

Az allergiás náthához csatlakozó orrdugulás kezelése

Dr. Rónai Zoltán, Arany Kehely Egészségcentrum, Pécs

Allergiás nátha esetén a klinikai kép az orrtünetek (viszketés, tüsszögés, 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 kezeléshez szakmai útmutatók nyújtanak segítséget, melyek közül legismertebb az ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), ami először 2001-ben jelent meg. Az ARIA 2001-es változatát 2008-ban átdolgozták¹, majd 2010-ben ezt is revízióknak vetették alá². A klasszikus terápiás lépcső alapját az allergének és az irritánsok kerülése adná, azonban ennek megvalósítása a mindennapi életben nehéz³.

Az allergiás nátha való világa

Az allergiás beteg recept nélkül is hozzáfér 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 autózvezetést ellehetetlenítő vagy – különösen hölgyeknél – inkontinenciával járó tüsszögési 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 kezeléssel (1. táblázat).

Az allergiás nátha önkezelése – pontosabban az allergiás nátha kezelése a patikában vény nélkül kapható készítményekkel – teljesen elfogadott megoldás, ezt az ARIA 2008 is részletesen tárgyalja⁴. Az előzetes önkezelés alapján – a to-

vábbi teendők meghatározása szempontjából – a betegeket célszerű három csoportba sorolni:

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

A betegeket a tüneteik szerint két csoportba sorolhatjuk. Az egyik típusnál az orrfolyás és a tüsszögés, a másiknál az orrdugulás a vezető tünet. Ennek alapján hatféle helyzettel állhatunk szemben (2. táblázat).

1 (a) Dekongesztánsal előkezelt orrfolyós/tüsszögős beteg esetén a dekongesztáns adása leállítandó (ez ugyanis nem hat az orrfolyásra és a tüsszögésre), és intranazális kortikoszteroid kezelés (vényköteles) indítandó.

1 (b) Dekongesztánsal előkezelt orrdugulós betegnek még 2–3 napig hagyjuk meg a dekongesztánsot, de emellett indítsunk intranazális szteroid kezelést, és tájékoztassuk a tartós dekongesztáns-használat veszélyeiről (rhinitis medicamentosa).

2 (a) Antihisztaminnal előkezelt orrfolyós/tüsszögős beteg esetén az antihisztamin adását folytatni kell és a kezelést célszerű kiegészíteni intranazális szteroiddal.

2 (b) Antihisztaminnal előkezelt orrdugulós betegnél állítsuk le az antihisztamint, hiszen az az orrdugulásra csak csekély mértékben hat, és indítsunk intranazális szteroid kezelést. Ha a betegnek súlyos orrdugulása van, és azonnali megoldást vár, akkor adjunk az intranazális szteroid mellé dekongesztánsot (a napi kezelés során elsőként ezt, majd 4–5 perccel később az intranazális szteroidot az orrra fújva). Ennek a javaslatnak az oka az, hogy az intranazális szteroid hatáskezdeté a betegeknél egyéntől és az állapot súlyosságától függően változó. Az intranazális szteroid előtt alkalmazott dekongesztáns megkönnyíti az intranazális

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

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

szteroid szétterjedését az orrüregben, és az orrmelléküreg-szájadékokat megnyitva biztosítja azok átszellőzését. A dekongesztáns adásakor fontos a részletes betegtájékoztató.

3 (a) Kezeletlen orrfolyós/tüsszögős betegnél intranazális szteroid kezelést kell kezdeni.

3 (b) Kezeletlen orrdugulós betegnél indítsunk intranazális szteroid kezelést. Ha a betegnek súlyos orrdugulása van, ami már kifejezett életminőségromlást okozott (pl. több át nem aludt éjszakát), és a beteg azonnali megoldást vár, akkor adjunk az intranazális szteroid mellé dekongesztánsot. 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 érdekében⁵.

A dekongesztánsok α_1 - és α_2 -adrenerg receptorokon ható vazokonstriktorok, és elsősorban helyi formában alkalmazhatók. A katekolaminok csoportjába (például fenilefrin), illetve az imidazol-családba tartoznak (pszeudoefedrin). Hatásukra az orrnyálkahártya erei összehúzódnak, a vérátáramlás csökken, csökken a duzzanat, javul az orr levegő áramlása.

A hatás helyi készítmények esetében 5–10 percen belül fellép, és 10–24 órán keresztül tart. Az allergiás rhinitis egyéb tüneteire – az orrvizketésre, 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 3. táblázat foglalja össze⁶.

Előzetes (ön)kezelés	(a) a vezető tünet orrfolyás/tüsszögés	(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 max. 3–5 napig + intranazális szteroid + betegoktatás

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 légzéskönyítő; az eukaliptusz-olaj vékony filmréteget képezve védi az orrnyálkahártyát a kiszáradástól.

Az intranazális szteroidok jelenlegi ismereteink szerint a leghatékonyabb gyógyszerek allergiás rhinitisben. Valamennyi tünetet jelentősen mérséklik. Intranazálisan adva az orrnyálkahártyában magas koncentrációt elérve fejtik ki hatásukat. A legújabb készítményeknek csak minimális a szisztémás hatásuk.

Az intranazális kortikoszteroid kezelés hatáskezdete kapcsán az ARIA 2008 is kiemeli, hogy az intranazális szteroidok hatása általában 7–8 óra után megkezdődik, de a teljes hatás kiépülésé-

2. táblázat:
Az allergiás rhinitis lehetséges kezelése Magyarországon 2012-ben

3. 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	++
Tetrazolin	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	+

hez akár 2 hétre is szükség lehet. Néhány betegnél a hatás még gyorsabban, akár 2 óra alatt is kiépülhet⁷. Az intranazális kortikoszteroidok elsőként választandó szerek felnőttkori perzisztáló allergiás rhinitis közepes-súlyos eseteiben.

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 orrnyálkahártya-területre jusson el, szükséges a nyálkahártya lelohasztása megfelelően kiválasztott dekongesztánsal. Ha ez sikerül, akkor ott nagyon hatékonyan blokkolják az AR-ben szereppel bíró sejteket és mediátorait, és ennek köszönhetően jelentősen mérséklik az orrdugulást, az orrfolyást és a tüsszögést is. Több adat utal arra, hogy reflexes úton, illetve a ductus lacrimalis alsó szájadékanak nyitva tartása révén a szemetünetekre is hatnak.

Összefoglalva, a következőket érdemes a mindennapi gyakorlat számára kiemelni:

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

– dekongesztáns adásakor részletesen tájékoztatni kell a beteget a rhinitis medicamentosa veszélyeiről. ■

Irodalom

1. Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update. *Allergy* 2008; 63 (Suppl 86): 8-160.
2. Brożek JL, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: 466-476.
3. 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.
4. ARIA in the pharmacy: management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. *Allergy* 2004; 59: 373-387.
5. Brożek JL, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126: p472.
6. Passali D, et al. Nasal decongestants in the treatment of chronic nasal obstruction: efficacy and safety of use. *Expert Opin Drug Saf* 2006; 5(6): 783-790.
7. Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update. *Allergy* 2008; 63 (Suppl 86): p59.