

# ALERGICKÁ NÁDCHA

Martin Hrubíško

OKIA OUSA, Bratislava

Výskyt alergickej nádchy sa v priebehu 20. storočia zvýšil až 10 násobne na súčasných cca 25 % populácie vyspelých krajín. Nádcha síce neskracuje život, významne však zasahuje do kvality života postihnutého. V detstve a vo veku do 25 rokov je alergia v pozadí viac ako 90 % prípadov neinfekčnej nádchy, s pribúdajúcim vekom polovica prípadov chronickej nádchy pripadá na jej nealergickú formu. Poslaním tohto prehľadu je priblížiť neinfekčné formy nádchy s dôrazom na moderný manažment alergickej nádchy. Základná liečebná stratégia je pri alergickej aj nealergickej forme neinfekčnej nádchy rovnaká, ako farmaká prvej voľby sa uplatňujú topické nosové steroidy a moderné H1-antihistaminiká (podávané per os alebo lokálne do očí a/alebo nosa). Ak sa dokáže kauzálny alergén, je potrebné zvážiť alergénovú imunoterapiu. Najlepšie výsledky dosahujeme kombinovaným prístupom (farmakoterapia, imunoterapia, vyhýbanie sa spúšťačom a vyvolávačom).

**Kľúčové slová:** alergická nádcha, chronická nádcha, manažment.

**Kľúčové slová MeSH:** alergická nádcha, chronická nádcha, manažment.

## ALLERGIC RHINITIS

Incidence of allergic rhinitis increased during 20th century 10 fold to actual 25 % population of developed countries. Despite rhinitis does not shorten the life; it significantly influences the quality of life. Allergy is the main cause of non-infectious rhinitis from childhood and to the 25th year of age; with increasing age it is detectable only in 50 % cases of chronic rhinitis. The aim of this review article is focus on non-infectious forms of rhinitis with accent on modern management of allergic rhinitis. The basic strategy in both allergic and non-allergic rhinitis is similar; intranasal corticosteroids and modern H1-antihistamines (both oral and topical) are used as first line drugs. If the causal allergen is detected it is necessary to consider allergen immunotherapy. With combined approach best results are achieved (pharmacotherapy, immunotherapy, avoidance of starters and inducers).

**Key words:** allergic rhinitis, non-allergic rhinitis, management.

**Key words MeSH:** allergic rhinitis, non-allergic rhinitis, management.

Via pract., 2006, roč. 3 (3): 114–119

## Úvod

Ochorenie ako alergická nádcha sa môže pri pohľade na závažné kardiovaskulárne, onkologické a iné ochorenia javiť ako okrajový medicínsky problém. Nie je to však správny pohľad, a to z viacerých uhlov pohľadu. Za prvé, alergická nádcha patrí medzi poruchy zdravia, ktoré veľmi závažným spôsobom ovplyvňujú kvalitu života postihnutého, a teda aj jeho každodenné osobné a pracovné aktivity. Za druhé, toto ochorenie býva – najmä ak sa adekvátne nelieči – predstupňom postihnutia dolných dýchacích ciest (astma) a často sa komplikuje (sinusitída, syndróm zatekania, otitída, polypy). Za tretie – náklady na liečbu alergickej nádchy a jej komplikácií významným spôsobom zaťažujú zdravotnícky rozpočet všetkých vyspelých krajín sveta, nehovoriac o nákladoch spojených s pracovnou neschopnosťou.

Zdravé telo potrebuje zdravý nos: tomuto orgánu prináleží jedinečná funkcia pri zvlhčovaní, zohrievaní a čistení vdychovaného vzduchu, je orgánom čuchu a spolu s prínosovými dutinami je súčasťou rezonančných priestorov hlasu. Vzhľadom ku kontaktu sliznice nosa s vonkajším prostredím je nos aj významnou súčasťou imunitného systému. Preto je tak dôležité uchovanie či obnovenie optimálnej funkcie nosa, najmä jeho priechodnosti. Faktorom, ktorý ju zásadným spôsobom ovplyvňuje je prítomnosť zápalu. Pri zápale sa v nose tvorí hlien a dochádza k opuchu sliznice, ktorého základnou príčinou je kongescia spôsobená rozšírením nosových ciev a zníženým odtokom

z nich. Okrem infekčnej genézy je najčastejšou príčinou zápalu v nose alergická reakcia.

## Definícia a klasifikácia nádchy

Pojem **nádcha** (rinitída) zastrešuje širokú škálu nozologických jednotiek. Nezávisle na patofyziológii nádchu definujeme /8/ ako zápal sliznice nosa charakterizovaný minimálne jedným z nasledovných príznakov: **svrbenie, kýchanie, sekrécia, upchávanie**. Často sa pridružujú aj ďalšie prejavy ako sú **bolesti hlavy, strata čuchu a očné príznaky** (svrbenie, slzenie, opuch mihalníc).

Často sa každá chronická neinfekčná nádcha (ďalej ch.n.n.) považuje za alergickú nádchu, avšak takýto pohľad je zjednodušujúci a vedie k chybám v manažmente nádchy. Alergická nádcha (v MKCH kódy J30.1, J30.3) zahŕňa väčšinu prípadov ch.n.n. iba v detskom veku (do cca 25 rokov až 90 % prípadov), s pribúdajúcim vekom podiel alergie na patogenéze ch.n.n. klesá. V dospelosti tvorí alergická nádcha v priemere približne polovicu prípadov, cca 50 % ch.n.n. predstavuje nealergická neinfekčná chronická nádcha (v MKCH kód J30.0). Rôzne formy nádchy približujeme v tabuľke 1.

**Alergickú nádchu** možno definovať ako alergénmi indukované zápalové ochorenie horných dýchacích ciest s vysokou prevalenciou, charakterizované hyperreaktívnou sliznicou, chronickými symptómami (ako vo všeobecnej definícii rinitídy) a obdobia akútnych exacerbácií /3/. Podľa súčas-

Tabuľka 1. Klasifikácia nádchy (podľa Van Cauwenberge a spol. 2000)

<b>1. Alergická</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sezónna</li> <li>• celoročná</li> <li>• profesijná</li> </ul>
<b>2. Ostatné (neinfekčná, nealergická nádcha)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NARES (pozri v texte)</li> <li>• postinfekčná</li> <li>• idiopatická (hyperreaktívna, vazomotorická)</li> <li>• profesijná</li> <li>• aspirínová a iná lieková</li> <li>• navodená iritantami</li> <li>• pri abúze topických dekongestív (<i>rhinitis medicamentosa</i>)</li> <li>• hormonálne podmienená</li> <li>• emocionálna</li> <li>• atrofickej</li> </ul>
<b>3. Infekčná</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• akútna (väčšinou vírusová)</li> <li>• chronická               <ul style="list-style-type: none"> <li>– špecifická</li> <li>– nešpecifická</li> </ul> </li> </ul>

nej klasifikácie alergických ochorení /7/ za alergickú nádchu v užšom slova zmysle považujeme iba nádchu sprostredkovanú špecifickými IgE protilátkami vytvorenými proti konkrétnym alergénom, pričom k jej vzniku je potrebná špecifická kombinácia genetických predpokladov (zjednodušene: génov pre alergiu a génov pre nádchu) a vplyv prostredia vrátane alergénov.

Alergická nádcha (a.n.) sa tradične podľa prírodných alergénov a prevažujúceho výskytu delí

Tabuľka 2. „ARIA“ klasifikácia alergickej nádchy

<b>Intermitentná</b> symptómy < 4 dni za týždeň alebo < 4 týždne	<b>Perzistujúca</b> symptómy > 4 dni za týždeň a > 4 týždne
<b>Mierna</b> – normálny spánok – normálne denné aktivity – šport, zábava, odpočinok... – normálna činnosť v práci a v škole – žiadne výrazné obťažujúce symptómy	<b>Stredne ťažká až závažná</b> Jeden alebo viacej symptómov – narušený spánok – narušené denné aktivity šport, zábava, odpočinok... – problémy pri práci, v škole – obťažujúce symptómy

na **celoročnú** a **sezónnu**, v súčasnosti sa však uprednostňuje delenie na **intermitentnú** a **perzistujúcu** nádchu, ktoré lepšie pomáha pri zvažovaní terapeutickú stratégiu. Podľa ARIA koncepcie perzistujúcu považujeme každú a.n., ktorá sa prejavuje viac ako 4 dni v týždni a trvá dlhšie ako 4 týždne /2/. Perzistujúca aj intermitentná forma a.n. môže mať rôznu intenzitu prejavov, podľa toho ju delíme na miernu, neobťažujúcu a na ťažkú, obťažujúcu. Formy a.n. (vrátane intenzity) nie sú nemenné, prechod z jednej formy do druhej je kedykoľvek možný (tabuľka 2). Sezónnu nádchu si netreba zamieňať s intermitentnou, resp. celoročnú s perzistujúcou. Obe delenia nádchy sa vzájomne nevylučujú, skôr sa dopĺňajú. Pacient môže mať napríklad celoročnú nádchu intermitentnú alebo perzistujúcu, a takisto typická sezónna nádcha – polinóza – môže mať intermitentný alebo perzistujúci priebeh. Klinická prax však býva ešte komplikovanejšia, na patogenéze nádchy sa u konkrétneho pacienta môžu uplatňovať súčasne alergické aj nealergické prejavy, a tak pacient môže mať napríklad perzistujúcu alergickú nádchu s vazomotorickou zložkou.

### Patogenéza alergickej nádchy

Z pohľadu patofyziológie možno alergickú nádchu definovať ako zápal sliznice nosa, prínosových dutín a väčšinou aj očnej spojivky, sprostredkovaný aktivovanými **imunokompetentnými bunkami**, ich **mediátormi** a **adhezívnymi molekulami**, spôsobujúci vyššie uvedené symptómy počas väčšiny dní v dĺžke minimálne jedného týždňa /6/. Prejavy alergickej nádchy vznikajú následkom imunitnej reakcie sprostredkovej **špecifickými protilátkami IgE** namierenými voči konkrétnym environmentálnym antigénom. O tom, voči ktorým alergénom atopik vytvorí IgE protilátky, rozhodujú genetické predpoklady atopického jedinca.

Typickou črtou alergického zápalu sú aktivované a proliférujúce **T-lymfocyty** a **eozinofily**. Lymfocyty aktivované bunkami prezentujúcimi antigén sú najmä **Th2 typu** (prevažuje tvorba interleukínov 4 a 5 nad interferónom- $\gamma$ ), čo má za následok tvorbu IgE protilátok namiesto IgG. Hlavným uvoľneným

mediátorom alergickej reakcie je histamín, na patogenéze symptómov sa však podieľajú aj leukotriény, prostaglandíny, kiníny a iné. Uvedené mediátory zodpovedajú aj za infiltráciu sliznice ďalšími bunkami, čo vedie k perzistencii zápalu. Eozinofília sa u rinitika neobmedzuje iba na horné dýchacie cesty, ale postihuje aj sliznicu priedušiek, preto tvorí alergická nádcha predastmatický stav.

### Diagnóza

Diagnóza alergickej nádchy sa opiera o podrobnú **anamnézu**, **fyzikálne vyšetrenie** (predná rinoskopia, nepriama zadná rinoskopia, rigidná a/alebo flexibilná rinoendoskopia) a **kožné alergénové testy** (alebo vyšetrenie špecifického IgE v sére). Za **alergickú nádchu považujeme iba takú nádchu, pri ktorej sa ako príčina stavu dokáže IgE-sprostredkovaná reakcia**. Rutinnou sadou inhalačných alergénov môžeme diagnostikovať až 99 % prípadov. Ak sú kožné testy/vyšetrenie špecifického IgE negatívne, treba ochorenie klasifikovať ako chronickú neinfekčnú **nealergickú nádchu**.

Pri chronickej nádche treba zväžiť prítomnosť sinusitídy a nosových polypov, pričom výpovednejšie ako rutinná **rtg snímka** prínosových dutín (PND) je **CT-vyšetrenie** PND. Preceňuje sa význam kultivačného vyšetrenia nosového sekrétu; nález napr. *Staphylococcus aureus* sám o sebe nie je dôvodom na antibiotickú liečbu, a nie je ani kontraindikáciou podania kortikosteroidov do nosa. Mikroflóru z oblasti prínosových dutín možno posúdiť iba z výplachu. **Rinomanometria** pomáha zhodnotiť priechodnosť nosovej dutiny.

### Diferenciálna diagnóza

Prejavy chronickej nádchy vyvolávajú aj **anatomické anomálie**, benígne a maligne **tumory**, **cudzie teleso**, prípadne **špecifická infekcia** (TBC v oblasti nosohltana je vzácna, ale možná). Pri torpidnom priebehu myslíme na nádchu aj ako možný prejav **systémového ochorenia**: cystická fibróza, Wegenerova granulomatóza, Sjögrenov syndróm, systémový lupus, Churg-Straussovej syndróm, polyarteriitís nodosa, relabujúca polychon-

dritída, fibrotizujúca alveolitída, sarkoidóza a iné. Nádcha tu nebýva dominujúcim prejavom, v niektorých prípadoch však môže ísť o prvý prejav choroby. Vzácné sa možno stretnúť aj s **poruchou pohyblivosti riasiniek**.

### Perzistujúca alergická nádcha

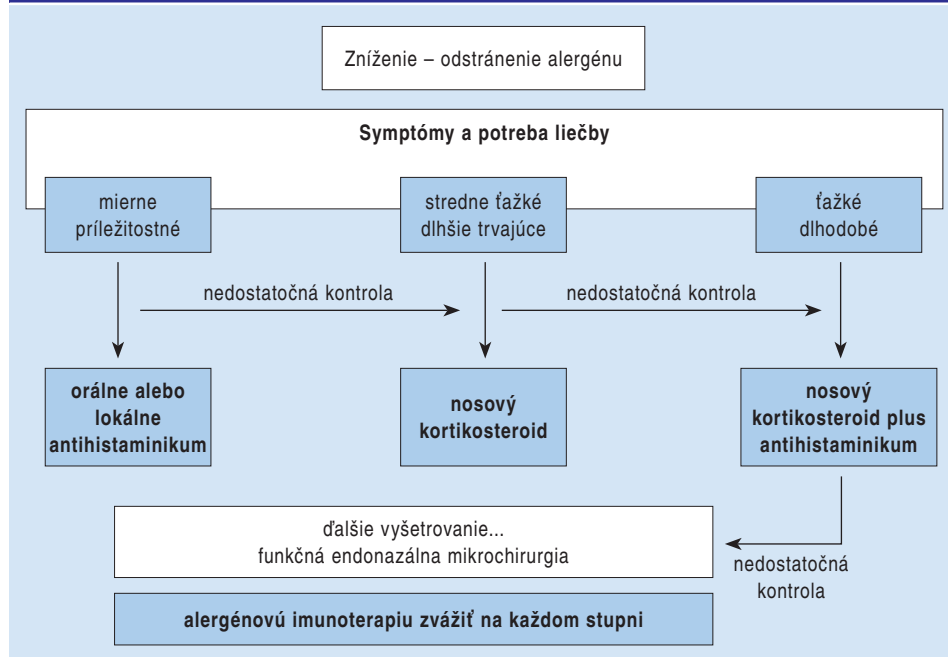
Perzistujúcu alergickú nádchu spôsobuje väčšinou precitlivosť na alergény **roztocov** a/alebo **epitélie zvierat**, menej často na alergény **hmyzu**, **húb**, **peľu**. Tzv. „celoročné“ alergény však môžu spôsobovať aj intermitentnú formu alergickej nádchy. Perzistujúca alergická nádcha sa vyskytuje v každom veku, oproti polinóze je však vekový priemer pacientov vyšší a v prejavoch zvyčajne viac dominuje obturácia, strata čuchu a zatekanie hlienov. Prejavy sa vyskytujú najmä ráno pri vstávaní z postele, cez deň sa obvykle zmiernia, aby sa znova zhoršili po návrate domov, v prípade precitlivenosti na roztocov najmä pri líhaní do postele. 30 – 40 % rinitikov má aj klinické prejavy astmy, výskyt bronchiálnej hyperreaktivity dokázateľný metacholínovou provokáciou je však podstatne vyšší /2/.

### Polinóza

Výrazom polinóza označujeme alergické ochorenie dýchacích ciest zapríčinené peľom. Väčšina polinotikov trpí sezónnou nádchou, ale prejavy môžu byť aj viac-menej celoročné, záleží to najmä od spektra senzibilizujúcich alergénov a od koincidencie prípadnej vazomotorickej nádchy; prejavy môžu byť intermitentné alebo perzistujúce. U približne tretiny polinotikov sa ochorenie prejavuje aj astmou (tiež prevažne sezónnou). V menšine prípadov je astma dominujúcim prejavom. U 80 – 90 % sezónnych astmatikov zistíme aj alergickú nádchu, samotná astma bez rinitídy sa u polinotikov vyskytuje vzácne. Najviac sa polinóza vyskytuje medzi 15. až 40. rokom života. V podmienkach Strednej Európy je najčastejšou príčinou peľ **lipnicovitých** rastlín (trávy, obilniny), **brezovitých** drevín a **astrovitých** bylín, precitlivosť na alergény húb („plesne“) je menej častou príčinou /5/.

Polinóza sa typicky prejavuje kýchaním, vodovou sekréciou, kongesciou sliznice, svrbením očnej spojivky, slzením, opuchom mihalnic, prípadne aj bolesťou za očami. Časté sú dráždivé pocity v hrdle, Eustachovej trubici, ušiach, trachei a dráždivý kašeľ. Asi tretina polinotikov trpí na **orálny alergický syndróm** (OAS), ktorý vzniká následkom skríženej reaktivity špecifických IgE protilátok s antigénmi v potravinách. OAS charakterizuje svrbenie/pálenie pier a sliznice úst vznikajúce po konzumácii určitých druhov ovocia a/alebo zeleniny, niekedy opuch rôznej intenzity, vzácne aj generalizovaná reakcia až s obrazom anafylaxie. Keďže väčšina postihnutých

Tabuľka 3. Algoritmus liečby alergickej nádchy (podľa Cauwenberge a spol. 2000, upravené)



reaguje iba na termolabilné zložky alergénov, OAS je častejší po zjedení surových potravín. Na vyvolanie príznakov stačí obyčajná manipulácia s potravinou (šúpanie, strúhanie). Typickými vyvolávačmi OAS sú jadrové/kôstkové ovocie a orechy/oriešky.

### Chronická nealergická nádcha

Chronická nealergická nádcha nie je jednotnou skupinou. Radíme sem každú neinfekčnú nádchu, pri ktorej nezistíme IgE-sprostredkovanú precitlivosť – v dospelosti ide až o 50 % prípadov chronickej nádchy /1/. Prejavy sú veľmi podobné alergickej nádche, sklon k obturácii a/alebo rinorei je však výraznejší, naopak očné prejavy môžu chýbať. Okrem negatívnych alergénových testov nám pri diagnóze pomáha negatívna osobná aj rodinná alergická anamnéza alergie.

Patomechanizmy nealergickej nádchy sú neznáme, predpokladá sa neurohumorálna dysbalancia a zápalová reakcia non-IgE typu provokovaná rôznymi vyvolávačmi a spúšťačmi. Ak zistíme konkrétnu dráždivú látku, ide o iritantom-indukovanú hyperreaktívnu nádchu, v ostatných prípadoch hovoríme o idiopatickej hyperreaktívnej forme nádchy. Výrazom **hyperreaktívna** sa zdôrazňuje nešpecifická hyperreaktívna: nosová sliznica reaguje kongesciou na fyzikálne a chemické faktory (zmeny teploty a vlhkosti vzduchu, cigaretový dym, oxid siričitý, výfukové plyny, pary formaldehydu, zlúčeniny niklu a chrómu, farmaká...) /4/. V prípade, že dominuje vodová sekrécia a obturácia, hovoríme o **vazomotorickej nádche**.

Poddiagnostikovanou príčinou chronickej nealergickej nádchy je **intolerancia acetylsalicylovej kyseliny (ASA)**. Aspirínová nádcha je pritom rovnako častá ako aspirínová astma. Zvykne sa vyskyto-

vať spolu s chronickou sínusitídou, nosovými polypmi a priešuškou astmou (Samterov syndróm). Príčinou je porucha metabolizmu kyseliny arachidónovej. Diagnózu overíme pomocou provokačného testu. Pojem **rhinitis medicamentosa** sa rezervuje pre nádchu, ktorá vzniká následkom nadužívania topických dekongestív. Príčinou je desenzitizácia a deexpresia alfa-receptorov na cievach nosovej sliznice. Takáto forma nádchy môže vzniknúť v alergickom aj nealergickom teréne. Z **endokrinných** príčin ide najčastejšie o hypotyreózu, menej často o akromegáliu. Aj tehotenská vazomotorická nádcha patrí do tejto skupiny (predpokladá sa progesterónom indukovaná relaxácia hladkej svaloviny ciev).

### Profesijná nádcha (PN)

Na profesijnú príčinu nádchy sa zabúda, ostáva často nediagnostikovaná. V pozadí PN môže byť alergická aj nealergická (iritačná, toxická) genéza. Medzi najčastejšie príčinné alergény patria rôzne druhy múky (až 40 % prípadov), textilné vlákna a kožušiny (prírodné aj syntetické), seno, slama, krmné zmesi a živočíšne alergény (epitácie, perie, roztoče, huby, hmyz). Uplatňujú sa však aj iné druhy potravín, latex, hmyz, drevo, formaldehyd, izokyanáty. Paleta profesijných alergénov je veľmi pestrá.

### Farmakologická liečba

Pre liečbu rinítidy/rinokonjunktivitídy máme k dispozícii antihistaminiká (perorálne, topické), kortikosteroidy (topické, perorálne), kromoglykany (iba topické) a ostatné stabilizátory membrán buniek (kyselina N-acetyl-aspartyl glutámová, lodoxamid – iba topické) a dekongestíva ( $\alpha$ -mimetiká: lokálne, perorálne). Rozhodovací algoritmus liečby alergickej nádchy približujeme v tabuľke 3.

**H<sub>1</sub>-antihistaminiká** sú indikované pri každej forme alergickej nádchy. Používať by sa mali iba moderné nesedatívne prípravky, ktoré majú rýchlejší nástup účinku a špecifickú, silnejšiu a dlhotrvajúcu väzbu k H<sub>1</sub>-receptorom umožňujúcu dávkovanie iba 1 x denne. Moderné antihistaminiká (cetirizín a levocetirizín, fexofenadín, loratadín a desloratadín) sú kardiologicky bezpečné a majú aj antialergické/protizápalové účinky. Najúčinnnejšia je dlhodobá profylaktická aplikácia antihistaminík, podávanie iba pri prejavoch ochorenia je menej účinné. **Lokálne antihistaminiká aplikované** do očí a/nosa rýchlejšie ovplyvnia symptómy, možno ich použiť aj preventívne pred záťažou, resp. podľa potreby pri ťažkostiach, ich dávkovanie je flexibilnejšie.

Zápalovú reakciu v nose najúčinnnejšie potláčajú **topické intranazálne kortikosteroidy (INCS)**: beklometazón, budesonid, flutikazón, mometazón, triamcinolón. Účinok kortikosteroidov je komplexný, pri alergickej reakcii sa významne uplatňuje supresívne pôsobenie na bunky prezentujúce antigén, T-lymfocyty, žirné bunky a eozinofily. Keďže biologická dostupnosť najnovších INCS je < 0,5 % (flutikazón, mometazón), systémového účinku sa po aplikácii týchto INCS netreba obávať. Obavy zo zvýšeného výskytu infekcií sa po aplikácii INCS v praxi nepotvrdili.

INCS sú potrebné najmä pri výraznej obturácii nosa spôsobenej opuchom sliznice. Preferujeme ich pred dlhodobou aplikáciou **dekongestív**, ktoré sa pri sklone k obturácii zvyknú nadužívať. Steroid zasahuje priamo do patogenézy zápalu, zatiaľ čo  $\alpha$ -adrenergikum pôsobí iba symptomaticky. Pri topickej aplikácii dekongestíva dlhšie ako týždeň sa znižuje citlivosť a expresia cievnych  $\alpha$ -receptorov, čo vedie k potrebe stále častejšej aplikácie farmaka a vzniká rhinitis medicamentosa. Topické dekongestíva sa vyhradujú iba pre prípady zvlášť obťažujúcej obturácie nosa a tam kde treba zlepšiť drenáž dutín; používať by sa mali iba obmedzený čas a najlepšie spolu s INCS, ktoré môžu znížiť desenzitizáciu  $\alpha$ -receptorov. Pri perorálnej aplikácii dekongestív nie je tento problém tak výrazný, treba však myslieť na kontraindikácie celkového podávania  $\alpha$ -mimetík (glaukóm, hypertrofia prostaty, závažnejšia hypertenzia, ICHS, hypertyreóza).

**Kromoglykany** sa vzhľadom k nižšej účinnosti v súčasnosti už nepoužívajú ako farmaká 1. voľby, a to ani v pediatrickej indikácii. To isté platí aj pre ostatné stabilizátory membrán žírnych buniek. Pri chronickej nádche sa uplatnia aj **pomocné farmaká**: osvedčil sa nosový olej s obsahom rastlinných sílic a vitamínov A a E, minerálna voda Vincentka (je k dispozícii v sprejovej forme) a roztoky morskej vody (s mechanickým rozprašovačom alebo s hnacím plynom). Tieto prípravky pomáhajú predchádzať rhinitis medicamentosa a ich použitie odporúča-

me aj pred aplikáciou topických antihistaminík a INCS – očistením sliznice napomôžu ich účinnosti.

### Alergénová imunoterapia (AIT)

AIT je jedinou kauzálnou liečbou zasahujúcou do prirodzeného vývoja ochorenia. Jej použitie treba zväžiť všade tam, kde sa dokázal **kauzálny alergén**. AIT nenahrádza farmakoterapiu, avšak väčšinou postupne vedie k jej redukcii. Najväčšia „sila“ AIT je v prevencii: bráni vzniku nových senzibilizácií a predchádza ďalšiemu rozvoju alergického ochorenia, najmä progresii rinitídy do astmy [2]. Skoré začatie liečby prináša lepšie klinické výsledky, potrebné je minimálne 3 – 5 ročné podávanie.

### Chirurgická liečba

Nové poznatky o význame priechodnosti anatomických vývodov prínosových dutín (PND) vo fyziológii a patofyziológii chorôb nosa a PND – spolu so zavedením svetlovodných zväčšovacích optík – viedli k vytvoreniu novej diagnostickej a liečebnej metódy – rinoendoskopie a **funkčnej endonazálnej chirurgie nosa a PND** (FESS – *functional endoscopic endonasal sinus surgery*). V súčasnosti používané metódy spĺňajú kritéria minimálne invazívnej chirurgie a pomáhajú navodiť fyziologické pomery v oblas-

ti nosa a PND tam, kde to nie je možné pomocou farmakoterapie. Je preto dôležité, aby všetky prípady nádchy rezistentnej na farmakoterapiu posúdil otorinolaryngológ ovládajúci techniku FESS.

### Záver

Alergická aj nealergická nádcha patria medzi civilizačné ochorenia. Ide o veľmi obťažujúce ochorenie významne zasahujúce do kvality života pacienta. Ročné náklady na liečbu nádchy vo vyspelých krajinách sveta zaujímajú popredné miesta v tabuľke zdravotníckych rozpočtov na liečbu chorôb. Navyše sa priebeh nádchy, najmä ak nie je optimálne liečená, môže komplikovať vznikom chronickej sinusitídy,

nosových polyppov, syndrómom zatekania a v neposlednom rade prieduškovou astmou. Preto si diagnostika, diferenciálna diagnostika a liečba nádchy právom zaslужujú našu adekvátnu pozornosť. Nezastupiteľné miesto v diagnostike a manažmente alergickej nádchy prináleží lekárom prvého kontaktu. Vo väčšine prípadov chronickej nádchy je potrebná úzka medziodborová spolupráca – okrem alergológa a otorinolaryngológa často aj s internistom, endokrinológom, prípadne s inými odborníkmi.

**MUDr. Martin Hrubisko, PhD.**  
OKIA OUSA  
Heydukova 10, 813 69 Bratislava  
e-mail: mahrubis@ousa.sk

### Literatúra

1. Bachert C. Persistent rhinitis – allergic or nonallergic? *Allergy* 2004; 59 (Suppl 76): 11–15.
2. 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: S147–S334.
3. Dykewicz MS, Fineman S. Diagnosis and management of rhinitis: parameter documents of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. Executive Summary of the Joint Task Force on Practice Parameters on Diagnosis and Management of Rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; 81 (Suppl): 463–68.
4. Garay R. Mechanisms of vasomotor rhinitis. *Allergy* 2004; 59 (Suppl 76): 4–10.
5. Hrubisko M. Polinóza – aktuálny problém aj v XXI. storočí. Časť III: poradie a skřížené reaktivity alergénnych druhov stromov, tráv a bylín podľa ich klinického významu. *Klin Imunol Alergol* 1998, 8, 2, 9–17.
6. Hrubisko M, Barta T, Lukán N. Chronická nádcha I. časť: Alergická nádcha. *Interná medicína* 2003, 6, 358–363.
7. Johansson SGO. The Revisited Allergy Nomenclature. A Sharp Tool That Must Not Be Blunted. *Allergy Clin Immunol Int – J World Allergy Org* 2005; 17 (4): 128–130.
8. Van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, et al. Position paper. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000, 55, 116–134.

Užiť si každý deň

#### Skrátená informácia o lieku:

**Xyzal®**: por. tbl. fim. 7x5 mg, 14x5 mg, 28x5 mg, 50x5 mg. **Zloženie**: levocetirizín dihydrochloridum 5 mg. **Indikácie**: symptomatická liečba alergickej nádchy (vrátane trvalej alergickej nádchy) a chronickej idiopatickej urtikárie. **Kontraindikácie**: v anamnéze precitlivosť na levocetirizín alebo akúkoľvek súčasť prípravku alebo na ktorýkoľvek piperazínový derivát. Užívanie tohoto lieku sa neodporúča pacientom so vzácnou sa vyskytujúcou dedičnou intole-

ranciou galaktózy, Lappovou deficienciou laktázy alebo malabsorpciou glukózy - galaktózy. **Nežiaduce účinky**: vzácné bolesti hlavy, ospalosť, sucho v ústach, únava, zažívacie ťažkosti. **Dávkovanie**: dospelí a deti nad 6 rokov: 5 mg v jednej dennej dávke. **Upozornenie**: u starších ľudí so zníženou činnosťou obličiek sa odporúča upraviť dennú dávku. Výdaj prípravku je viazaný na lekársky predpis. Prípravok je hradený čiastočne z prostriedkov ZP. **Dátum poslednej revízie SPC**: 8/2005.

Podrobnejšie údaje nájdete v príbalovej informácii alebo sú k dispozícii na adrese zastúpenia:  
**UCB s. r. o.**, organizačná zložka,  
Smetanova 9, 811 03 Bratislava,  
tel.: 00421 – 2 – 5443 4174,  
fax: 00421 – 2 – 5441 7996,  
e-mail: info.bratislava@ucb-group.com



**Xyzal®**  
LEVOCETIRIZINE 5mg

Pre život bez alergickej nádchy\*

\*Indikácie viď Skrátená informácia o lieku