

616.24-022.8-056.3-08

K OTÁZCE LÉČENÍ POLINÓZY

Pplk. MUDr. Jaroslav MACEK, VVTŠ ČSSP, Liptovský Mikuláš
(náčelník: plk. Ing. prof. Vladimír Janeček, CSc.)

Polinóza patří mezi nejčastější onemocnění respiračního traktu v jarním a letním období roku.

V ČSLA jsou polinóza i ostatní alergická onemocnění závažným problémem. Jejich počet se rok od roku zvětšuje a přitom ve spádových vojenských nemocnicích není alergologický or-

dinariát, který by tato onemocnění dispenzarizoval a léčil. Pro orientaci: na ambulanci naší ošetrovny bylo v červnu 1986 vyšetřeno 72 pacientů s polinózou, což činí 8,8 % všech vyšetřených v tomto měsíci. U polinózy, která byla včas desenzibilizována, se udává přechod do asthma bronchiale jen ve 2 %, zatímco u poli-

nózy, která nebyla desenzibilizována, je možnost přechodu do asthma bronchiale až ve 40 procentech případů. Pro vedlejší účinky antihistaminik, která se při léčení polinózy používají, jsou u vojáků nutná rozsáhlá omezení ve službě. Nemohou řídit motorová vozidla, obsluhovat přístroje, chodit do strážní služby a vykonávat všechny funkce, při kterých je nutná zvýšená pozornost. Protože právě v květnu až srpnu jsou nejčastěji polní cvičení, je tímto snížena i akceschopnost vojenských útvarů. Nárůst výskytu tohoto a ostatních alergických onemocnění v druhé polovině tohoto století je vysvětlován dvěma způsoby.

Za prvé tím, že s rozvojem civilizace se objevily nové faktory, které jsou lidskému zdraví nepříznivé. Jsou to nesčetné chemické látky, radioaktivní záření, změna životního stylu a jiné. Tyto změny se uskutečnily z hlediska fylogeneze tak rychle, že se jim lidský organismus nemohl přizpůsobit. Tím lze vysvětlit, že i na látky z hlediska toxicity neškodné reaguje řada jedinců nepřiměřeně. Tato nepřiměřená reaktivita organismu je nejčastěji získána opakovaným stykem s některými antigeny, které mají vysokou alergenní schopnost (alergeny).

Za druhé tím, že úspěchy ve zdravotnictví, sociální oblasti a vědě umožnily zlikvidovat většinu závažných infekčních onemocnění a snížit novorozeneckou a značně i dětskou úmrtnost. Tím ustal selekční tlak, který působil po tisíciletí na lidstvo a jehož důsledkem přežívaly do dospělosti a tedy do reprodukčního věku jedinci nejodolnější proti infekčním nemocem. Dokladem této selekce je vysoká prevalence fenotypů HLA antigenů A1, B8, DW3 a A3, B7, DW2. Tyto fenotypy nesou hyperreaktivní schopnost imunity i větší pohotovost k hypersenzitivitě a zvyšují dispozici k alergii, atopii, k tvorbě imunitních komplexů z nadbytku protilátek a k autoimunitě. V důsledku toho stoupá v naší současné populaci počet nejmladších osob s různými defekty v imunitě (1).

Atopické alergické reakce jsou hypersenzitivity, které vznikají spontánně, často se zjevnou účastí dědičnosti a jsou charakterizovány zvýšenými hodnotami IgE protilátek. Mezi atopické choroby můžeme kromě atopické dermatitidy zařadit i pylové respirační alergózy. Jako hlavní příčina atopických onemocnění se dnes jeví defekt v supresorových T lymfocytech pro IgE. Díky tomu dochází k nadprodukci IgE a předpokládám senzibilizace. Zároveň mohou být přítomny i jiné poruchy v imunitě, zvláště v IgA v séru nebo v sekretech. Laboratorně bývá IgE zvýšeno na 200 KU/l, snížené počty T lymfocytů a IgE supresorů, bývá vyšší eozinofilie a snížená hladina sérového komplementu C3 (2).

Nejčastější příčinou respirační atopické reakce v našich podmínkách jsou rostlinné pyly z travin, obilí, plevelů, květů stromů a keřů. Pyly jsou jedny z nejrozšířenějších a nejagresivnějších alergenů, na něž se přecitlivělost

značně rozšiřuje. Velikost pylových zrn se značně liší podle druhu rostlin a kolísá od 2,5 do 250 μ m. Množství pylů ve vzduchu je značně kolísavé a záleží na více činitelích, jako jsou např. síla větru, sluneční svit, který urychluje zrání řady rostlin současně, teplota a vlhkost vzduchu. Nejčastěji se objevují alergické reakce po pylech travin, pro které je charakteristická doba výskytu od konce května do července až srpna. V pozdější době se vyskytují hlavně pyly různých plevelů. Alergie na stromové pyly je vzácnější, hlavně to bývá alergie na pyly olší, vrby a břízy (3).

Klinické příznaky senné rýmy jsou především záchvaty kýčání, vydatná vodnatá sekrece z nosu a dýchání ústy (4). Při rinoskopickém vyšetření je patrná edematózní bledá sliznice s výtokem. Rozepsaný výdech nosem je prodloužený. Laboratorně může být zvýšená eozinofilie a také výtěr z nosních sekretů ukáže v mikroskopu zvýšený počet eozinofilů (5). K manifestaci onemocnění často vedou opakované virové infekce nebo fyzikální či chemické podráždění. Polinózu může provázet alergický zánět spojivek, který se projevuje překrvením a prosáknutím spojivky a otokem víček. Samotná senná rýma je benigní onemocnění, jestliže však pacient není včas hyposenzibilizován, je až ve 40 % možnost přechodu do asthma bronchiale.

Jedinou kauzální terapií u polinózy je imunoterapie neboli léčebné ovlivnění patologické imunologické reakce. To vyžaduje znalost etiologicky se uplatňujících alergenů u pacienta. Když se podaří při alergologickém vyšetření zjistit příčinný alergen, je především nutná jeho eliminace z okolí pacienta. Je to však možné jenom u některých alergenů, jako např. u peří, potravin nebo léků. V případech, kdy se pacient nemůže alergenů vyhnout, jako např. u pylů, prachů, bakterií a plísní je nutno pacienta hyposenzibilizovat. Principem této specifické imunoterapie je snižování přecitlivělosti stoupajícími dávkami alergenů. Opakovanou aplikací dopravných dávek antigenu je pak možné dosáhnout odolnosti i při setkání organismu s vyšší dávkou alergenů. Mechanismy hyposenzibilizace nejsou doposud jednoznačně objasněny. Z různých teorií je nejvíce zastávána teorie stimulace T-supresorů nebo blokády T-pomahačů (6).

U pylové alergie používáme podle etiologie různé desenzibilizační preparáty. Na hyposenzibilizaci při alergii na pyly travin se používá Desalerga A z produkce ÚSOL Praha a depotní hyposenzibilizační alergen podle Natermana Desalerga F. Ve stejné indikaci se také používá zahraniční preparát Pollinex (Bencard-Anglie). Při účasti jiných než travinových pylů v etiologii onemocnění se používá desenzibilizace podle individuálního rozpisu (Desalerga E — ÚSOL Praha). Příznivý efekt pylové hyposenzibilizace je udáván v 69 % a není rozdíl v účinnosti mezi jednotlivými preparáty. U dětí se

může provádět hyposenzibilizace také perorálními kapkami. Efekt je však podstatně nižší. Preventivními léky respiračních alergóz jsou Intal (dinatrium kromoglykát) a Zaditen (ketotifen). Intal brzdí výdej biologicky aktivních mediátorů z žírných buněk. Nástup účinku není okamžitý, ale vidíme jej po několika dnech až týdnech. U senné rýmy se prášek isuluje do nosu nejlépe 4× denně (7). Zaditen má účinek antianafylaktický a histaminolytický. Antianafylaktický účinek spočívá hlavně v útlumu uvolňování histaminu a jiných mediátorů z žírných buněk. Kromě toho tlumí dlouhotrvající histaminové reakce. Na některých zahraničních pracovištích se používají k léčbě polinózy i kortikosteroidy.

Nejužívanějšími léky u senné rýmy jsou antihistaminika a lokální vazokonstrukční látky. Z antihistaminik se v poslední době stále více uplatňují léky, které specificky blokují H_1 receptory žírných buněk. U antihistaminik nesmíme zapomínat na jejich vedlejší účinky, jako je ospalost, únava, deprese a sucho v ústech. Z léků, které se u nás používají na konstrikci edematózní nosní sliznice, je nejpoužívanější Sanorin a efedrinové preparáty.

Neškodnou a účinnou symptomatickou léčbou polinózy je akupunktura (8). Je možné používat klasickou jehlovou akupunkturu s úspěšností 94,4 % (9). Léčení akupunkturou se musí začít provádět v předsezónním období, obvykle v dubnu až květnu. V případě úspěšné léčby efekt přetrvává celou sezónu, je však nutné tuto léčbu každý rok opakovat.

Racionální léčba polinóz a ostatních respiračních alergóz je neodmyslitelná bez disciplinovaného dodržování obecných preventivních zásad. Je nutné naprosto vyloučit kouření cigaret, cílevědomě redukovat nadváhu — nejlépe vhodnou pohybovou aktivitou. Vhodné je také postupné otužování, dostatečný odpočinek a spánek a dechová kinesiterapie. Zvýšená pozornost se musí věnovat každé akutní infekci dýchacích cest. Důležitý je pobyt ve zdravém pří-

rodním prostředí s pokud možno co nejmenším množstvím exhalací i pevného spadu.

Souhrn

Počet polinóz neustále stoupá vlivem civilizacních a genetických faktorů. Jediná kauzální terapie polinózy je desenzibilizace (hyposenzibilizace) podáváním stoupajících dávek alergenu. Ze symptomatických léčiv jsou nejužívanější antihistaminika, která mají řadu negativních vedlejších účinků. Především snižují pozornost a zvyšují únavu a ospalost. To může negativně působit i v ČSLA při obsluze techniky. Těžkosti s léčením polinóz v ČSLA by pomohlo odstranit zřízení alergologických ordinariátů vojenských nemocnic, dostatek desenzibilizačních přípravků a rozšíření akupunkturní léčby.

Literatura

1. ZAVÁZAL, V.: Atopie a imunita. Praha, Univerzita Karlova 1984.
2. ZAVÁZAL, V.: Imunologická diagnostika respiračních alergóz. *Studia pneumologica et phtiseologica Cechoslovaca*, 45, 1985, č. 4, s. 272—275.
3. Alergeny. Informační brožura. Praha, Ústav sér a očkovacích látek 1977.
4. RUBÍN, A.: Dorostové lékařství. Praha, Avicenum 1973.
5. FINK, J. N.: Pokrok v rozpoznání alergických respiračních chorob. *Sandoz revue*, 1981, č. 1, s. 28—32.
6. MICHL, I.: Imunoterapie alergóz dýchacích cest. *Studia pneumologica et phtiseologica Cechoslovaca*, 45, 1985, č. 7, s. 458—464.
7. KANDUS, J.: Hlavní zásady současné racionální léčby průduškového astmatu. *Studia pneumologica et phtiseologica Cechoslovaca*, 45, 1985, č. 3, s. 181—189.
8. KAJDOŠ, V.: Rhinitis allergica precipice seasonalis a akupunktura. *Prakt. Lék.*, 54, 1974, č. 15—16, s. 603 až 605.
9. BYDŽOVSKÝ, V.: Léčba senné rýmy akupunkturou. *Časopis lékařů českých*, 216, 1987, č. 3, s. 81—82.

Klíčová slova: Polinóza; Etiologie; Léčba základní a symptomatická.