

Co by měl farmaceut vědět o alergii a její léčbě – souhrn

Alergická onemocnění patří k nejčastějším chronickým chorobám v populaci. Vznikají na podkladě poruchy imunitního systému ve vyhodnocování exogenních antigenních impulzů, v jejímž důsledku se rozvíjí nepřiměřená obranná (alergická) reakce na podněty, které zdravý (nealergický, neatopický) organizmus toleruje. Alergické projevy mohou vzniknout kdykoli v průběhu života a velmi často se jejich manifestace s věkem mění (atopický pochod). Na průběh alergického onemocnění má vliv genetická dispozice, která je nutným předpokladem jeho vzniku, a později zejména expozice alergenům, které pacienta senzibilizují a po různých dlouhých dobách pak u senzibilizovaného jedince působí jako spouštěče reakce. Alergeny z prostředí vstupují do organismu různými cestami. Potíže způsobují nejčastěji alergeny inhalační (jejich zdrojem jsou pyly, plísňe, roztoči, domácí zvířata), alergeny potravinové, jež vedou v časném dětském období většinou k chronickým obtížím (ekzém, poruchy zažívací) a později k akutním alergickým příhodám, jejichž nejzávažnější formou může být až anafylaktický šok. Spektrum významných potravinových alergenů se během dozrávání imunitního systému zásadně mění: alergie na bílkoviny kravského mléka a vajec, která je nejčastěji zdrojem potíží v dětství, většinou do 6 let vyhasíná. V dospělosti se častěji setkáváme s alergickou reakcí na ryby a jiné mořské živočichy, ořechy, různá semena, ovoce, zeleninu, mák, med a další. Právě alergické reakce na potraviny (s výjimkou zkřížené reakce mezi potravinami a pyly, tzv. orálního alergického syndromu) jsou v dospělosti méně časté než v kojeneckém a batolecím věku. Pacienti stěžující si na potíže vyvolané potravinami trpí většinou nealergickou intolerancí různého typu. Řada potravin obsahuje histamin a může vyvolat u citlivého jedince potíže podobné právě alergii, některé potraviny mohou vyvolávat histaminoliberaci nebo naopak blokovat odbourávání histaminu. Nebezpečné alergické reakce může u senzibilizovaných jedinců vyvolat jed blanokřídlého hmyzu.

Alergická reakce postihuje především bariérové orgány (kůži, spojivku, sliznici dýchacích cest a zažívacího traktu). Reakce 1. typu (IgE mediovaná) probíhá ve dvou fázích. Fáze časná se rozvíjí velmi rychle po kontaktu s alergenem, a je způsobena uvolněním preformovaných a rychle se tvořících mediátorů, především histaminu. Pozdní fáze následuje po několika hodinách a má charakter zánětlivé infiltrace (především eozinofilními leukocyty) postižené tkáně.

Z mechanismu alergické reakce vyplývá, jaké léky užíváme k jejímu zvládnutí. Jsou to především léky blokující účinky histaminu ve tkáních a léky s protizánětlivým účinkem. Léčba může být jen symptomatická - krátkodobá nebo intermitentní, pokud je kontakt s vyvolávajícím alergenem jednorázový nebo občasný, ale vzhledem k tomu, že většinu alergologicky významných alergenů nelze z prostředí eliminovat (pyly, roztoče), probíhá většinou onemocnění chronicky (podle výskytu alergenů sezónně nebo celoročně) a je třeba vytvořit dlouhodobý léčebný plán, jehož součástí je pravidelné profylaktické podávání farmak. Důležité je, aby byl alergický pacient odborně vyšetřen alergologem, případně podle povahy onemocnění i dalšími specialisty a byl informován o rizicích vyplývajících z jeho přecitlivělosti. Správná léčba alergického pacienta má obsahovat několik složek: režimová opatření směřující k eliminaci vyvolávajícího alergenu, farmakoterapii (úlevovou ke zvládnutí akutních příznaků onemocnění a dlouhodobou preventivní) a v indikovaných případech také alergenovou imunoterapii. Pacienty s ohrožením šokovou reakcí vybavujeme pohotovostním balíčkem 1. pomoci, který má obsahovat antihistaminikum, perorální kortikosteroid, autoinjektor s noradrenalinem, případně i inhalační beta2-mimetikum.

K nejčastěji užívaným lékům v alergologii patří antihistaminika (systémová perorální nebo topická oční, nosní a kožní) a topické kortikosteroidy (intranazální, inhalační a kožní). V injekční formě užíváme obě uvedené skupiny léků spíše výjimečně.

Z antihistaminik preferujeme zásadně nesedativní H1-antihistaminika II. generace, u nichž není riziko vedlejších účinků (ztráta pozornosti). Pozor! Antihistaminika I. generace lze bez rizika podávat pouze pacientům v klidovém režimu. Někdy jsou podávána večer dětem s úporným svěděním ke zlepšení spánku. Antihistaminika potlačují především časnou fázi alergické reakce, tj. příznaky vyvolané histaminem (svědění kýchání, vodnatou hypersekreci, zarudnutí a přechodné prosáknutí tkáně). Na alergický zánět mají jen omezený vliv. Různé molekuly antihistaminik 2. generace se poněkud liší v ovlivnění mediátorů a buněk účastných v alergické reakci, ale základní působení na H1 receptorech je shodné a srovnatelné. Při výběru je možné řídit se preferencemi pacienta. Dávka je doporučena v SPC, rámcově platí, že u alergické rýmy je doporučena 1 tabl. denně, u kopřivky 2-4 tablety. (u dětí adekvátní dávky v roztoku). U alergické rýmy (rinokonjunktivitidy) postačuje samostatná léčba antihistaminikem pouze u lehčích forem. Pokud nevede k odstranění potíží, není doporučeno dávky antihistaminika zvyšovat, ale je vhodné terapii doplnit jiným lékem nebo změnit. Topická oční a nosní antihistaminika užíváme podle potřeby většinou k doplnění systémově užívané léčby. Jejich výhodou je především rychlý nástup účinku. Velmi účinná pro alergiky je nová fixní kombinace topického nosního antihistaminika a nosního steroidu (azelastin a flutikazon propionát), která slučuje výhody obou skupin léků a většinou postačuje jako monoterapie. U některých pacientů s alergickou rýmou s úpornou neprůchodností nosu se osvědčuje kombinace antihistaminika a pseudoefedrinu v tabletách – spíše krátkodobě v období před nástupem účinku INS. Velmi dobrý efekt na kongesci sliznice mají topická nosní dekonjestiva, která jsou však návyková a pacienty je třeba před jejich dlouhodobým užíváním důrazně varovat! Vzhledem k tomu, že přinášejí výraznou a rychlou úlevu a jsou volně prodejná, přicházejí často pacienti k vyšetření s rozvinutou léčebně těžko ovlivnitelnou medikamentózní rýmou.

Topické intranazální kortikosteroidy jsou nejúčinnější skupinou v potlačení alergického zánětu. V léčbě alergické rýmy jsou indikovány u všech pacientů, zejména při převažující neprůchodnosti nosu. Léčba INS není určena k rychlému odstranění obtíží, ale plného efektu je naopak dosaženo obvykle asi po týdnu soustavného užívání. Ačkoliv jsou některé INS volně prodejné, jejich indikace by měla vycházet z vyšetření pacienta a volný prodej by měl být omezen pouze na situace, kdy byla léčba dříve lékařem doporučena. Léčba je vždy dlouhodobá (po celé období kontaktu s alergenem, tj někdy i trvale). Pacient užívající dlouhodobě INS má být kontrolován otorinolaryngologem. Kombinace INS + IKS viz výše.

U pacientů s chronickou alergickou rýmou je třeba pamatovat na riziko rozvoje astmatu a doporučit odborné vyšetření. U pacientů s astmatem a/nebo s chronickou rýmou, kteří užívají dlouhodobě inhalační a intranazální kortikosteroidy je důležité podporovat adherenci k terapii, především odstranit kortikofobii. Výhodou nosních i inhalačních forem KS je minimální systémová dostupnost a bezpečnost v doporučovaných dávkách.

Pacientům s chronickým alergickým onemocněním opakovaně požadujícím volně prodejné léky určitého typu, je třeba doporučit vyšetření alergologem, které v mnoha případech vede také k zavedení alergenové imunoterapie. V současné době (pandemie, omezení návštěv ambulancí, SMS preskripce, sublingvální forma AIT podávaná mimo zdravotnické zařízení), je důležité, aby se farmaceuti orientovali i v nabídce užívaných alergenů a byli schopni alergickým pacientům poskytnout základní informace také v této oblasti.