alatti alkalmazás szempontjából, és kizárólag a mometason van ellátva a National Arthritis Foundation által könnyen kezelhetőnek minősített beviteli rendszerrel.¹⁴

Az intranazális kortikoszteroidok leggyakoribb mellékhatásaként fejfájás, torokirritáció, orrvérzés, csípő vagy égő érzés, valamint az orrnyálkahártya kiszáradása fordulhat elő.^{3,15} Korábban aggodalmak merültek fel az intranazális kortikoszteroidok esetleges szisztémás mellékhatásaival kapcsolatban (pl. a hypothalamus–hypophysis tengely szuppresszióját illetően), a jelenleg forgalmazott szerek esetében nem igazolódtak ezek a félelmek.¹⁶ Kevés kutatás indult célzottan annak tisztázására, hogy az intranazális kortikoszteroidok miként befolyásolják a vázrendszer növekedését és a mellékvese működését. Egy RCT azt igazolta, hogy az egy éven át alkalmazott mometason

nem hat a gyermekek vázrendszerének fejlődésére.¹⁷ Egy jól tervezett prospektív vizsgálat szintén nem talált rendellenességet azoknak a gyermekeknek a növekedésében, akik legalább 3 éven át használtak nazális kortikoszteroidot.¹⁸ Egy 90 gyermek (életkor: 6–9 év) bevonásával lefolytatott RCT-ben ugyanakkor azt találták, hogy az egy éven át alkalmazott beclomethason lassítja a gyerme-

kek növekedését a placebóval szemben.¹⁹ Bár a nazális fluticasonról egy vizsgálatban kimutatták, hogy csökkenti az endogén kortizoltermelést, a növekedésre gyakorolt hatása még tisztázásra vár.²⁰ a bizonyítékok hiánya ellenére minden nazális kortikoszteroid-készítmény csomagolásán szerepel az a figyelmeztetés, hogy tartós használat esetén károsíthatják a gyermekek növekedését.

1. táblázat. Az allergiás rhinitis kezelése a tünetek alapján

Kezelés típusa	Szem-tünetek	Orr- és garat-táji viszketés	Tüsszögés	Orrfolyás
Intranazális kortikoszteroidok	✓	✓	✓	✓
Orális antihisztaminok	✓	✓	✓	✓
Intranazális antihisztaminok	–	✓	✓	✓
Dekongesztánsok	✓	–	–	✓
Intranazális kromolin	–	✓	✓	✓
Intranazális antikolinerg szerek	–	–	–	✓
Leukotriénreceptor-antagonisták	✓	–	–	✓
Sóoldatos orrüregöblítés	–	–	–	✓
Immunterápia	✓	–	✓	✓

Megjegyzés. Terápiás preferencia szerinti sorrendben

2. táblázat. Az allergiás rhinitis kezelésének lehetőségei (terápiás preferencia szerinti sorrendben)

Gyógyszer	Terhességi kategória	Alsó korhatár	Hatás mechanizmusa és jelentkezése	Mellékhatások
Intranazális kortikoszteroidok				
Beclomethason	B	Hat év	Gátolja a gyulladásozó sejtek beáramlását; a hatás 30 percen belül jelentkezik	Keserű íz a szájban, égő érzés, orrvérzés, fejfájás, orrnyálkahártya kiszáradása, felszívódás lehetősége, rhinitis medicamentosa, csípő érzés, torokirritáció
Budesonid, ciclesonid, flunisolid	C	Hat év		
Fluticason-furoát, mometason	C	Két év		
Fluticason-propionát, triamcinolon	C	12 év		
Orális antihisztaminok				
Cetirizin	B	Hat hónap	Gátolja a H ₁ receptorokat; a hatáskezdet 15–30 perc	Szájszárazság, a javasoltnál nagyobb adagok szedatív hatású
Desloratadin, fexofenadin	C	Hat hónap		
Levocetirizin	B	12 év		
Loratadin	B	Két év		
Intranazális antihisztaminok				
Azelastin	C	Öt év	Gátolja a H ₁ receptorokat; a hatáskezdet 15 perc	Keserű íz a szájban, orrvérzés, fejfájás, orrtáji irritáció, szedatív hatás
Olopatadin	C	Hat év		
Orális dekongesztánsok				
Pseudoefedrin	C	12	Vazokonstriktív; a hatáskezdet 15–30 perc	Szívritmuszavarok, szédülés, fejfájás, hypertonia, álmatlanság, idegesség, remegés, vizeletretenció
Intranazális kromolin				
Kromolin	B	Két év	Gátolja a hisztamin felszabadulását; a teljes hatás kibontakozása 2–4 hétig tarthat	Orrvérzés, orrtáji irritáció, tüszögés
Intranazális antikolinerg szerek				
Ipratropium	B	Hat év	Blokkolja az acetilkolin-receptorokat; a hatáskezdet 15 perc	Orrvérzés, fejfájás, orrnyálkahártya kiszáradása
Leukotriénreceptor-antagonisták				
Montelukast	B	Hat hónap	Blokkolja a leukotrién-receptorokat; a hatáskezdet 2 óra	ALT-, AST- és bilirubinszint megemelkedése

Orális antihisztaminok

A hisztamin a korai allergiás válaszreakció legalaposabban tanulmányozott mediátora. a simaizmok kontrakciója, a nyákképződés fokozása, az érőidegek stimulációja révén okoz allergiás tüneteket.²¹ Az első generációs antihisztaminok közé tartozik a bróm-feniramin, a klór-feniramin, a clemastin és a difenhidramin. Ezek

alkalmazása jelentős mellékhatásokkal jár: szedatív hatás, fáradtságérzés jelentkezhet, megváltozhat a beteg mentális állapota. Mindez arra vezethető vissza, hogy a régebbi antihisztaminok zsíroldékonyabbak, könnyebben áthatolnak a vér-agy gáton, mint a második generációs antihisztaminok. Az első generációs készítmények használata kapcsán az iskolai teljesítmény

hanyagolásáról, az autóvezető képesség romlásáról, az útközékes autóbalesetek és munkahelyi sérülések megszaporodásáról számoltak be.^{22–25} Bár egy 8–10 éves gyermekek (n=63) részvételével lefolytatott vizsgálat nem igazolta, hogy az első vagy második generációs antihisztaminok rövid ideig történő használata álmoságot okozna vagy rontaná az iskolai teljesítményt, ebben

a vizsgálatban mindössze 3 napig tartott a kezelés.²⁶

A második generációs antihisztaminok mellékhatásprofilja jobb, mint az első generációs hatóanyagoké, és kevésbé fejtenek ki szedatív hatást, kivéve a cetirizint.^{21,22} Szájon át szedhető második generációs antihisztamin a desloratadin, a levocetirizin, a fexofenadin és a loratadin. a második generációs készítmények kémiaiilag bonyolultabbak, kevésbé tudnak átjutni a vér-agy gáton, így központi idegrendszeri (pl. szedatív) hatásuk is gyengébb. a cetirizin erősebb hatású hisztamin-antagonista, mint az első generációs készítmények, de nem jellemző rá az enyhébb szedatív hatás. a szájon át adagolható második generációs antihisztaminok összességében stabilizálják vagy kontrollálják az orr- és szemtünetek némelyikét, de kevésbé hatnak az orrnyálkahártya duzzanatára.²¹

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy az első és második generációs antihisztaminok hatásosan enyhítik az allergiás rhinitis hisztamin által közvetített tüneteit (pl. tüsszögés, viszketés, orrfolyás, szemtünetek), az orrnyálkahártya duzzanatának mérséklésében azonban elmaradnak az intranazális kortikoszteroidoktól. Mivel hatásuk általában 15–30 percen belül jelentkezik, és 6 hónapnál idősebb gyermekeknek biztonságosan adhatók, a „szükség szerinti” kezelést igénylő, enyhébb esetekben hasznosak.²⁷

Intranazális antihisztaminok

Az intranazális antihisztaminok előnye a hatóanyagcsoport szájon át szedhető képviselőihez képest, hogy nagyobb koncentrációban juttathatók az érintett területre, és kevésbé kell számítani mellékhatások jelentkezésére.³ Az FDA által az allergiás rhinitis

kezelésére jelenleg engedélyezett két intranazális antihisztamin az azelastin (5 éves kortól adható) és az olopatadin (6 éves kortól adható). E szerek hatása 15 percen belül jelentkezik, és akár 4 órán keresztül is fennmarad. Mellékhatásaik közé tartozik a szájon jelentkező keserű íz, a fejfájás, az orrüregi irritáció, az orrvérzés és a szedatív hatás. Alkalmazásuk azokban az esetekben mérlegelendő, amikor a második generációs orális antihisztaminok nem hozzák meg a kívánt hatást, első és második vonalbeli alkalmazásuknak gátat szabnak a mellékhatások, valamint az intranazális kortikoszteroidokénál gyengébb terápiás hatás.^{28,29}

A nyálkahártya duzzanatát csökkentő szerek

A szájon át szedett és helyileg alkalmazott dekongesztánsok az adrenerg receptorokra hatva mérséklék az allergiás rhinitist kísérő nyálkahártyaduzzanatot: az orrnyálkahártya ereinek konstriktója nyomán csökken a gyulladás.³⁻⁵ Bár a gyógyszer csoport legszélesebb körben alkalmazott képviselői a fenilefrin, az oximetazon és a pseudoefedrin, az utóbbi szer esetében a túlzott használatból adódó veszélyek fényében kell mérlegelni a lehetséges előnyöket.

Az intranazális dekongesztánsok gyakori mellékhatása a tüsszögés és az orrnyálkahártya kiszáradása. a használat idejét általában nem ajánlatos 3–5 napnál hosszabbra nyújtani, mivel ilyenkor rhinitis medicamentosa, paradox vagy rekurrens nyálkahártyaduzzanat jelentkezhet.³ Az oximetazon 10 napos használata kapcsán nem tapasztaltak rebound tüneteket egy 35 fős vizsgálatban.³⁰ Az orális dekongesztánsok szedése fejfájást, vérnyomás-emelkedést, remegést, vizeletretenciót, szédülést, tachycardiát és álmatlanságot

okozhat, ezért szív- és érrendszeri kórképek, glaucoma vagy hyperthyreosis fennállásakor csak intranazális adagolás jöhet szóba szoros követés mellett.³⁻⁵ a jól beállított hypertoniában szenvedő betegek orális dekongesztánsokkal való kezelésére bátoríthat egy 25 fős placebo-kontrollos vizsgálat, melyben véletlen besorolásos, kereszttezett elrendezésben a pseudoefedrin csak minimális hatást gyakorolt a vérnyomásra.³¹

Intranazális kromolin

A vény nélkül is kapható intranazális kromolin a hízósejtek degranulációjának gátlásával fejt ki hatását.¹ Általánosságban biztonságosnak tekinthető, mégsem jön szóba az allergiás rhinitis elsőként választandó gyógyszerai között, mivel tüneti hatása elmarad az antihisztaminokétól és az intranazális kortikoszteroidokétól, napi 3-4-szeri adagolása pedig kényelmetlen a beteg számára.^{1,3}

Intranazális antikolinerg szerek

Az ipratropium csak nagyfokú orrfolyás esetében bizonyult hatásosnak a tünetek enyhítésében. Előnye, hogy nem jut át a vér-agy gáton, és nem szívódik fel a szisztémás keringésbe.¹ Mellékhatásai az orrnyálkahártya kiszáradása, az orrvérzés és a fejfájás. Kedvezőtlenül befolyásolhatja a betegek együttműködési készségét, hogy a készítményt napi két-három alkalommal kell használni.¹

Leukotriénreceptor-antagonisták

Bár a leukotrién LTD4 receptorát gátló montelukast az FDA által az allergiás rhinitis kezelésére engedélyezett szerek közé tartozik, hús, felnőttkori allergiás rhinitis kezelésével foglalkozó vizsgálat szisztematikus áttekintése alapján úgy tűnik, hogy csak jelentéktelen mértékben csökkenti az orrnyál-

1. ábra. Az allergiás rhinitis kezelésének algoritmus

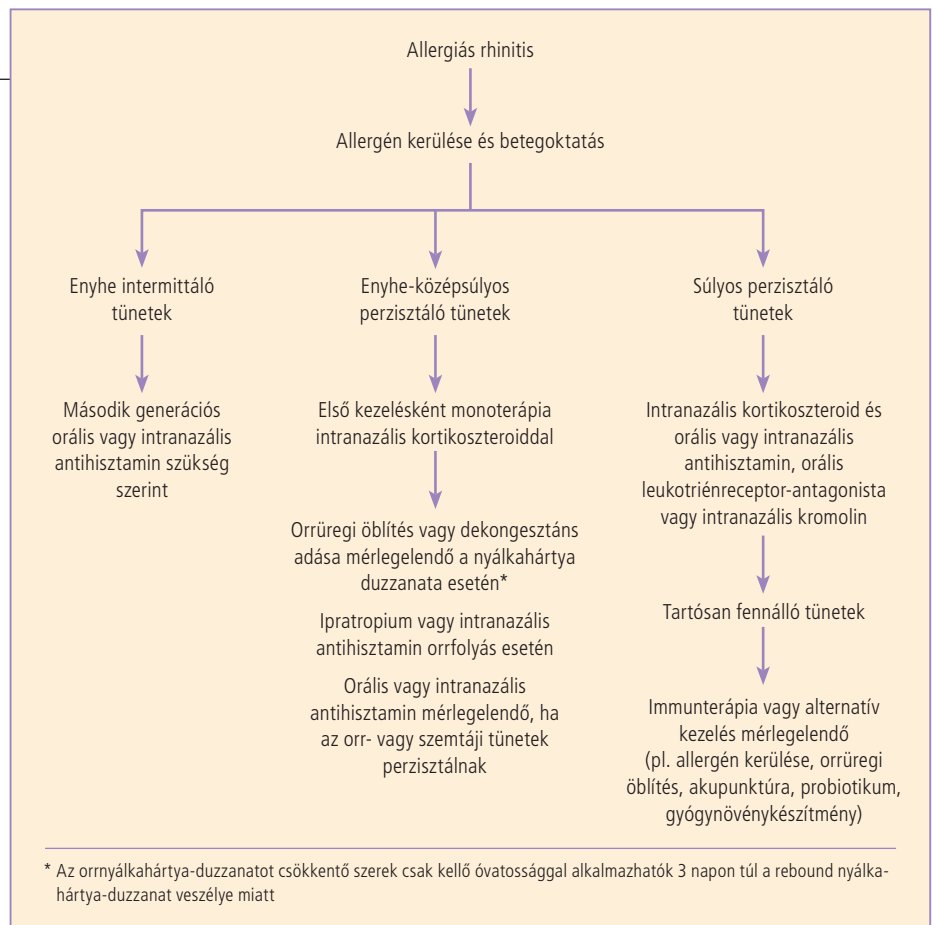
kahártya duzzanatát.³² Egy RCT-ben 58 felnőtt betegen hasonlították össze a 2 héten át alkalmazott montelukast és a pszeudoefedrin hatását, és nem észleltek különbséget a két szer hatása között.³³ Két nagy, független metaanalízis is azzal a következtetéssel zárult, hogy bár a montelukast felülmúlja a placebo, hatásosság tekintetében elmarad az intranazális kortikoszteroidok és az antihisztaminok mögött, ezért csak második vonalbeli terápiaként jöhet számításba.^{32,34}

Kombinációs kezelés

Sok kutatásban értékelték az antihisztaminokkal vagy leukotriénreceptor-antagonistákkal együtt adott intranazális kortikoszteroidok hatását, de legtöbbjük arra a következtetésre jutott, hogy a kombinációs terápia nem hatásosabb az intranazális kortikoszteroid monoterápiánál.^{11,35–37} a fluticason és az azelastin kombinációját vizsgáló egyik tanulmány szerint azonban közepesen súlyos vagy súlyos allergiás rhinitisben a két szertől jobb hatás várható, mint bármelyik gyógyszer önmagában történő alkalmazása esetén.³⁸ a kezelést egyféle szerrel kell indítani, de súlyos vagy tartósan fennálló tünetek esetén szóba jöhet ennek a kombinációnak az alkalmazása is.

Immunterápia

Az immunterápiát akkor kell megfontolni, ha a szokásos szerekkel nem sikerül enyhíteni a középsúlyos vagy súlyos allergiás rhinitis tartósan fennálló tüneteit.⁸ a célzott immunterápia az egyetlen



módszer, amely a fellángolások kivédése révén képes módosítani a betegség természetes lefolyását.³⁹ Alkalmazása során kis mennyiségű allergénkivonatot adnak sublingualisan vagy szubkután több éven át, a fenntartó kezelés általában 3–5 évig tart. Az immunterápia legnagyobb veszélye az anafilaxiás reakció jelentkezése. Bár több nagy vizsgálat is igazolta a sublingualis immunterápia létjogosultságát a felnőttek allergiás rhinitisének kezelésében, a gyermekek bevonásával folytatott vizsgálatok vegyes eredményekkel zárultak, és az FDA még nem engedélyezte a kereskedelmi forgalomban lévő készítmények sublingualis alkalmazását.^{8,40–42}

A rekombináns DNS technológia ugyancsak helyet kapott az immunterápiában, így allergénspecifikus vak-

cinákat fejlesztettek ki. Egy több központ részvételével lefolytatott RCT keretében 134 felnőtt résztvevő kapott rekombináns nyírfa pollen-vakcinát 12 egymást követő héten keresztül, majd havonkénti injekciókat 15 hónapig. a betegek rhinosinuszitisük statisztikailag szignifikáns tüneti javulásáról, gyógyszerigényük csökkenéséről és bőrérzékenységük mérséklődéséről számoltak be.⁴³

Az anti-IgE antitest omalizumab hatásosnak mutatkozott az allergiás rhinitist kísérő orrtünetek enyhítésében és az életminőségi pontszámok javításában.⁴⁴ Alkalmazásának jelenleg – az igen tetemes költségeken túl – leginkább az szab határt, hogy az FDA még nem engedélyezte az immunterápiát otthoni használatra.

Nem gyógyszeres kezelési lehetőségek

Akupunktúra

Bár az akupunktúra pontos hatásmechanizmusát nem ismerjük, hívei szerint az idegrendszer működésében szerepet játszó kémiai vegyületek (pl. béta-endorfinok, enkefalinok és szerotonin) felszabadulásának befolyásolásával fejt ki hatását, amelyek részt vesznek az allergiás rhinitis kialakulásáért felelős gyulladási folyamatokban is. Az akupunktúrának a gyermekkori és felnőttkori allergiás rhinitis kezelésében játszott szerepével foglalkozó RCT-k sem az alkalmazás mellett, sem ellene nem szolgáltak eleget bizonyítókkal.

Probiotikumok

Az eddig összegyűlt kevés adat alapján a probiotikumokat nem sorolhatjuk az allergiás rhinitis hatásos ellenszerei közé. A probiotikumokkal kapcsolatos vizsgálatok alapján nem vonható le egyértelmű következtetés; 12 RCT-n kívül egy olyan vizsgálat is tartozik ebbe a körbe, amelyben prenatálisan alkalmazták a probiotikumokat.

Gyógynövénykészítmények

Sokféle gyógynövénykivonatot vizsgáltak az allergiás rhinitis vonatkozásában, de ezek egyikének hatásosságát és biztonságosságát sem sikerült igazolni.⁵²

Egyéb módszerek

Az allergiás rhinitisben szenvedő betegeknek tanácsos kerülniük a dohányfüstös helyeket, esetenként a házi kedvencek tartását vagy az olyan allergénekkal való találkozást, amelyek bizonyítottan kiváltják a tüneteket. Idült orrfolyás esetén hasznos lehet az orrüreg öblítése önmagában vagy kiegészítő kezelésként.⁵³ Az

orröblítő kancsóval végzett irrigálás jobb, mint a sós permet alkalmazása; az öblítés kis nyomású spriccflaskával is végezhető.⁵³

Az allergiás rhinitisszel kapcsolatos kutatásokban nagy hangsúlyt kap a megelőzés kérdése, jóllehet kevés beavatkozás bizonyult sikeresnek. A környezetben elterjedten megtalálható poratkaallergének számának csökkentésére az atkamentes matrac- és párnahuzatok használatát nem találták hatásosnak.^{54–56} Eddig a szoptatás, a késői elválasztás és a levegőszűrő rendszerek hatásosságát sem sikerült dokumentálni.^{57–61} Az 1. ábra az allergiás rhinitis gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelésének algoritmusát szemlélteti.

Nyilatkozat: a szerzők nem jeleztek érdekütközést.

TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS • VOL 81 / NO 12 / JUNE 15, 2010 / AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Levelezési cím: dsur@mednet.ucla.edu

Irodalom:

- Nelson HS, Rachelefsky GS, Bernick J. The Allergy Report. Milwaukee, Wis.: American Academy of Allergy, Asthma & Immunology; 2000
- Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63(suppl 86):8–160
- 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–S334
- Price D, Bond C, Bouchard J, et al. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: management of allergic rhinitis. *Prim Care Respir J* 2006;15(1):58–70
- Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, et al.; British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2008;38(1):19–42
- Plaut M, Valentine MD. Clinical practice. Allergic rhinitis. *N Engl J Med* 2005;353(18):1934–1944
- Wallace DV, Dykewics MS, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter [published correction appears in *J Allergy Clin Immunol* 2008;122(6):1237]. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122(2 suppl):S1–S84
- Calderon MA, Alves B, Jacobson M, Hurwitz B, Sheikh A, Durham S. Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD001936
- Derendorf H, Meltzer EO. Molecular and clinical pharmacology of intranasal corticosteroids: clinical and therapeutic implications. *Allergy* 2008;63(10):1292–1300
- Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 1998;317(7173):1624–1629
- Ratner PH, van Bavel JH, Martin BG, et al. A comparison of the efficacy of fluticasone propionate aqueous nasal spray and loratadine, alone and in combination, for the treatment of seasonal allergic rhinitis. *J Fam Pract* 1998;47(2):118–125
- Yáñez A, Rodrigo GJ. Intranasal corticosteroids versus topical H1 receptor antagonists for the treatment of allergic rhinitis: a systematic review with meta-analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;89(5):479–484
- Kaszuba SM, Baroody FM, deTineo M, Haney L, Blair C, Naclerio RM. Superiority of an intranasal corticosteroid compared with an oral antihistamine in the as-needed treatment of seasonal allergic rhinitis. *Arch Intern Med* 2001;161(21):2581–2587
- Waddell AN, Patel SK, Toma AG, Maw AR. Intranasal steroid sprays in the treatment of rhinitis: is one better than another? *J Laryngol Otol* 2003;117(11):843–845
- Demoly P. Safety of intranasal corticosteroids in acute rhinosinusitis. *Am J Otolaryngol* 2008;29(6):403–413
- Lumry WR. A review of the preclinical and clinical data of newer intranasal steroids used in the treatment of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104(4 pt 1):S150–S158
- Schenkel EJ, Skoner DP, Bronsky EA, et al. Absence of growth retardation in children with perennial allergic rhinitis after one year of treatment with mometasone furoate aqueous nasal spray. *Pediatrics* 2000;105(2):E22
- Mansfield LE, Mendoza CP. Medium and long-term growth in children receiving intranasal beclomethasone dipropionate: a clinical experience. *South Med J* 2002;95(3):334–340
- Skoner DP, Rachelefsky GS, Meltzer EO, et al. Detection of growth suppression in children during treatment with intranasal beclomethasone dipropionate. *Pediatrics* 2000;105(2):E23
- Wilson AM, McFarlane LC, Lipworth BJ. Effects of repeated once daily dosing of three intranasal corticosteroids on basal and dynamic measures of hypothalamic-pituitary-adrenal-axis activity. *J Allergy Clin Immunol* 1998;101(4 pt 1):470–474
- Alexander S. The pharmacology & biochemistry of histamine receptors. August 1996. <http://www.nottingham.ac.uk/~mqzwww/histamine.html>. Accessed November 19, 2009

- 22.** Bender BG, Berning S, Dudden R, Milgrom H, Tran ZV. Sedation and performance impairment of diphenhydramine and second-generation antihistamines: a meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111(4):770–776
- 23.** Verster JC, Volkerts ER. Antihistamines and driving ability: evidence from on-the-road driving studies during normal traffic [published corrections appear in *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004;92(6):675, and *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;94(3):409–410]. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004;92(3):294–303
- 24.** Robb G, Sultana S, Ameratunga S, Jackson R. a systematic review of epidemiological studies investigating risk factors for work-related road traffic crashes and injuries. *Inj Prev* 2008;14(1):51–58
- 25.** Kay GG, Quig ME. Impact of sedating antihistamines on safety and productivity. *Allergy Asthma Proc* 2001;22(5):281–283
- 26.** Bender BG, McCormick DR, Milgrom H. Children's school performance is not impaired by short-term administration of diphenhydramine or loratadine. *J Pediatr* 2001;138(5):656–660
- 27.** Lipworth BJ, Jackson CM. Safety of inhaled and intranasal corticosteroids: lessons for the new millennium. *Drug Saf* 2000;23(1):11–33
- 28.** Corren J, Storms W, Bernstein J, Berger W, Nayak A, Sacks H; Azelastine Cetirizine Trial No. 1 (ACT 1) Study Group. Effectiveness of azelastine nasal spray compared with oral cetirizine in patients with seasonal allergic rhinitis. *Clin Ther* 2005;27(5):543–553
- 29.** Berger WE, White MV; Rhinitis Study Group. Efficacy of azelastine nasal spray in patients with an unsatisfactory response to loratadine. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;91(2):205–211
- 30.** Graf P, Enderdal J, Hallén H. Ten days' use of oxymetazoline nasal spray with or without benzalkonium chloride in patients with vasomotor rhinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125(10):1128–1132
- 31.** Coates ML, Rembold CM, Farr BM. Does pseudoephedrine increase blood pressure in patients with controlled hypertension? *J Fam Pract* 1995;40(1):22–26
- 32.** Grainger J, Drake-Lee A. Montelukast in allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol* 2006;31(5):360–367
- 33.** Mucha SM, deTineo M, Naclerio RM, Baroody FM. Comparison of montelukast and pseudoephedrine in the treatment of allergic rhinitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;132(2):164–172
- 34.** Wilson AM, O'Byrne PM, Parameswaran K. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med* 2004;116(5):338–344
- 35.** Juniper EF, Kline PA, Hargreave FE, Dolovich J. Comparison of beclomethasone dipropionate aqueous nasal spray, astemizole, and the combination in the prophylactic treatment of ragweed pollen-induced rhinoconjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol* 1989;83(3):627–633
- 36.** Barnes ML, Ward JH, Fardon TC, Lipworth BJ. Effects of levocetirizine as add-on therapy to fluticasone in seasonal allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy* 2006;36(5):676–684
- 37.** Di Lorenzo G, Pacor ML, Pellitteri ME, et al. Randomized placebocontrolled trial comparing fluticasone aqueous nasal spray in monotherapy, fluticasone plus cetirizine, fluticasone plus montelukast and cetirizine plus montelukast for seasonal allergic rhinitis [published correction appears in *Clin Exp Allergy*. 2004;34(8):1329]. *Clin Exp Allergy* 2004;34(2):259–267
- 38.** Ratner PH, Hampel F, Van Bavel J, et al. Combination therapy with azelastine hydrochloride nasal spray and fluticasone propionate nasal spray in the treatment of patients with seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008;100(1):74–81
- 39.** Durham SR, Yang WH, Pedersen MR, Johansen N, Rak S. Sublingual immunotherapy with once-daily grass allergen tablets: a randomized controlled trial in seasonal allergic rhinoconjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006;117(4):802–809
- 40.** Bousquet J, Khaltaev N. Global Surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases: a Comprehensive Approach. Geneva: World Health Organization; 2007
- 41.** Dahl R, Kapp A, Colombo G, et al. Efficacy and safety of sublingual immunotherapy with grass allergen tablets for seasonal allergic rhinoconjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol* 2006;118(2):434–440
- 42.** Compalati E, Penagos M, Tarantini F, Passalacqua G, Canonica GW. Specific immunotherapy for respiratory allergy: state of the art according to current meta-analyses. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009;102(1):22–28
- 43.** Pauli G, Larsen TH, Rak S, et al. Efficacy of recombinant birch pollen vaccine for the treatment of birch-allergic rhinoconjunctivitis [published correction appears in *J Allergy Clin Immunol* 2009;123(1):166]. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122(5):951–960
- 44.** Casale TB, Condemi J, LaForce C, et al.; Omalizumab Seasonal Allergic Rhinitis Trial Group. Effect of omalizumab on symptoms of seasonal allergic rhinitis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(23):2956–2967
- 45.** Red Book. Montvale, N.J.: Medical Economics Data; 2007
- 46.** Ng DK, Chow PY, Ming SP, et al. a double-blind, randomized, placebocontrolled trial of acupuncture for the treatment of childhood persistent allergic rhinitis. *Pediatrics* 2004;114(5):1242–1247
- 47.** Xue CC, English R, Zhang JJ, Da Costa C, Li CG. Effect of acupuncture in the treatment of seasonal allergic rhinitis: a randomized controlled clinical trial. *Am J Chin Med* 2002;30(1):1–11
- 48.** Brinkhaus B, Witt CM, Jena S, Liecker B, Wegscheider K, Willich SN. Acupuncture in patients with allergic rhinitis: a pragmatic randomized trial. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008;101(5):535–543
- 49.** Roberts J, Huissoon A, Dretzke J, Wang D, Hyde C. a systematic review of the clinical effectiveness of acupuncture for allergic rhinitis. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:13
- 50.** Kuitunen M, Kukkonen K, Juntunen-Backman K, et al. Probiotics prevent IgE-associated allergy until age 5 years in cesarean-delivered children but not in the total cohort. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123(2):335–341
- 51.** Vliagoftis H, Kouranos VD, Betsi GI, Falagas ME. Probiotics for the treatment of allergic rhinitis and asthma: systematic review of randomized controlled trials. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008;101(6):570–579
- 52.** Schapowal A; Petasites Study Group. Randomised controlled trial of butterbur and cetirizine for treating seasonal allergic rhinitis. *BMJ* 2002;324(7330):144–146
- 53.** Pynnonen MA, Mukerji SS, Kim HM, Adams ME, Terrell JE. Nasal saline for chronic sinonasal symptoms: a randomized controlled trial. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133(11):1115–1120
- 54.** Koopman LP, van Strien RT, Kerkhof M, et al.; Prevention and Incidence of Asthma and Mite Allergy (PIAMA) Study. Placebo-controlled trial of house dust mite-impermeable mattress covers: effect on symptoms in early childhood. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166(3):307–313
- 55.** Terreehorst I, Hak E, Oosting AJ, et al. Evaluation of impermeable covers for bedding in patients with allergic rhinitis. *N Engl J Med* 2003;349(3):237–246
- 56.** Sheikh A, Hurwitz B, Shehata Y. House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD001563
- 57.** Zutavern A, Brockow I, Schaff B, et al.; LISA Study Group. Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA. *Pediatrics* 2008;121(1):e44–e52
- 58.** Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121(1):183–191
- 59.** Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, et al.; Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomized trial. *BMJ* 2007;335(7624):815
- 60.** Kilburn S, Lasserson TJ, McKean M. Pet allergen control measures for allergic asthma in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD002989
- 61.** Wood RA, Johnson EF, Van Natta ML, Chen PH, Eggleston PA. a placebo-controlled trial of a HEPA air cleaner in the treatment of cat allergy. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158(1):115–120

Tisztelt Szerzőnk! Kérem, ellenőrizze a cikk tagolását, alcímeit és azt, hogy az ábrákra, táblázatokra való hivatkozás jó helyen van-e. Köszönettel: a szerk.

Kommentár

Az allergiás rhinitis kezelése

Az allergiás rhinitis (AR) gyakorisága világszerte rendkívül nagy. Egy közelmúltban végzett nyugat-európai felmérés szerint – éghajlati és földrajzi régióktól függően – a lakosság 17–29%-a, átlagosan 23%-a szenved AR-ben. Reprezentatív mintavétellel történt felmérések alapján Magyarországon is hasonló frekvenciával számolhatunk. A betegség incidenciája évről évre 2–3%-kal nő, különösen a gazdaságilag fejlett országokban.

Az allergiás rhinitis atópiás megbetegedés – gyakran egyéb betegségekkel, pl. asthma bronchialeval (AB), atópiás dermatitisszel, allergiás rhinconjunctivitisszel együtt fordul elő. Kialakulásának többlépcsős folyamatában környezeti és genetikai tényezők egyaránt részt vesznek. A környezeti tényezők többségét, nevezetesen a szezonális allergéneket, a betegség perenniális formájában pedig többek között a házi- poratkákat, állati tollakat és szőröket már ismertnek tekinthetjük.

Az AR az orr és az orrmelléküregek nyálkahártyájának és submucosájának allergénexpozíciót követő, sejtjes beszűrődéssel járó, IgE közvetítette allergiás gyulladása. Az orrnyálkahártyában kimutatható bizonyos sejtek és mediátorok felszaporodása, ez többnyire az eozinofil sejteket, a hízósejteket, az epiteliális sejteket és a T-limfocitákat érinti. Az AR kifejlődésének négy fázisát különböztetjük meg: (1) atópia; (2) szenzitizáció; (3) allergia; (4) krónikus nyálkahártya-gyulladás. A már korábban szenzitizálódott, allergiás hajlamú egyénnél allergén hatására pár perc alatt kialakulnak a hisztamin által közvetített azonnali tünetek – orrfolyás, tüsszögés, orrvizketés –, melyek szezo-

nális allergiás rhinitisben szemtünetekkel is kombinálódhatnak. Késői tünet az orrdugulás, mely sejtjes beszűrődés következtében jön létre (1. táblázat).

A panaszok jelentkezhetnek szezonálisan (intermittáló AR) vagy perenniális formában (perzisztáló AR). Az előbbi időszakosan megjelenő allergének, legtöbbször pollenek hatásá-



Dr. Krasznai Magdolna

Semmelweis Egyetem, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, Allergológiai és Rhinológiai Szakambulancia, Budapest

ra alakul ki (szénanátha), az utóbbit egész éven át ható allergének okozzák, pl. háziporátka, állati tollak, szőrök és egyes penészgombafélék. Az enyhe AR nem zavarja az egyént a napi tevékenységeiben és az éjszakai alvásban; közepesen súlyos/súlyos az AR, ha a napi tevékenységeket gátolja (2. táblázat).

Allergiás rhinitis és asztma

A felső és alsó légúti megbetegedések szoros összefüggése és egymásra hatása ismert tény. Az AB-s betegek több mint fele allergiás rhinitisben is szenved, míg az AR-ben szenvedők kb. 30%-ánál AB is megtalálható. Az asztma kialakulásának kockázata allergiás rhinitisben négy-öttszörös az egészségesekhez viszonyítva. Az AR-en belül a perzisztáló, illetve a középsúlyos/súlyos szezonális AR jelenti a komo-

lyabb kockázatot. Az AR optimális kezelése javítja a fennálló asztma tüneteit is. A 20. század végén az AR prevalenciájának ugrásszerű növekedése a világ számos országában megfigyelhető volt.

Terápiás ajánlások

A WHO kezdeményezésére 2001-ben született meg az allergiás rhinitis kezelésére vonatkozó ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma) dokumentum, amelynek nyomán a különböző országok vezető szakemberei elkészítették a saját, hazai állásfoglalásukat az AR kezelésére (1. ábra). Az állásfoglalást, konszenzusjelentést meghatározott időközönként frissítik, újabb aktuális gyógyszerekkel egészítik ki. Ezek az állásfoglalások igen hasznosak, sok tapasztalatot, kezelési rutint tartalmaznak, segítik a szakszerű és következetes terápia megvalósítását.

A cikkben kaliforniai szakorvosok számolnak be saját AR-es betegek gyógyszeres kezeléséről. A hazai gyakorlathoz hasonlóan az AR-re vonatkozó kezelési útmutatót, az ARIA dokumentumot használják, melynek részét képezi a betegoktatás, az allergénkerülés, a gyógyszeres és az immunterápia.

Hazánkban az AR diagnosztizálása és terápiája a fül-orr-gégész, pulmonológus, gyermekpulmonológus, allergológus szakorvosok feladatkörébe tartozik. A 2009-es hazai konszenzusjelentés¹ értelmében a típusos, enyhe allergiás rhinitis kezelését a családorvos kezdheti el, a súlyossági fokozatot is figyelembe vevő lépcsőzetes terápiás elv szerint (2. ábra). Ha egyidejű AB-re utaló tünet (3. táblázat) vagy egyéb alarmírozó tünet is észlelhető, a terápia megkezdéséhez szakorvosi vizsgálat és javaslat szükséges.

Az AR diagnosztizálása és kezelése általában egyszerű feladat, ennek

ellenére nem ritka a téves diagnózis a szakorvosi kivizsgálás elmaradása miatt. a kezelés döntően a helyes diagnózison alapul, mely elsősorban a perenniális rhinitisekben nélkülözhetetlen. Itt az alapvizsgálat (anamnézis, Prick-teszt, fül-orr-gégészeti vizsgálat) elengedhetetlen. Kiegészítő vizsgálatra akkor kerül sor, ha az alapvizsgálatok során a diagnózis nem állítható fel megnyugtatóan, ha a kezdeti terápia nem volt eredményes, illetve ha a tüneti kontroll nem megfelelő.

Az egyéb allergiás betegségekhez hasonlóan az AR sem gyógyítható meg véglegesen, de jól kezelhető. a prognózist több endogén és exogén tényező befolyásolhatja.

Gyógyszeres kezelés

A cikkben a szerzők az AR lépcsőzetes kezelési tervét mutatják be. Az ismertett gyógyszercsoportok javallata megegyezik a hazai gyakorlattal. Kiemelendő, hogy hazánkban elsősorban az újabb, második generációs orális antihisztamin készítményeket (desloratadin, fexofenadin, levocetirizin) alkalmazzuk, amelyek farmakokinetikai tulajdonságai kedvezőbbek, így jobban megközelítik az optimális antihisztamin tulajdonságait. Hatékonyan csökkentik intermittáló és perzisztáló AR-ben a tüszögést, orrfolyást, viszketést és az orrdugulást mind gyermek-, mind felnőttkorban, és mint szisztémás hatású szerek, a conjunctivitisre, köhögésre is jól hatnak. Az orális H_1 receptor antagonisták az AR valamennyi nazális tüneteire kevésbé hatnak, mint a nazális szteroidok. Asthma bronchialeban nincs lényeges hatásuk, de a rhinitisszel szövődött asztma szezonális tüneteit csökkentik. Orális antihisztaminok hatásosak lehetnek nem allergiás típusú rhinitisekben is, amikor nem a gátolt orrlégzés a vezető tünet.

1. táblázat. Validált kérdőív az allergiás és nem allergiás rhinitis elkülönítéséhez (www.globalfamilydoctor.com). Az első kérdéscsoportban a „nem” válaszok, a másodikban az „igen” válaszok jellemzők az AR-re

a. Tapasztalja-e Ön az alábbi tüneteket?

Féloldali orrpanaszok? Igen/nem
Sűrű, zöldes vagy sárgás színű orrváladék? Igen/nem
Hátsó garatfalon lecsorgó nyák vizes orrfolyás nélkül? Igen/nem
Arcfájdalom? Igen/nem
Ismétlődő orrvérzések? Igen/nem
Szaglászvesztés? Igen/nem

b. Tapasztalja-e Ön az alábbi tüneteket naponta legalább egy órában keresztül vagy a legtöbb napon egy adott szezonban, ha a panaszai szezonálisak?

Vizes orrváladékozás? Igen/nem
Tüszögés rohamokban? Igen/nem
Orrdugulás? Igen/nem
Orrviszketés? Igen/nem
Kötőhártya-gyulladás (vörös, viszkető szem)? Igen/nem

Az intranazális H_1 receptor antagonisták (azelastin, levocabastin) ugyanúgy mérséklék AR-ben az orrtüneteket, mint az orális antihisztaminok, de kevésbé, mint a nazális szteroidok. Szisztémás hatásuk nincs, mellékhatásuk elhanyagolható. Hatáskezdetük gyors, kb. 15 perc. Kedvező mellékhatásprofiljuk miatt gyermekek számára elsőként választandó szerek, ha a nazális tünetek dominálnak.

A kortikoszteroidok az allergiás gyulladást több ponton gátolják, így a jelenleg rendelkezésünkre álló szerek közül a leghatásosabbak AR-ben. Az intranazális kortikoszteroidok (INCS) az összes nazális tünet szempontjából felülmúlnak minden más gyógyszert. Bizonyítottan hatásosak

a szemtünetek kezelésében is. Klinikai hatásuk csak órák múlva kezdődik, a maximális terápiás szintet általában 2 hét alatt éri el. Elsőként választandó szerek a felnőttkori perzisztáló rhinitisek enyhe, közepes/súlyos esetében és a közepes/súlyos intermittáló rhinitisnek azokban a formáiban, ahol a gátolt orrlégzés a vezető tünet. Asztmás betegek kezelésekor az intranazális és az inhalációs szteroid dózisa összeadódik, ezt figyelembe kell vennünk. Tartós alkalmazáskor sem észlelünk nyálkahártya-atrófiát, de szárazság, pörkösödés, orrvérzés 5–10%-ban előfordulhat. Szisztémás szteroid alkalmazása kivételes esetekben és rövid ideig *per os* formában indokolt (7–21 nap, max. 1 mg/ttkg/nap prednizolonnal egyenértékű szteroid).

A dinátrium-kromoglikát (DNCG) és a nedocromil sodium helyileg ható gyulladáscsökkentő antiallergikum. Szisztémás mellékhatásuk nincs, ezért biztonságosan adhatók gyermekeknek és várandós nőknek enyhe AR-ben.

Az antikolinerg szerek (ipratropium-bromid; oxitropium-bromid) az orrnyálkahártya kolinerg receptorainak gátlása révén az orrváladékozást csökkentik, de más nazális tünetre nem hatnak. Használatuk olyan esetekben

2. táblázat. A rhinitis súlyossági fokozatai

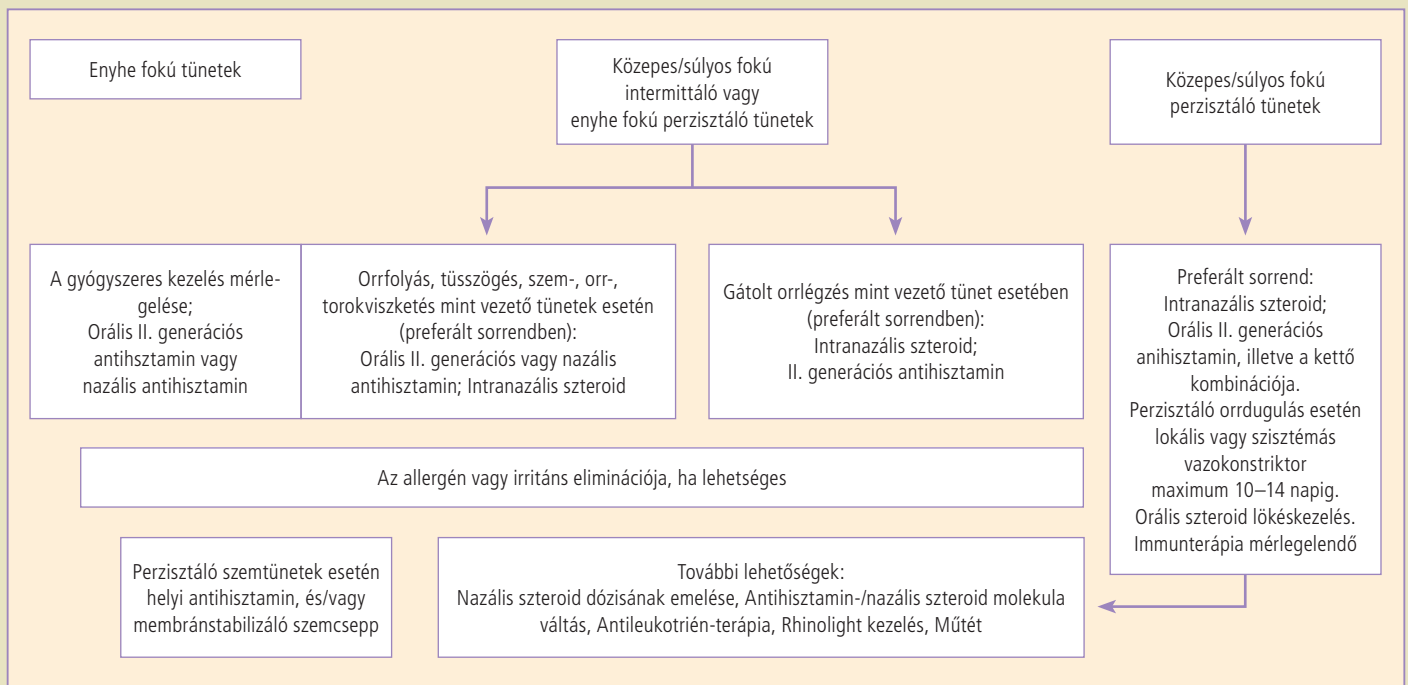
Enyhe rhinitis

Zavartalan alvás
Zavartalan napi aktivitás, sport, pihenés
Zavartalan munka/tanulás
A tünetek elviselhetők

Középsúlyos/súlyos rhinitis (legalább egy az alábbiak közül)

Zavarja az alvást
Negatívan hat a napi aktivitásra, sportra, pihenésre
Zavarja a munkát/tanulást
A tünetek nehezen elviselhetők

„T. Szerzőnk! Kérem, pótolja az ábrán az esetlegesen hiányzó nyilakat. Köszönettel: a szerk.”



indokolt, ha a vezető tünet a bőséges vizes orrfolyás, egyébként más tüneti szerekkel együtt alkalmazandók. a nem allergiás eredetű vizes orrfolyást is mérseklik. Hazánkban nincs intranazális készítmény törzskönyvezve.

A dekongesztáns szerek vazokonstriktor hatásuknál fogva a duzzadt orrnyálkahártyát leolvasztják, emiatt közepesen súlyos orrdugulással járó AR bevezető kezelésénél adjuváns szerként indikáltak. Különböző hatásmechanizmusú, hatékonyságú és farmakokinetikájú szerek tartoznak ide: efedrin, pseudoefedrin; fenilefrin; nafazolin, oximetazolin, tetrizolin; 10–14 napnál további alkalmazásuk rhinitis medicamentosa-hoz vezet, ezért tartós adagolásuk nem javasolható. Az orális antihisztamin és dekongesztáns szerek kombinációjával az a cél, hogy az orrnyálkahártya duzzanatát is javítsuk, ami orális antihisztamin monoterápiával legtöbbször nem sikerül.

A szelektív ciszteinil-leukotrién receptor antagonisták (LA: montelukast,

pranlukast, zafirlukast) és az 5-lipo-xigenáz-inhibitor zileuton tartoznak ebbe a gyógyszercsoportba. Alkalmassak AB, illetve AR és ASA-szindróma kiegészítő kezelésére. Hazánkban rinológiai indikációkban még nem törzskönyvezték őket.

Anti-IgE kezelés és specifikus immunterápia

Az IgE molekula központi patogenetikai szerepe alapján az IgE hatásának gátlásával komoly terápiás eredményt lehet elérni. Az IgE-gátló omalizumab dóziszfüggő módon csökkenti a szérumban IgE-koncentrációját, és ezzel párhuzamosan javulnak a klinikai paramé-

3. táblázat. Alsó légúti szűrőkérdések (az ARIA-4 asztmaszűrő kérdéssora)

- Volt-e valaha sípoló légzése (akár többször is)?
- Tapasztalt-e már zavaró köhögéseket, különösen éjjel?
- Fizikai terhelés után tapasztalt-e sípoló légzést vagy köhögött-e?
- Érez-e időnként mellkasi feszülést?

1. ábra. A rhinitis lépcsőzetes kezelésének algoritmus

terek is. Az IgE molekula komplexet képez ezzel a rekombináns, humanizált, monoklonális IgE ellenanyaggal, mely megakadályozza a hízósejtek, bazoofil granulociták degranulációját. Fő indikációja a közepesen súlyos vagy súlyos, akár szteroidrezisztens, bizonyítottan IgE által közvetített AB, de hatásosnak találták perzisztáló és intermittáló AR-ben is.

A specifikus immunterápia (SIT) az allergiás rhinitis egyetlen oki kezelése. Specifikus immuntolerancia indukálása révén módosítja az AR természetes lefolyását, főként ha a betegség korábbi stádiumában alkalmazzák. Emellett csökkenti az AB későbbi kialakulásának kockázatát, és az atópiás kórkép egészére kedvező hatású lehet. a SIT során nagy tisztaságú, specifikus allergént tartalmazó vakcinát adagolnak emelkedő dózisban, majd

2. ábra. Diagnosztikai és terápiás algoritmus házi orvosok számára: kompetenciajavaslat

megfelelő fenntartó adagban évekig alkalmazzák a betegség tüneteinek és súlyosságának mérséklésére. Legalább 3 évig tartó adagolás szükséges ahhoz, hogy a betegség hosszú ideig remisszióban maradjon.

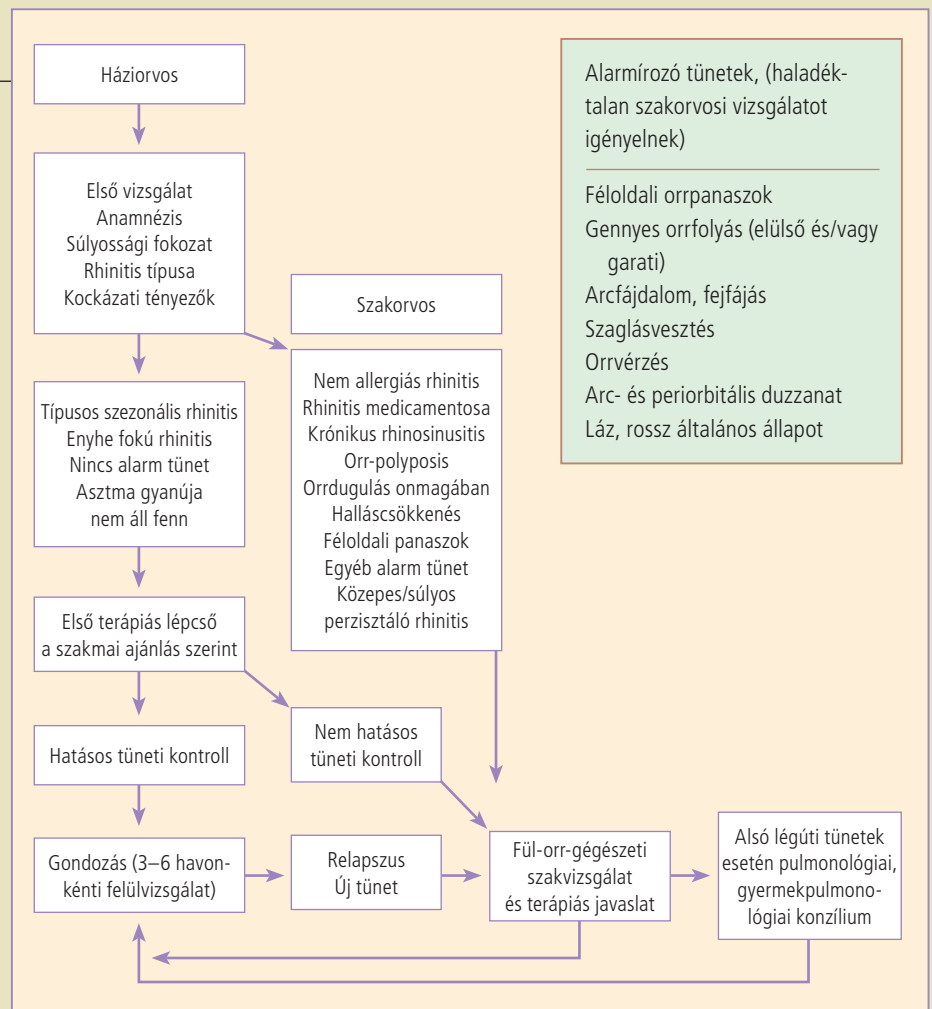
Az immunterápia főként a gyermekek és a fiatal felnőttek kezelésére való. a SIT hagyományos módja a szubkután alkalmazás, intézeti háttér mellett. Bizonyítottan hatásos háziporatká, fűpollen, macskaszőr, nyírfapollen, parlagnyír virágpóra, ürömpollen okozta AR-ben. Alternatív formái közül a sublingualis alkalmazás ugyanolyan hatásos, mint a hagyományos SIT, és a mellékhatások kisebb valószínűsége, a beteg jobb együttműködése, a kevesebb orvosi vizit miatt költségkímélőbb. a nazális SIT csak izolált AR esetén lehet eredményes.

Kiegészítő/alternatív kezelés, műtét

Orrmosás. Fiziológias sóoldattal vagy tengervízzel öblítve az orrüreget eltávolíthatjuk az allergéneket, szennyeződések, orrvadékok, benne a gyulladáshoz vezető mediátorokat, sejteket.

Fényterápia. Az ultraibolya fénynek kifejezett immunosuppresszív hatása van, és sikeresen alkalmazták már a bőr túlérzékenységi reakcióinak csökkentésére. a speciális összetételű Rhinolight fényt (ultraibolya-B: 5%, ultraibolya-A: 25%, látható fény: 70%), amely magyar találmány és világszabadalom, parlagnyír-allergiás, pollinosisos betegeknek, RCT-ben intranasálisan alkalmazva hatásosnak találták.*****Kérnénk szépen hivatalosítását.*****

Alternatív orvoslás. Az AR akupunktúrával, kapszaicinnal, homeopátiával és fitoterápiával történő ke-



zelésének eredményességéről nem állnak rendelkezésre RCT-k, így ezeknek a gyógymódoknak a terápiás hatása nem tekinthető tudományosan megalapozottnak.

Műtét. Az AR elsődleges kezelésében nem jön szóba.

Gondozás

A rhinitises beteg rendszeres ellenőrzésre, gondozásra szorul. Fontos szerepe van a megelőzésnek már a születéstől kezdve, főként ha a szülők atópiás megbetegedésben szenvednek. Az allergénkerülés és a környezeti kontroll szerepének is jelentősége van, igaz, nincsenek kontrollcsoportos vizsgálatok erre vonatkozóan.

Összegzés

A hazai és az amerikai kezelési protokoll lényegesen nem tér el egymástól. Az ARIA dokumentum és a hazai konszenzusjelentés szerint az AR kezelésének részei: betegoktatás, allergénkerülés, a gyógyszeres kezelés, immunterápia. Fontos a szakorvosi kivizsgálás, különösen a perzisztáló AR eseteiben és a kezelésre nem reagáló, diagnosztikai nehézségeket felvető esetekben. a típusos, enyhe AR gyógyszeres kezelését ajánlatos az alapellátásban minél korábban elindítani, a szakorvosi vizsgálat halasztható.

Irodalom:

1. Szakmai ajánlás/Protokoll: a rhinitis diagnosztikájához és kezeléséhez. 2009; www.makit.hu