

Az allergiás nátha kezelése a való világban

Dr. Rónai Zoltán, Arany Kehely Egészségcentrum, Pécs

Történeti előzmények

A XIX. század elején egy angol orvos, *John Bostock* (1773–1846) éveken át ismétlődően, június közepe táján könnyezéstől, tüszögéstől, mellkasi feszüléstől és nehézlégzéstől szenvedett. Tünetei alapján 1819-ben elsőként ő írta le az intermittáló asztmával társuló allergiás rhinitisnek megfelelő kórképet¹. Mivel az „allergia” kifejezést *Clemence von Pirquet* (1874–1929) majd csak 1906-ban alkotja meg két görög szó, az allos (eltérő) és az ergos (munka) szavak összeolvasztásával², *John Bostock* a betegségét még csak szénaláznak – „hay fever”-nek, illetve latinul „catarrhus aestivus”-nak – nevezhette, utalva ezzel arra, hogy tünetei a széna (angolul: hay) begyűjtésével egyidőben léptek fel.

Az orvostörténeti források szerint már jóval *Bostock* és *Pirquet* előtt is leírtak olyan kórállapotokat, melyek allergiás náthának felelhetnek meg. Ilyen volt az ókori Kínában feljegyzett őszi orrfolyás, aminek kezelésére az *Ephedra sinica* törzsét használták. Jóval később, a XIX. század végén *Nagayasi* ebből vonta ki az efedrint. Az ókori Rómában az idősebbik *Plinius* (23–79) önmagán végzett megfigyelései alapján felismerte, hogy a virágporok légúti panaszokat okozhatnak. Ő az efedrát vörösborral keverte, és a kombinációt „anabis” névvel illette. A késő reneszánsz idején *Leonardo Botallo* (1530–1571) – anatómiai munkássága (lásd: ductus arteriosus Botalli) mellett – leírta a rózsabokor közelében fellépő tüszögést és orrfolyást is (coryza a rosarum odore), és ezek kezelésére kámfort használt.

Epidemiológia

John Bostock 1819-ben, a Londoni Királyi Orvos Társaság előtt tett beszámolójával egyidőben az új kórkép (catarrhus aestivus) kapcsán végzett epidemiológiai felmérése eredményét is ismertette: egész Angliában mindössze 25 beteget talált. Az 1893–97 között megjelent Pallas Nagy Lexikona szerint: „a catarrhus aestivus Európában aránylag ritka bántalom, különösen Angolországban és Amerikában honos”.

A korabeli helyzet ismeretében nézzük, mi a helyzet ma. Ma Magyarországon az allergiás nátha vonatkozásában minden negyedik ember – legalább enyhén – személyesen is érintett. A kórkép előfordulási gyakorisága rohamosan nő, és a WHO prognózisa szerint 2025-re minden második (!) ember allergiás náthás lesz³. A megbetegedés fiataloknál gyakoribb, és a betegek közel fele közepesen súlyos vagy súlyos tünettől szenved. Az allergiás nátha jellemzően alulkezelt betegség, jelentőségét és veszélyeit gyakran nem ismerik fel vagy bagatellizálják.

Az allergiás nátha prevalenciája Magyarországon az 1980-as 1–2%-ról 2004-re 20% fölé emelkedett, azaz legalább a tízszeresére nőtt. Az Országos Korányi Tbc- és Pulmonológiai Intézet adatai szerint a nyilvántartott betegszám az 1995-ös 40 ezerről 2009-re 320 ezer fölé emelkedett. A számok önmagukban is ijesztőek, de ha számba vesszük az allergiás nátha hatásait, akkor még inkább azok.

Az allergiás náthás betegek fele fáradékony, háromnegyedik rosszul alszik, mindebből következik a napi aktivitásuk csökkenése, a tanulási és egyéb kognitív funkcióik korlátozott volta. Az allergiás náthás betegek 90%-ánál romlik a munka hatékonysága, a tanulók 93%-ánál az iskolai teljesítmény. Gondoljunk csak meg: a fűpollen-szezon csúcса május végén (vizsgaidőszak), a parlagfű-szezoné pedig augusztus végén (pótvizsgák) és szeptember elején (új tanév kezdete) van. Egy kombinált fűpollen–parlagfűpollen allergia esetén a kezelés hatékonysága meghatározhatja az érintett tanuló jövőjét.

A súlyos allergiás rhinitis nagyobb mértékben rontja az életminőséget, mint a mérsékelt súlyos asztma⁴.

Etiológia, kórmechanizmus

Mitől vagyunk allergiásak? Epidemiológiai vizsgálatokkal már korábban is kimutatták, hogy mindenkinek kb. 10% esélye van allergiára még akkor is, ha nincs allergiás a felmenői között. Ha az egyik szülő allergiás, akkor ez az esély az utódoknál 20% lesz, ha mindkét szülő

allergiás, akkor 50% körüli, ha pedig mindkét szülőnél ugyanaz az allergiás kórkép áll fenn, akkor az utódoknál való ismétlődés esélye közel 80%.

Korábban azt gondolták, hogy a genetika és a biotechnológia fejlődésével lehetővé válhat az allergiás betegségekért felelős ún. atópia-gén kijavítása. Azonban már a humán genom feltérképezése előtt is igazolták, hogy az allergiás kórmechanizmus különböző lépéseit más-más kromoszómákon – pl. az 5., 6., 11., 12., 14. kromoszómán – elhelyezkedő több gén-szakasz kódolja, így az egy ponton történő beavatkozás nem lehet eredményes. A kép a humán genom teljes feltérképezése után vált teljessé.

A genetikai hajlam mellett a környezeti hatások is alapvetően fontosak az allergiás megbetegedés manifesztálódásához. A dízel-korom részecskék a pollenszemcsék felszínére tapadva felerősítik azok allergiakeltő hatását, egyes étel-színezékek és -adalékok, valamint a dohányfüst egyes komponensei pedig ismert allergiakeltők. Külön téma e tárgykörben a korai életkorban ható infekciók szerepe (a higiénés hipotézis és annak revíziója, valamint az ún. farm-vizsgálatok), azonban ezek részletes tárgyalását jelen írás terjedelmi korlátai nem teszik lehetővé.

Miként jönnek létre az allergiás nátha tünetei? A szabad idegvégződés irritációja okozza az orrvizketést és a tüszögést, a váladéktermelés fokozódása az orrfolyást, az értágulat és a vértelt erek az orrdugulás akut szakaszát, míg az érfal permeabilitásának fokozódása ödémához és az orrdugulás krónikussá válásához vezet.

Az allergiás nátha leggyakoribb kiváltó okai a pollenszemcsék, melyek időben meghatározott és többé-kevésbé – az utóbbi években inkább kevésbé – szabályos rend szerint jelennek meg a levegőben, és az orrnyálkahártyára jutva allergiás reakciót indítanak el. Tél végén elsőként a mogyoró-pollen jelenik meg, majd ezt követi a kőris, az éger és a nyír pollenje. Április végén, május elején jelenik meg a fűpollen, majd a gyomok időszaka következik, melynek főszereplője a nyár végi, ősz eleji időszak legagresszívabb gyomnövénye, a parlagfű.

Némi évszakos allergén-szint ingadozás mellett egész éven át okozhatnak allergiás panaszokat a háziporatkák és a gombaspórák, a

macskaszőr pedig macskatartástól függetlenül is – a ruházatra tapadva – eljuthat bárhová.

Kezelés

A kezeléshez sok éve nyújtanak segítséget különböző szakmai útmutatók. Ezek közül legismertebb az ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), ami először 2001-ben jelent meg. Az ARIA 2001-es változatát 2008-ban átirták⁵, majd 2010-ben ezt is revízióknak vetették alá.

Az allergiás nátha esetén a klinikai kép az orrtünetek (viszketés, tüszögés, vizes orrfolyás, orrdugulás), a szemtünetek (viszketés, könnyezés, szem körüli duzzanat), az egyéb allergiás tünetek (torokviszketés, fülviszketés, asztma) és az általános tünetek (fejfájás, étvágytalanság, koncentráció-hiány) kombinációjából áll össze.

A klasszikus terápiás lépcső alapját az allergének és az irritánsok kerülése adná, azonban ennek megvalósítása a mindennapi életben szinte lehetetlen. Egyrészt a betegek többsége nem csak egyetlen allergénre érzékeny, másrészt pedig – most már évtizedes gyakorlati tapasztalatok alapján – kijelenthető, hogy pl. a parlagfű-pollen vagy a háziporatka-allergén akár csak átmeneti kiiktatása is lehetetlen (a helyzet tárgyalása külön közlemény témája lehetne). Az előbbi állításokat *Custovic* és *Wijk* sokat idézett, 2005-ben közölt vizsgálati eredményei is alátámasztják, melyek szerint a háziporatka-allergia és az állatiszór-allergia esetén végzett ún. környezeti kontroll intézkedések csupán kismértékben – egyes eljárásoknál semmilyen mértékben sem – csökkentik az allergén-szintet, az allergén-szint csökkenésének pedig semmilyen kimutatható klinikai hatása nincsen⁷.

A 2001-ben először, majd 2008-ban második alkalommal kiadott ARIA-t 2010-ben több ponton revízióknak vetették alá.

Az allergiás nátha való világa

A való élet vizsgálatokhoz kapcsolódva nézzük meg, milyen az allergiás náthás betegek való helyzete ma Magyarországon.

Az allergiás beteg recept nélkül is hozzájut antihisztaminokhoz és dekongesztánsokhoz, illetve számos egyéb készítményhez (pl. tengeri vizes orrspray, homeopátiás szerek, stb.). Amíg a tünetei nem kifejezetten rontják az életminőségét (nincs alvást zavaró orrdugulása, nincsenek autózézetést ellehetetlenítő vagy

Előzetes (ön)kezelés	(a) vezető tünet orrfolyás	(b) a vezető tünet orrdugulás
(1) dekongesztáns	dekongesztáns: STOP + intranazális szteroid	dekongesztáns még 3 napig + intranazális szteroid + betegoktatás
(2) antihisztamin	antihisztamin tovább + intranazális szteroid	antihisztamin: STOP dekongesztáns még 3 napig + intranazális szteroid + betegoktatás
(3) kezeletlen	+ intranazális szteroid	dekongesztáns még 3 napig + intranazális szteroid + betegoktatás

1. táblázat:
Az allergiás rhinitis lehetséges kezelése Magyarországon 2011-ben

– különösen hölgyeknél – inkontinenciával járó tüszögési rohamai, illetve intermittáló asztmája, addig nemigen fordul orvoshoz. A szakorvosi ellátásra pedig rendszerint amúgy is csak több hetes várakozás után kap időpontot. Mindebből következik, hogy az allergiás náthás betegek jelentős része a rendelkezésére álló eszközökkel önkezelést végez, és amikor megvalósul az első orvos–beteg találkozás, a legtöbb esetben már túl van valamilyen kezelésem.

Az allergiás nátha önkezelése, pontosabban az allergiás nátha kezelése a patikában vény nélkül kapható készítményekkel teljesen elfogadott megoldás, ezt az ARIA 2008 is részletesen tárgyalja⁸.

Az előzetes önkezelés alapján – a további teendők meghatározása szempontjából – a betegeket célszerű három csoportba sorolni:

- (a) dekongesztánsal előkezelt;
- (b) antihisztaminnal előkezelt;
- (c) az előbbi két hatóanyaggal nem kezelt (a továbbiakban: kezeletlen).

A betegeket a tüneteik szerint két csoportba sorolhatjuk. Az egyik típusnál az orrfolyás és a tüszögés, a másiknál az orrdugulás a vezető tünet. Ennek alapján hatféle helyzettel állhatunk szemben (1. táblázat):

1 (a) dekongesztánsal előkezelt orrfolyós/tüszögős beteg esetén a dekongesztáns adása leállítandó (nem hat az orrfolyásra és a tüszögésre), és intranazális kortikoszteroid kezelés (vényköteles) indítandó;

2 (a) antihisztaminnal előkezelt orrfolyós/tüszögős beteg esetén az antihisztamin adását folytatni kell és a kezelést célszerű kiegészíteni intranazális szteroiddal;

3 (a) kezeletlen orrfolyós/tüszögős betegnél intranazális szteroid kezelést kell kezdeni.

1 (b) Ha a beteg dekongesztánsal előkezelt és orrdugulás a domináns tünete, akkor a dekongesztáns még 2–3 napig hagyjuk meg

Allergiás rhinitis?

A Rhinospray plusz adjuváns terápiaként egészítheti ki az antihisztamin és szteroid kezelést. Mivel az orrnyálkahártya duzzanata okozta orrdugulás a lokális szteroidkezelés bevezetése után néhány nappal kezd csak csökkenni, ezen időszakban szükség lehet dekongesztáns alkalmazására. Alkalmazásának további előnye, hogy a nazális szteroid előtt beadva elősegíti annak orrüregbe jutását és felszívódását.

A Rhinospray plusz fő előnyei:

- percek alatt és akár 8-10 órára csökkenti az orrnyálkahártya duzzanatát;
- az eukaliptuszolaj védi a nyálkahártyát a kiszáradástól, a mentol és kámfor pedig friss, tiszta, hűs érzést biztosít a beteg számára;
- speciális szórófejének köszönhetően a hatóanyag mindig változatlan koncentrációban és azonos adagokban jut be az orrüregbe. Alkalmazása kényelmes, diszkrét.

RHINOSPRAY[®] PLUS
AZ ORR SZABADSÁGA

Boehringer
Ingelheim

Rhinospray plusz 1,265 mg/ml oldatos orrspray rövidített alkalmazási előírás: **Hatóanyag:** tramazolin-hidroklorid-monohidrát. **Terápiás javallatok:** Az orrnyálkahártya, pl. közönséges megfűlés vagy szénanátha esetén kialakuló (az orr eldugulásához vezető) duzzanatának mérséklése. Dimmeléküreg-, ill. középfül-gyulladásban (az Eustach-kürt elzáródása esetén) orvosi javaslatra az exsudatum kiürülésének elősegítésére adható. **Adagolás:** Naponta maximum 4-szer az orrnyálkahártyára permetezni. Kizárólag a kezelőorvos javaslatára alkalmazható 5-7 napnál hosszabb ideig. **Ellenjavallatok:** orron keresztül végzett koponyaműtét után, a készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység, rhinitis sicca, zártzűgű glaukóma, 6 év alatti életkor esetén nem alkalmazható. **Különleges figyelmeztetések:** Artériás hipertóniában, szívbetegekben, hyperthireoidizmus esetén, prosztata hypertrophiában, pheochromocytoma esetén és porphyriában körültekintően és kizárólag orvosi javaslatra szabad alkalmazni a készítményt. **Terhesség és szoptatás:** A terhesség első trimeszterében nem alkalmazható. A terhesség későbbi szakaszaiban és a szoptatás ideje alatt kizárólag orvosi javaslatra alkalmazható. **Mellékhatások:** Gyakori: égő érzés az orrnyálkahártyán. Nem gyakori: fejfájás, szívdobogás-érzés, orrnyálkahártya-szárazság, tüszögés, nyálkahártya-duzzanat, émélygés, Ritka: szédülés, ízérzés-zavar, orrfolyás, orrvérzés Kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást (OGYeng. No.: 51832/41/09, dátuma: 2010.07.15.). Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer (VN).

neki, indítsunk intranazális szteroid kezelést, és tájékoztassuk a beteget a tartós dekongesztáns-használat veszélyeiről (rhinitis medicamentosa).

2 (b) Ha a beteg antihisztammal előkezelte orrdugulós beteg, akkor állítsuk le az antihisztamint, hiszen az az orrdugulásra csak csekély mértékben hatásos, és indítsunk intranazális szteroid kezelést.

Ha a betegnek súlyos orrdugulása van, és a beteg azonnali megoldást vár, akkor adjunk az intranazális szteroid mellé dekongesztánt (a napi kezelés során elsőként ezt, majd 4–5 perccel később az intranazális szteroidot az orrba fújva). Ennek a javaslatnak az oka az, hogy az intranazális szteroid hatáskezdet a betegeknek egyéntől és az állapot súlyosságától függően változó. Az intranazális szteroid előtt alkalmazott dekongesztáns megkönnyíti az intranazális szteroid szétterjedését az orrüregben, és az orrmelléküreg-szájadékokat megnyitva biztosítja azok átszellőzését. A dekongesztáns adásakor fontos a részletes beteg-tájékoztató.

3 (b) Kezeletlen orrdugulós betegnél indítsunk intranazális szteroid kezelést. Ha a betegnek súlyos orrdugulása van, ami már kifejezett életminőség romlást okozott (pl. több át nem aludt éjszakát), és a beteg azonnali megoldást vár, akkor adjunk az intranazális szteroid mellé dekongesztánt. Az instrukciók, az indokok és a tanácsok azonosak a 2 (b) pontban leírtakkal.

Az orrdugulás csökkentése

Az orrdugulást két hatóanyag-csoport mérsékli: a dekongesztánsok és az intranazális szteroidok.

A dekongesztánsok az orrdugulás gyors megszüntetői. Az ARIA 2010-es revíziójának 27. pontja foglalkozik a dekongesztánsok alkalmazásával, és felnőtteknél, súlyos orrdugulás esetén a rövid ideig (max. 5 napig) tartó használatukat megengedhetőnek tartja az orrdugulás minél előbbi megszüntetése érdekében⁹.

A dekongesztánsok α 1- és α 2-adrenerg receptorokon ható vazokonstriktorok, és elsősorban helyi formában alkalmazhatók. A katekolaminok csoportjába, illetve az imidazol-családba tartoznak. Hatásukra az orrnyálkahártya erei összehúzódnak, a vérátáramlás csökken, csökken a duzzanat, javul az orr levegő áramlása.

A hatás helyi készítmények esetében 5–10 perccel belül, orális gyógyszereknél 30 perccel belül fellép, és 10–24 órán keresztül tart. Az allergiás rhinitis egyéb tüneteire – az orrviszketésre, a tüsszögésre és az orrfolyásra – nem hatnak. Ahhoz, hogy a rhinitis kezelésére adott kortikoszteroid spray kellően nagy orrnyálkahártya-területre jusson el, szükséges a nyálkahártya lelohasztása. A dekongesztánsok az orrmelléküregek átszellőzésének biztosításával a szövődmények gyakoriságát is csökkentik. Mellékhatásként égő érzést, nyálkahártya-kiszáradást írtak le.

Körülbelül egyhetes, folyamatos kezelés után számolni kell a hatás csökkenésével, sőt rebound-effektussal is, amely végül nehezen kezelhető rhinitis medicamentosa-hoz vezet. Az egyes intranazális dekongesztánsok jellemző tulajdonságait a 2. táblázat foglalja össze¹⁰.

A dekongesztánsok közül a leggyorsabb hatáskezdetű, leghosszabb hatású és a legjobb mellékhatás-profilú hatóanyag a tramazolin. Tramazolin Magyarországon egyedül a Rhinospray plus orrsprayben található. Ennek a készítménynek további különlegessége az aktív hatóanyag és az illóanyagok egyedi kombinációja. A mentol régóta ismert inhalációs szer, az orrnyálkahártya hidegérző receptoraira hat; a kámfor jól ismert légzéskönnyítő; az eukaliptusz-olaj vékony filmréteget képezve védi az orrnyálkahártyát a kiszáradástól.

Az intranazális szteroidok jelenlegi ismereteink szerint a leghatékonyabb gyógyszerek allergiás rhinitisben. Valamennyi tünetet jelen-

2. táblázat:
A nazális dekongesztánsok összehasonlítása.
A leggyorsabb hatáskezdetű, leghosszabb hatású, legjobb mellékhatás-profilú hatóanyag a tramazolin

Hatóanyag	Hatáskezdet	Hatástartam	Mellékhatások
Szimpatomimetikus aminok			
Adrenalin	5-6 másodperc	20-30 perc	++++
Efedrin	10 perc	3-4 óra	+++
Fenilefrin	15 perc	1-2 óra	+++
Tuaminoeptano	15 perc	1,5 óra	+++
Imidazolin származékok			
Nafazolin	15 perc	2-6 óra	++
Tetriszolin	15 perc	4-6 óra	++
Xilometazolin	20 perc	10-11 óra	++
Klonazolin	5 perc	8-12 óra	++
Oximetazolin	20 perc	10-12 óra	++
Tramazolin	5 perc	11-12 óra	+

tősen mérséklük, intranazálisan adva az orrnyal-kahártyában magas koncentrációt elérve fejtik ki hatásukat. A legújabb készítményeknek csak minimális a szisztémás hatásuk. Az újabb gyógyszerek – a mometazon furoát, a flutikazon furoát, a flutikazon propionát és a budeszolid – receptor-affinitásban és farmakokinetikában különböznek, de mind igen hatékonyak allergiás rhinitisben.

Az intranazális kortikoszteroid kezelés hatáskezdeté kapcsán az ARIA 2008 is kiemeli, hogy az intranazális szteroidok hatása általában 7–8 óra után megkezdődik, de a teljes hatás kiépüléséhez akár 2 hétre is szükség lehet. Néhány betegnél a hatás még gyorsabban, akár 2 óra alatt is kialakulhat¹¹. Az intranazális kortikoszteroidok elsőként választandó szerekek felnőttkori perzisztáló allergiás rhinitis közepesen súlyos / súlyos eseteiben. Az új, korszerű kortikoszteroidok receptor-affinitását vizsgálva úgy találták, hogy a mometazon furoát, a flutikazon furoát és a flutikazon propionát receptorkötődése jelentősen meghaladja a régebbi gyógyszerekét. Ugyanezeknek a szerekeknek a legkedvezőbbek a szisztémás mellékhatásai is. Szisztémás kortikoszteroid kezelés csak kivételesen, az allergiás rhinitis súlyos eseteiben indokolt.

Az intranazális szteroidok elég drágák ahhoz, hogy ne pazaroljuk őket, és igyekezzünk a leghatékonyabban a kívánt hatás helyére eljuttatni. Ahhoz, hogy a befújt spray megfelelően nagy orrnyal-kahártya-területre jusson el, szükséges a nyálkahártya lelohasztása megfelelően kiválasztott dekongesztánsokkal. Ha ez sikerül, akkor ott nagyon hatékonyan blokkolják az AR-ben szereppel bíró sejteket és mediátorait, és ennek köszönhetően jelentősen mérséklük az orrdugulást, az orrfolyást és a tüsszögést is. Több adat utal arra, hogy reflexes úton, illetve a ductus lacrimalis alsó szájadékának nyitva tartása révén a szemtünetekre is hatnak.

Az intranazális szteroid allergiás nátha esetén a leghatékonyabb gyulladáscsökkentő, az allergiás nátha tartós kezelésének alapgyógyszere. Napi 1–2 használat mellett mérsékli az összes orrtünetet és a szemtüneteket is. A hatás kezdeté átlagosan 7–8 óra, de nagy egyéni eltérések lehetségesek mindkét irányban. Minden orrtünet esetén hatékonyabb, mint az antihisztaminok. Közepesen súlyos / súlyos al-

lergiás nátha esetén az elsőként választandó gyógyszer. Mellékhatásaik csekélyek. A szaglás csökkenése és átmeneti orrvérzés ritkán előfordul. Az allergiás nátha esetén alkalmazott adagok nem befolyásolják a hipofízis–mellékvesekéreg tengely működését. Az orrsövényre nagy adagokban, hosszú időn át fújott adagok mellett leírtak lokális nyálkahártya-atrófiát és szeptum-perforációt, ezért a használat során az ún. váltott kezes technika ajánlott (jobb kézben tartott orrspray-vel a bal orrnyalásba fújva és bal kézben tartott orrspray-vel a jobb orrnyalásba fújva, így érhető el, hogy a szeptumra csak kis mennyiségű hatóanyag kerüljön). Budeszolid, mometazon és flutikazon esetén gyermekeknél növekedési elmaradás nem fordult elő.

Az antihisztaminokat *Daniel Bovet* (1907–1992) 1933-ban fedezte fel, amikor rájött, hogy bizonyos fenol-éterek gátolják a hisztamin hatásait. Az első generációs H1-receptor blokkolók a zsiroidékonyságuk következtében bejutnak a központi idegrendszerbe és ott hányáscsillapító és nyugtató/altató hatást váltanak ki. Néhány molekula (difenhidramin, dimenhidrát, meklozin) esetén a hányáscsillapító hatást jelelték meg elsődleges javallatként, sőt néhány országban a doxilamin és a difenhidramin OTC altatóként lett törzskönyvezve.

Az álmosító hatás komoly problémát jelentett, ezért a nem-álmosító antihisztaminok utáni kutatás folytatódott. 1977-ben *Hüther* szintetizálta az első nem-szedatív antihisztamint, a terfenadint. Ezt hamar követte az asztemizol. Kiderült azonban, hogy ennél a gyógyszercsoportnál a kardiális mellékhatások (elsősorban ritmuszavar, QT-idő megnyúlás) jelentik a fő problémát.

1990-től sorra jelentek meg az új nem-szedatív és nem-kardiotoxikus antihisztaminok: köztük új molekulák (azelasztin, ebasztin, cetirizin, loratadin, mizolasztin), majd a korábbiak metabolitjai (a terfenadinból a fexofenadin, a loratadinból a desloratadin), illetve a racém cetirizin-keverékből különválasztott levocetirizin.

Az álmosító hatás gyakorisága jelentősen csökkent, egy-két betegnél azonban még mindig előfordul néhány új antihisztamin esetén is. A sedáció problémaköre azért különösen érdekes, mert kimutatták, hogy a kognitív funkciók

Gyógyszer	Tüsszögés	Orrfolyás	Orrdugulás	Orrviszketés	Szemtünetek
Intranazális szteroid	+++	+++	+++	++	++
Orális antihisztamin	++	++	0/+	+++	++
Dekongesztáns	0	0	++++	0	0

3. táblázat:
Az egyes gyógyszer-
csoportok hatásai
allergiás rhinitisben

érezhető szedáció nélkül is jelentősen romolhatnak, azaz nem a legálmosabbak vezetnek a legrosszabbul! Egy másik, e témához kapcsolódó vizsgálatban azt is kimutatták, hogy az első generációs antihisztaminok jobban rontják az autővezetési képességet, mint az alkohol.

Az antihisztaminok elsősorban az orrfolyást és a tüsszögést mérséklék, illetve az újabb molekulák az orrdugulásra is kifejtnek csekély hatást.

Az orális H₁-antihisztaminok az enyhe és a közepes fokú allergiás rhinitis gyógyszerei. Hatásuk lényege, hogy a simaizomsejteken, az idegvégződéseknél és a mirigysejteken hisztamin-antagonistaként stabilizálják a H₁-receptorokat, ezáltal csökkentik a tüsszögést, orrfolyást, illetve az orr- és a szemviszketést. Az orrdugulást csak kismértékben befolyásolják. Az első generációs készítmények az ún. szedatív hatású antihisztaminok, de ez a mellékhatás a második generációs készítmények nagy részénél is dóziszfüggő, azaz az ajánlott adag feletti alkalmazásnál itt is számolni kell vele. A mai klinikai gyakorlatban szinte kizárólag a második generációs készítményeket alkalmazzuk. Az antihisztaminok vény nélkül kaphatók.

Allergiás nátha és asztma

A két kórkép kapcsolata régóta ismert, már Galenus (i.e. 201–131) is leírta, hogy „az orrnyíláson át eltávolított turha enyhet hoz a tüdőre is”. Ismert adat, hogy az asztmások 3/4-énél allergiás nátha is van, és az allergiás náthás betegek 1/4-e asztmás is. Az is bizonyított, hogy az allergiás nátha rontja az asztma-kontrollt.



Összefoglalva, a következőket érdemes a mindennapi gyakorlat számára kiemelni:

- az allergiás nátha tartós kezelésének alapgyógyszere az intranazális szteroid;
- a súlyos orrdugulással jelentkező betegnek az intranazális szteroid mellé 3–4 napon át célszerű dekongesztánst is adni;

– dekongesztáns adásakor tájékoztassuk a beteget a rhinitis medicamentosa veszélyeiről;

- első generációs antihisztamint ne adjunk;
- ha az allergiás náthás beteg köhög, gondoljunk asztmára, adjunk inhalációs hörgőtágítót, és küldjük szakorvoshoz.

Az egyes gyógyszer-csoportok hatását allergiás rhinitisben a 3. táblázat foglalja össze.

Irodalom

- 1 Bostock, J. Case of a periodical affection of the eyes and chest. *Med Chir Trans* 1819; 10(Pt 1): 161–165.
- 2 Pirquet C. Klinische Studien über Vakzination und vakzinale Allergie. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1906; 30: 1457–1458.
- 3 Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST (eds.) WAO White Book on Allergy (World Allergy Organization), 2011.
- 4 Leynaert B, et al. Quality of life in allergic rhinitis and asthma: a population-based study of young adults. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 1391–6.
- 5 Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update. *Allergy* 2008; 63 (Suppl 86): 8–160.
- 6 Brožek JL. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: 466–476.
- 7 Custovic A, Wijk RG. The effectiveness of measures to change the indoor environment in the treatment of allergic rhinitis and asthma. *Allergy* 2005; 60(9): 1112–5.
- 8 ARIA in the pharmacy: management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *Allergy* 2004; 59: 373–387.
- 9 Brožek JL. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: p472.
- 10 Passali D, et al. Nasal decongestants in the treatment of chronic nasal obstruction: efficacy and safety of use. *Exp Opin Drug Saf* 2006; 5(6): 783–790.
- 11 Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008. *Allergy* 2008; 63 (Suppl 86): p59.