

Egészségügyi szakmai irányelv – Az allergiás rhinitis ellátásáról

Tartalomjegyzék

I. ADATLAP	3
1. A dokumentum jellemzői	3
2. Kiadás és elérhetőség	3
3. Időbeli határok	3
4. Hatókör	3
5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja	4
6. A tartalomért felelősök köre	4
7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel, népegészségügyi programmal	6
8. Kulcsszavak	7
II. CÍM	7
III. ELŐSZÓ	7
IV. DEFINÍCIÓK	8
1. Fogalmak	8
2. Rövidítések	8
3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja	8
4. Ajánlások rangsorolásának módja	9
V. BEVEZETÉS	9
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	9
2. Célok	10
VI. ÖSSZEFOGLALÓ	10
1. Felülvizsgálatkor változtatott ajánlások (opcionális)	10
2. Meghatározó ajánlások	10
3. Az ellátási folyamat algoritmusra (ábrák)	18
VII. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	20
VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA	42
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	42
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	44
4. Az ajánlások terjesztésének terve	45
IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATYANAK TERVE	45
X. IRODALOM	46
XI. MELLÉKLET	49
1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok	49
2. A fejlesztés módszerének leírása, és a kapcsolódó dokumentumok	49
3. Alkalmazást segítő dokumentumok	52

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító: 000740

I. ADATLAP

1. A dokumentum jellemzői

Címe: Egészségügyi szakmai Irányelv – Az allergiás rhinitis ellátásáról
000740

Azonosító: 000740

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Ez a dokumentum az Orvosi helyesírási szótár (Akadémiai Kiadó) helyesírási szabályait használja.

2. Kiadás és elérhetőség

Kiadja: Emberi Erőforrások Minisztériuma –
Egészségügyért Felelős Államtitkárság

A megjelenés helye: Egészségügyi Közlöny

Nyomtatott verzió: <https://kozlony.aktek.hu>

Elektronikus elérhetőség: <https://kozlony.aktek.hu>

Az Irodalomkutatás lezárásának ideje: 2014.06.
év. hónap. nap

A megjelenés dátuma: (Közlönykiadó adja meg)
Megjelenés napját követő
hónap 1. napja.
2017.12.31.

A hatályba lépés dátuma:

Az érvényességének lejáratú dátuma:

Egészségügyi kérdéskör: allergiás rhinitis
Az ellátási folyamat szakasza(i): megelőzés, diagnosztika, kezelés, gondozás

Az érintett ellátottak köre: A rhinitis allergiában szenvedő felnőttek és gyermekek. Az irányelv nem foglalkozik az allergiás rhinitisben és asztma bronchialeban, valamint az allergiás rhinitisben és allergiás conjunctivitisben együttesen szenvedő betegek kérdésével. Az irányelv nem foglalkozik az allergiás rhinitises betegek speciális csoportjaival: idősek, sportolók és gravidák allergiás rhinitisével.

Az érintett ellátók köre
Szakterület: 0600 fül-orr-gégészeti szakellátás,
0509 csecsemő és gyermek fül-orr-gégészeti szakellátás,
6301 háziorvosi ellátás.

06302 házi gyermekellátás,
6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás,
0800 bőrgyógyászati szakellátás,
0500 csecsemő és gyermekgyógyászati szakellátás,
1900 tüdő (felnőtt) szakellátás,
0504 gyermek-tüdő szakellátás,
0109 allergológiai és klinikai immunológiai szakellátás,
4601 központi ügyelet, sürgősségi betegellátó osztályok és sürgősségi fogadóhelyek

Ellátási forma: A1 alapellátás, J1 szakellátás I-II-III.

Progresszívítási szint:

Egyéb specifikáció:

5. Felhasználói célcsoport és a felhasználás célja

Egészségügyi ellátók számára a klinikai döntéshozatal segítségére:

1. Valamennyi egészségügyi ellátó számára, aki a tárgyalt klinikai problémával jelentkező beteg alapszintű ellátásában részt vesz, és szükség esetén fül-orr-gégészeti szakellátásra küldi a beteget, úgy mint háziorvos és házi gyermekorvos az alapellátás részeként;
– rhinitises manifesztációval társuló allergiás betegségek ellátásában résztvevő szakellátók (allergológus és klinikai immunológus, csecsemő és gyermekgyógyász, tüdőgyógyász, gyermek-tüdőgyógyász, bőrgyógyász)
2. Fül-orr-gégész szakellátásban dolgozó szakorvosok számára
3. Ügyeleti, sürgősségi ellátásban dolgozó ellátók az akut, súlyos rhinitis elsősorú ellátásához;
4. A betegség kezelésében közvetlenül résztvevő szakellátók: mikrobiológus, radiológus, kémiai laboratóriumi szakellátók

Egészségpolitikai és ellátásmenedzsment területén a betegutak megszervezése, társadalombiztosítási finanszírozási környezet kialakítása során a döntéshozatal támogatására.

6. A tartalomért felelősök köre

Társaszerző Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Fül-orr-gégészeti Tagozat
Dr Kadocsa Edit PhD, fül-orr-gégész és allergológia klinikai immunológia szakorvos, Fül-orr-gégészeti Tagozat, SZTE Fül-Or-Gégészeti és Fül-Nyaksebészeti Klinika, koordinátor, társaszerző
- Dr Hirschberg Andor PhD, fül-orr-gégész és allergológia klinikai immunológia szakorvos, Fül-orr-gégészeti Tagozat, Szt. János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, társaszerző

Dr Vóna Ida, fül-orr-gégész és allergológia klinikai immunológia szakorvos, Fül-orr-gégészeti Tagozat, PTE Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, társaszerző

Dr Bella Zsolt PhD, fül-orr-gégész és allergológia klinikai immunológia szakorvos, Fül-orr-gégészeti Tagozat, SZTE Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, társaszerző

2. Klinikai immunológia és allergológia Tagozat

Prof Dr Nékám Kristóf PhD, belgyógyász, allergológia klinikai immunológia és klinikai farmakológia szakorvos, Klinikai immunológia és allergológia Tagozat, Budai Irgalmasrendi Kórház, Immunológiai és Allergológiai Osztály, társaszerző

Véleményező Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Klinikai Immunológia és Allergológia Tagozat

Prof Dr Zóher Margit, belgyógyász, allergológia és klinikai immunológia, reumatológia szakorvos, Debrecen DOTE III. sz. Belgyógyászati Klinika

2. Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat

Prof Dr Szabó András csecsemő-gyermekgyógyászat szakorvos, Budapesti

3. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvosian, ifjúsági és iskolaorvosias, védőnői) Tagozat

Dr Kovács Julianna, csecsemő-gyermekgyógyászat, iskolaorvosian és ifjúságvédelem szakorvos, Borsány

4. Háziorvosian Tagozat

Prof Dr Hajnal Ferenc általános orvosian, SZTE

5. Bőr- és nemibetegségek Tagozat

Prof Dr Bata-Csörgő Zsuzsanna, bőrgyógyász, immunológia és allergológia szakorvos, SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika

6. Tudógyógyászati Tagozat

Prof Dr Kovács Gábor, tudógyógyász szakorvos, Budapest

7. Oxyológia-sürgősségi orvosian, toxicológia, honvéd és katasztrófa orvosian Tagozat

Dr Varga Csaba, anaesthesiológia-intenzív terápia, oxyológia, sürgősségi orvosian, addiktológia szakorvos

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői felelősség nem sérül.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltak egyetértéssel.”

7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel,

1. Asztmás és Allergiás Betegek Országos Szövetsége (ABOSZ)
(www.abosz.hu)
Pós Péter elnök

7. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel, népegészségügyi programmal

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:
Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

Azonosító:

Cím:

Nyomtatott verzió:

Elektronikus elérhetőség:

A rhinitis diagnosztikájáról és kezeléséről

Egészségügyi Közlöny LX. évf. 7. 2010

<https://kollégium.aeek.hu>

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k):

Tudományos szervezet:

Cím:

Megjelenés adatai:

Elérhetőség:

Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg WJ, Fokkens A, Togias T. et al.

Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update [1]

2008

Allergy Suppl 2008;63(Suppl 86):8-160.

<http://www.whefar.org/docs/ARIA-Report-2008.pdf>

Szerző(k):

Tudományos szervezet:

Cím:

Megjelenés adatai:

Elérhetőség:

Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB et al.

Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 Revision. [3]

2010

J Allergy Clin Immunol 2010;126(3):466-76.

http://www.whefar.org/docs/ARIAReport_2010.pdf

Szerző(k):

Tudományos szervezet:

Cím:

Megjelenés adatai:

Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, Custovic A, Halken S, Hellings PW et al.

Pediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology [2]

Allergy 2013;68:1102-1116.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12235/pdf>

Elérhetőség:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12235/pdf>

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:
Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító: 000819
Cím: Egészségügyi szakmai irányelv – Az asztma diagnosztikájának, kezelésének és orvosi gondozásának alapelveiről felbontásban
Megjelenés adatai: Egészségügyi Közlöny 17. 2014
Elérhetőség: <https://kollegium.aeek.hu>

Azonosító: 000910
Cím: Egészségügyi szakmai irányelv - A krónikus rhinosinusitisről
Megjelenés adatai: Egészségügyi Közlöny 18. 2014
Elérhetőség: <https://kollegium.aeek.hu>

Kapcsolat népegészségügyi program(ök)kel:
Jelen irányelv nem áll kapcsolatban népegészségügyi programmal.

allergiás rhinitis, allergia, házpor, atka, pollen, penészgomba, börtesz, IgE, antihisztamin, szteroid, nasalis szteroid, immunterápia, gondozás, megelőzés

II. CÍM

Egészségügyi szakmai irányelv – Az allergiás rhinitis ellátásáról

Az érvényesség időtartama:

év. hónap. nap - 2017.12.31.

III. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertanai kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátóinak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlatai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért a további indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

IV. DEFINÍCIÓK

1. Fogalmak

Allergiás rhinitis (AR) az ornyálkahártya IgE által közvetített allergiás gyulladása, amely klinikailag akkor állapítható meg, ha a jellegzetes tünetek, úgy mint tüsszögés, orrfolyás, orrdugulás és orrvizketelés közül legalább kettő (a kettő közül az egyik az orrdugulás vagy az orrfolyás), hetente több napon át, naponta legalább egy óráig keresztül fennáll [1].
A gátolt orr légzés, mint egyedül tünet nem elégséges a definícióhoz.

CSOPORTOSÍTÁS a betegség időtartama alapján [1]

A panaszok megjelenési időtartama alapján a betegség lehet **intermittáló** (a tünetek négy vagy kevesebb napig tartanak hetente, vagy négy vagy kevesebb héten keresztül) vagy **perzisztáló** (a tünetek időtartama több mint 4 hét és hetente több mint négy nap). Ez a felosztás más megvilágításba helyezi a rhinitises betegek tüneteinek időbeni megjelenését, mint a korábban évtizedeken keresztül használt **szezonális** (az év meghatározott időszakában szezonálisan jelentkező, pollen vagy gombaspóra okozta) és **perenniális** (egész éven át tartó, évszaktól/szezontól/független, legtöbbször házporatka vagy állati szőr okozta) megjelölések. Az európai irányelv beosztása ellenére azonban a mindennapi gyakorlatban, és az irodalomban is sokszor találkozzunk a szezonális/perenniális allergiás rhinitis meghatározásokkal [2], tehát a definíció használatát illetően még nincsen egységes gyakorlat.

Jelen irányelv az intermittáló/perzisztáló megnevezéseket használja, kivéve ahol az európai aktuális irányelvekben is a szezonális/perenniális kifejezés maradt. Ennek oka az, hogy bizonyos kezelések evidens vizsgálatait a régi nomenklátúra alapján történő betagbeválasztással végezték [3].

2. Rövidítések

AR= allergiás rhinitis
SAR= szezonális allergiás rhinitis
PAR= perenniális allergiás rhinitis
NAR= nem-allergiás rhinitis
SPT=skin prick test, prick bőrpróba
UPSIIT=University of Pennsylvania Smell Identification Test= a pennsylvaniai Egyetem által kidolgozott szaglásteszt
PEA=phenyl-ethyl-alkohol (szaglás-küszöbvizsgálati teszt)
INCS=intranasalis szteroid
ASA szindróma=asthma, sinusitis, aszpirin intolerancia
SIT=specifikus immunterápia
DNCG= dinátrium kromoglikát
SR-36= Medical Outcomes Survey Short-Form 36
RQOL= Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire

3. Bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az irányelv a bizonyítékok besorolására a korábbi hazai irányelv vezérlőben is alkalmazott, a magyar gyakorlatban ismert Shekelle [4] besorolást használja.

Ia= randomizált, kontrollált vizsgálatok meta-analízis-e
 Ib= legalább egy randomizált kontrollált vizsgálat
 IIa= legalább egy kontrollált de nem randomizált vizsgálat
 IIb= legalább egy más típusú, kísérleti jellegű vizsgálat
 III= nem kísérleti jellegű, hanem összehasonlító, korrelációs, vagy önkontrollos tanulmány(ok)
 IV= szakértői bizottság beszámolója vagy véleménye vagy elismert szakemberek klinikai tapasztalata, vagy mindkettő

4. Ajánlások rangsorolásának módja

Az irányelv az ajánlások besorolására a korábbi hazai irányelv verzióban alkalmazott, szintén Shekelle által kialakított [4] besorolást tartotta meg.

A= I evidencián alapul

B= II evidencián, vagy az I evidencia extrapolálásán* alapul

C= III evidencián, vagy I-III evidencia extrapolálásán alapul

D= IV evidencián, vagy I-III evidencia extrapolálásán alapul
 *extrapolálás azt jelenti, hogy egy bizonyos populáción elvégzett vizsgálat eredményét egy más, az adott ajánlás kialakítása szempontjából releváns populációra vetítik [4]

Az ajánlások mellett feltüntetjük az ajánlások státuszát abban az esetben, ha az ajánlás **ÚJ** vagy tartalmazásban **VALTOZOTT** a korábbi, A rhinitis diagnosztikájáról és kezeléséről szóló szakmai irányelvhez képest

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az allergiás rhinitis (AR) gyakori betegség, prevalenciája az utóbbi évtizedekben egyértelműen nőtt. Európában az AR prevalenciája 5-25% között van. Magyarországon az 5-70 éveseknek az AR prevalenciája 11-16% [5, 6, 7]. Hazánkban az iskoláskorú gyermekek között az AR prevalenciája 1987 és 2007 között megduplázódott: 8,1%-ról 17%-ra nőtt [8,9]. Az AR-es betegek számának megduplázódását alapították meg teljes populációban Budapesten kérdőívekkel és utánvizsgálattal: 1997-ben 11%, 2005-ben 21% volt [7]. Az ISAAC III. hazai adatai szerint 2003-ban a 6-7 és 13-14 éves gyermekek között az AR átlagos gyakorisága 9,93% volt [10]. A világ számos országában tapasztalt ugrásszerű prevalencia növekedés oka összetett, részben még ismeretlen, leginkább a „nyugati életstílus” komplex hatásával magyarázzák. Magyarországon a parlagfű, mint nem őshonos gyomnövény, utóbbi évtizedekben tapasztalt ugrásszerű, nagyfokú elterjedése, biztosan hozzájárul a szénanátha incidenciájának növekedéséhez [11].

Az AR társadalmi jelentőségét az adja, hogy a gyakori előfordulás mellett töként a gyermekeket és a munkaképes korú felnőtteket érinti, gyakran társul asztma bronchialehoz, és a rhinitises betegek több mint a fele a közepes/súlyos kategóriába esik [12].

A rhinitises betegek ellátásában az alapellátó rendszeren kívüli több szakellátás is részt vesz.

A legutóbbi hazai, rhinitis-szel foglalkozó irányelv 2010-ben készült, ami az alábbi szakrunk együttrmüködésének és konszenzusának eredménye volt: fül-orr-gégészet, immunológia és allergológia, tudógyógyászat, csecsemő és gyermekgyógyászat,

bőgyógyászat, háziorvostan. Az a dokumentum akkor a 2008-as kiadású európai szakmai irányelv alapján készült [1].

2. Célok

Célja, hogy az elérhető legmagasabb szintű bizonyítékokkal alátámasztott, szisztematikusan kifejlesztett klinikai döntési ajánlások sorozatával segítse az ellátókat és ellátottakat a legmegfelelőbb ellátás kiválasztásában, javítsa a gyógyító-megelőző munka minőségét, hatékonyságát, és az ellátási szintek közötti belegírányítás szempontjait meghatározza.

Az allergiás rhinitisben szenvedő betegek ellátása során a betegek lehető legnagyobb részének kontrollált állapotba hozása és tartása, a társbetegségek, különösen az asztma megelőzése, és mindezek által a beteg életminőségének javítása a cél.

Konkrét célok:

1. A háziorvosi ellátásban a betegség diagnosztikája és szakellátásba történő irányítása a megfelelő elvek alkalmazásával, időben történjék, ugyanakkor csak a valóban szakellátást igénylő esetek kerüljenek beutalásra.
2. A fül-orr-gégészeti szakellátásban az orrendszekopos vizsgálatok indokolt esetben történjenek meg.
3. Ha alsó légúti tünetek társulnak a rhinitishez, szükség szerinti sürgősséggel kerüljön a beteg pulmonológiai szakellátásba.
4. A nem fül-orr-gégészeti szakellátásban az allergiás rhinitis diagnosztikája és a beteg fül-orr-gégészeti szakvizsgálatra irányítása az irányelvben foglaltak szerint történjen meg.
5. Az irányelvben foglaltak szerinti kezelés hatására az AR-es betegek lehető legnagyobb része kerüljön kontrollált állapotba.
6. Az AR-es betegek ne kapjanak depot szteroidot.
7. Ne készüljön átnézeti orrmelléküreg felvétel AR-ben sinonasalis fertőzés gyanúja miatt.
8. AR-ben sinonasalis fertőzés gyanújaakor a mikrobiológiai minta levétele az irányelvben foglaltak szerint történjen.

VI. ÖSSZEFOGLALÓ

1. Felülvizsgálatkor változtatott ajánlások (opcionális)
 Jelen fejlesztés nem felülvizsgálat.

2. Meghatározó ajánlások

1. Az allergiás rhinitis megelőzése

Ajánlások

Függetlenül az atópiás hallamtdi, valamennyi csecsemőnél a legalább 4 hónapig történő szoptatás, valamint a korai életkorban történő háziipor-atka expozíció csökkentése javasolt az AR kialakulás rizikójának mérséklésére. Egész csecsemő és gyermekkorban meg kell védeni a gyermekeket a passzív dohányzástól (D) [3].

A háziipor-atka szint csökkentésének több módja ismeretes: ágynemű és puha játékok gyakori mosása 55 C° felett, kárpított felületek rendszeres vegyszeres

kezelése pl. acaricidokkal (por, hab), speciális porszívókkal történő rendszeres takarítás (HEPA filterrel), szőnyegek és portfogó bútorok eltávolítása, az ágyak betétdése speciális, alkáli árt nem ereszti huzatokkal.

Ajánlás2

A szenzitivizáció megelőzésére az allergizáló állatok eltávolítása a nem magas rizikójú csecsemők és kisgyermekek környezetébe nem indokolt, a magas rizikóval rendelkezőknél azonban megfontolandó (D) [3].

Magas atópiás rizikó azt jelenti, hogy legalább az egyik szülő vagy testvér atópiás beteg (allergiás rhinitis, asztma bronchiale, atópiás dermatitis).

Ajánlás3

A születendő gyermek allergiájának megelőzésére terhesség és szoptatás alatt az anya allergénszegény diétája nem indokolt (D) [3].

II. Az allergiás rhinitis fellelőzése

Ajánlás4

Az allergiás rhinitis fő tünetei (orrfolyás, orrdugulás, tüsszegés és orrvizelés) közül legalább kettőnek az észlése elengedhetetlenül fontos az AR fellelőzéséhez. E két tünet közül az egyik az orrdugulás vagy az orrfolyás kell, hogy legyen. Betegségnek az tekinthető, ha ezek a tünetek naponta legalább egy órán át, hetente több napon át fennállnak (D) [1].

A fő tüneteken kívül még lehet torokviszketés, torokfájás, szemtűnetek (viszketés, vörösség, könnyezés), köhögés, fulladás, hőemelkedés, fejfájás, fáradtság, alvászavar. Gyermekeknél a tünetek mellett gyakori az orrvizelés okozta „allergiás szalutálás”, a következményes haránt barázdá a porcos – csontos orrhát hátán, valamint az elhúzódó és recidiváló légúti fertőzések, iskolás és serdülőkorban a rhinosinusitis együttes előfordulása.

III. Allergiás rhinitis diagnosztikája, differenciál-diagnosztikája

Ajánlás5

A tünetekrepanaszokra, alarm tünetekre, a tünetek súlyosságára, az AR kontrolláltsági fokára, kockázati tényezőkre, kiváltó okokra, a rhinitis típusára és a társbetegségekre utaló kórtörténeti adatok pontos felvétele alapvetően fontos az AR diagnosztikájában, ezért elvégzése feltétlenül ajánlott (D) [1].

Ehhez segítséget nyújtanak azok a kérdőívek, amelyek az Irányelv XI/3.2.1-5. pontja alatt megtalálhatóak.

Kiváltó tényezők a VII./11.d, a kockázati tényezők a VII./11.e, a társbetegségek a VII./11.g pont alatt részletezve.

Ajánlás6

A háziorvos, házi gyermekorvos és a nem fül-orr-gégészek feladata az Ajánlás5-ben foglaltaknak megfelelően a kórtörténet felvétele, a beteg megtekintése, és az orrlégzés megfigyelése, az orrváladék (ha van), az arc nyomásérzékeltségének, illetve kopogtatási érzékenységének, a torok (lecsorgó váladék), a szem, esetenként a tüdő vizsgálata (D) [1].

Ennek alapján el kell döntenie, hogy elkezdheti-e kezelni a rhinitist az Irányelv szerint, vagy fül-orr-gégész szakorvoshoz és/vagy tüdőgyógyászhoz kell utálnia a beteget. Lásd Ajánlás7, Ajánlás8.

Ajánlás7

Ha az AR-es tünetek mellett elhúzódó vagy recidiváló alsó légúti tünetek is megjelennek vagy a kórtörténet és a körfolyás alapján asztma bronchiale gyanúja felmerül, kötelező a pulmonológiai/gyermekek pulmonológiai vizsgálat (D) [1].

Segítség: Irányelv XI/3.2.2. „Alsó légúti szűrőkérdések”.

Ajánlás8

Fül-orr-gégészeti szakvizsgálat kötelező „alarm tünetek” esetén, közepes/súlyos perzisztáló AR-ben, nem-allergiás krónikus rhinitis, valamint elhúzódó vagy recidiváló önálló orrdugulás, társuló halláscsökkenés esetén (D) [1]. „Alarm tünetek” közül arc- és periorbitális duzzanat, ismétlődő orrvérzés esetén a szakorvosi vizsgálat sürgős, a lehető legfrövidebb időn belül történjen meg.

„Alarm tünetek” a következők: elhúzódó vagy recidiváló jellegű tünetek: feiodali panaszok, gennyes orrfolyás (elhúzó és/vagy garati), arcfájdalom, fejfájás, orrvérzés, valamint szaglásvesztés, láz, rossz általános állapot, arc- és periorbitális duzzanat (kérdőív az Irányelv XI/3.2.3. pontban).

Ajánlás9

A fül-orr-gégészeti szakvizsgálat (aktar halasztva) ajánlott közepes/súlyos intermittáló allergiás rhinitisben és enyhe intermittáló vagy perzisztáló allergiás rhinitisben. Közepes/súlyos intermittáló AR-ben akkor lehet halasztani a fül-orr-gégészeti vizsgálatot, ha a panaszok típusosan szezonális jellegűek (D) [1].

Ajánlás10

A fül-orr-gégészeknek kötelező minden perzisztáló rhinitisben az orrendoscopia elvégzése, az általános fül-orr-gégészeti fizikális vizsgálat mellett (D) [1].

Ajánlás11

A prick bőrpróba (skin prick test=SPT) az IGE közvetítette allergiás rhinitis gyanújakor az inhalatív allergén kutatásában első vonalbeli diagnosztikus módszer, ezért AR gyanújakor elvégzése feltétlenül javasolt (D) [1].

Mivel anafilaxiás reakció vagy egyéb szisztémás reakció előfordulhat, SPT-et csak rendelési körülmények között javasolt végezni.

Ajánlás12

Szérum specifikus IGE meghatározása javasolt AR gyanújakor, ha SPT nem végezhető, mint bizonyos bőrbetegségekből, vagy csecsemőkorban. Kisgyermekkorban is alkalmazható, mint első vonalbeli diagnosztikus módszer. Megfontolandó a végzése, ha a klinikai kép és a SPT eredménye között ellentmondás van, és specifikus immunterápia előtt a releváns allergén in vitro módszerrel történő bizonyítására (D) [1]. **VÁLTOZOTT**

Csecsemőknél, és gyakran kisgyermekeknél nehezen kivitelezhető illetve éréthetetlen a SPT, ilyen esetekben szárum spec.IgE végzése javasolt, mint első vonalbeli allergenkutatási módszer [2].

Ajánlás13

Allergén specifikus nasalis provokáció indikált, ha a klinikai kép, a SPT és a szérum specifikus IgE eredménye között ellentmondás van, és a releváns kiváltó allergén kiderítése feltétlenül szükséges, mint pl. specifikus immunterápia előtt (D) [1]. Specifikus nasalis provokációt csak ebben járatos szakember, intézeti háttérrel (ill.szint) végezhető a szisztémás allergiás reakció, mint szövődmény veszélye miatt (D).

Ajánlás14

Az orrváladék mikrobiológiai vizsgálatára a középső orrfaraktból orrendoscoppal, vagy melléküreg aspirációval/bibítéssel nyert anyagot javasolt vizsgálni (D) [15].

Ajánlás15

Az AR diagnosztikájában/differenciál-diagnosztikájában átnézeti orrmelléküreg felvétele készítése nem javasolt. A differenciál-diagnosztikában szükség esetén CT vagy MRI vizsgálat javasolt (D) [1].

Ajánlás16

A kórtörténet és a fizikális vizsgálat alapján a fül-orr-gégész indikálja az egyéb vizsgáló eljárásokat (ormelléküreg CT, MRI, nasalis légzésfunkciós vizsgálatok, szaglásvizsgálat, szövettani/citológiai vizsgálat, mikrobiológiai vizsgálat) (D) [1].

IV. A rhinitises beteg állapotának felmérése

Ajánlás17

Az allergiás rhinitises beteget észlelő orvosnak minden vizit során a rhinitis súlyosságát és a rhinitis típusát (perzisztáló vagy intermittáló) fel kell mérnie, valamint javasolt a rhinitis kontrolláltságát is megítélnie, mivel ezek alapján történik a kezelés (D) [1, 21].

A betegség súlyosságának meghatározását a XI/3.2.4. pont alatti kérdőív, a kontrolláltságának megítélését a XI/3.2.5. pont alatti kérdőív segíti.

V. A rhinitis kezelése

Ajánlás18

Típusos szezonális rhinitisben vagy enyhe fokú (intermittáló vagy perzisztáló) rhinitisben a háziorvos/házi gyermekorvos és a nem fül-orr-gégész megkezdheti a rhinitises beteg iránylev szerinti kezelését, annak első lépésével. Amennyiben a beállított kezelés 2-6 héten belül

eredménytelen, kötelező a fül-orr-gégészeti szakvizsgálat. Minden egyéb esetben (lásd Ajánlás8) a beteget a kezelés megkezdése nélküli fül-orr-gégész szakorvoshoz kell irányítani (D) [1].

A fül-orr-gégész felállítja a klinikai diagnózist, és terápiás javaslatot tesz. A terápiára beállított beteget a fül-orr-gégész visszaküldi gondozására a háziorvoshoz. A terápiás lépésekről ábra a VI/3.2. pont alatt látható.

VI/1. Allergénkerülés

Ajánlás19

Házipor-átka allergia okozta AR-ben a jelenleg használatos egyes kémiai vagy fizikai eliminációs módszerek vagy azok együttes kombinációjának alkalmazása megkísérélhető, de nem feltétlenül javasolt (D) [3].
VALTOZOTT

Ajánlás20

Allergi szőr érzékenyek otthoni környezetéből javasolt eltávolítani az allergiát okozó háziállatot (D) [3].

Ajánlás21

Penészgomba okozta AR-ben javasolt a penész forrás eliminációja (D) [1, 3].

VI/2. Gyógyszeres kezelés

Ajánlás22

Az első generációs antihisztaminok nem javasoltak allergiás rhinitis kezelésére sem felnőtt sem gyermekkorban (A) [1, 16].

Ajánlás23

Az orális második generációs antihisztaminok javasoltak AR kezelésére felnőtt és gyermekkorban (A) [1].

Ajánlás24

Intranasalis antihisztaminok javasoltak szezonális AR kezelésében felnőtt és gyermekkorban (A) [3].

Ajánlás25

Az orális és intranasalis antihisztaminok elsőként választandó szerek felnőtt és gyermekkorban enyhe fokú allergiás rhinitisben, és közepes/súlyos fokú intermittáló allergiás rhinitisben, ha a vezető tünet a tüsszögés, orrfolyás, szem-, orr-, torokviszkedés. Csak orrtünetek esetén az intranasalis forma, több szervi allergiás tünetek esetén az orális forma adása javasolt. Figyelembe lehet venni a beteg preferenciáját is (D) [1, 2].

Ajánlás26

Nasalis szteroidok javasoltak, mint elsőként választandó szernek a felnőtkori és gyermekkori perzisztáló allergiás rhinitis közepes/súlyos esetében, valamint a felnőtkori és gyermekkori intermittáló allergiás

rhinitis közepes/súlyos esetekben, ha a gátolt orrégzés a meghatározó tünet (A) [1,2].

Ajánlás27

Aktuális orr- és szinuszrhinitisben, a súlyosságát betegellátás keretében, ha a betegnek nincsenek „alarm” tünetei, nasalis dekongesztáns, intranasalis szteroid és orális II. generációs antihisztamin adása javasolt. „Alarm” tünetek esetén fül-orr-gégészeti szakvizsgálat feltétlenül javasolt, „alarm” tünetek nélkül a fül-orr-gégészeti vizsgálat halasztva javasolt (D) [1]. „Alarm tünetek” közül arc- és periorbitális duzzanat, ismétlődő orrvérzés esetén a szakorvosi vizsgálat sürgős, a lehető legrovidebb időn belül történjen meg.

„Alarm” tünetek a XI/3.2.3. pont alatti kérdőív.

Ajánlás28

Intranasalis szteroid és intranasalis antihisztamin (fluticason propionát+azelasztin hidroklorid) kombinációja javasolt közepes/súlyos fokú szezonális allergiás rhinitisben (A) [14]. *Uj*

Ez a kombináció hatékonyabb, mint az egyes alkotóelemek önállóan.

Ajánlás29

Depot szteroid vagy intranasalis szteroid injekció nem adható allergiás rhinitisben. Szisztémás szteroid allergiás rhinitisben csak kivételes esetben indokolt, és akkor is csak rövid ideig tartó per os formában: felnőttek: 7-21 nap, max. 1 mg/kg/dle prednisonnal egyenértékű szteroid; iskoláskorú gyermekeknek 3-7 napig, napl 10-15 mg per os prednison. Adása előtt fül-orr-gégészeti vizsgálat szükséges, a biztos klinikai diagnózis felállításához (D) [2,3].

Ajánlás30

Intranasalis kromoglikát javasolt gyermekkorú és felnőttkori enyhe fokú AR-ben (A) [1].

Jelenleg nincsen hazánkban forgalomban intranasalis kromoglikát.

Ajánlás31

Az intranasalis dekongesztánsok súlyos orrdugulással járó közepes/súlyos fokozatú rhinitisben adjuváns szerepként indikáltak. 10-14 napnál tovább nem alkalmazásuk rhinitis medicamentosához vezethet, ezért tartós adagolásuk nem javasolt (C) [1,2,3].

Ajánlás32

Orális antihisztamin és orális dekongesztáns kombinációs kezelés hatékony AR-ben (A) [1], de tartós használat nem javasolt, csak maximálisan 10-14 napig (D) [1,3].

Ajánlás33

Montelukast (leukotrien antagonist) adása javasolt szezonális AR-ben és iskoláskor előtti perennális AR-ben (A) [3].

Hazánkban jelenleg orális AR-ben nem törzskönyvezett, de asztma és AR együttes előfordulása esetén rendelhető.

Ajánlás34

Specifikus immunterápia (SIT) javasolt, ha az optimális gyógyszeres (tűnet) kezelés nem eredményes, ha a beteg nem akar, vagy mellékhatások miatt nem tud tűneti szereket alkalmazni, ha az allergén elimináció nem lehetséges, ha a klinikai tünetek közepes/súlyosak, és a tünetek több mint 30-60 napot tartanak évente, valamint a SIT egyéb feltételei fennállnak, és nincsen kontraindikációja (D) [1]. Allergológussal való konzultáció feltétlenül javasolt (D).

A SIT feltételei: a klinikailag releváns allergénnel bizonyított IgE mediálta túlérzékenység, a klinikai tünetekért felelős allergén(ek) tisztított, standardizált kivonata rendelkezésre áll.

Kontraindikált a SIT: 3 blokkoló szedésekor, egyéb immunológiai betegségben, a beteg együttműködési zavara miatt, nem kontrollált asthma bronchiale esetén [1].

Ajánlás35

Subcutan vagy sublingualis SIT ajánlott felnőttkori és gyermekkori szezonális és házipor-atka okozta perennális AR-ben (A) [2,3].

A subcutan SIT súlyos, életveszélyes szisztémás allergiás reakciót okozhat, ezért adása nagy körültekintést igényel, csak intenzív háttér mellett (III. szint) végezhető (D). A subcutan és SLIT közötti választásban figyelembe lehet venni a beteg preferenciáját (D).

Mindekképp hatékony.

A SLIT előnyei: a mellékhatások kisebb valószínűsége, a beteg jobb együttműködése (a kezelés otthon végezhető), a kevesebb orvosi vizit miatt költségkímélő. Súlyos, életveszélyes szisztémás reakció nem fordul elő, azonban gyakorlatban a lokális, rövid időtartamú mellékhatások.

Ajánlás36

Felnőttkori és gyermekkori allergiás rhinitisben a fiziológiás sóc oldattal történő ormosás javasolt, mint kiegészítő kezelés (A) [2,13]. **VÁLTOZOTT**

Ajánlás37

Intranasalis fényterápia (ultraibolya-B 5%, ultraibolya-A 25% és látható fény 70%) javasolt felnőttkori szezonális AR-ben és házipor-atka okozta perennális AR-ben (B) [17,18].

Ez a speciális fénykezelés magyar találmány. lb evidenciájú vizsgálatok bizonyítják hatékonyságát.

Ajánlás38

Homeopátia, akupunktúra, fitoterápia hatékonysága és biztonságossága nem kellően bizonyított, így alkalmazása nem javasolt AR kezelésében (D) [3].

Ajánlás39

Műtét javasolt AR-ben gyógyszeres kezeléssel befolyásolhatatlan és jelentős mértékű alsó orrfagyó-magnagyobbodás, valamint az AR-hez társuló bizonyos, sebészi megoldást kívánó rhinológiai betegségekben (D) [1].

Ajánlás40

Az AR lépcsőzetes kezelése javasolt (D) [1].
A lépcsőzetes kezelés a VI/3.2 pont alatti ábrán látható.

Ajánlás41

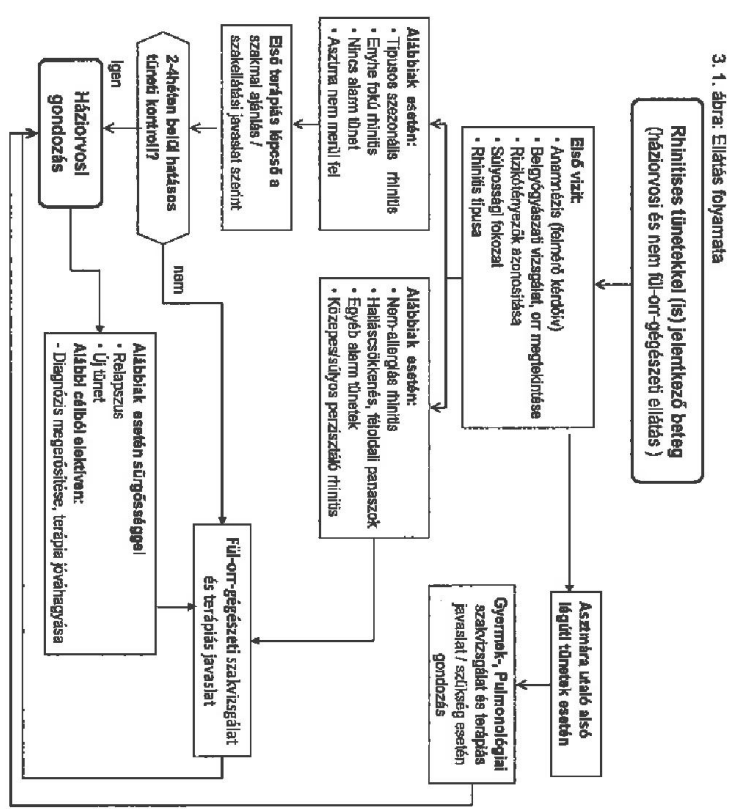
A rhinitis allergiás beteg gondozása a háziorvos/házi gyermekorvos feladata, a beteg állapotától függően 6 havonta-évente felülvizsgálata javasolt (D) [1].

Ajánlás42

A gondozott rhinitis allergiás betegnél ismételt fül-orr-gégészeti szakvizsgálat szükséges, ha az addig jól kontrollált tünetek a megfelelő kezelés ellenére súlyosbodnak, ha a nasalis szterek esetleges mellékhatásának gyanúja felmerül (pl. véres orrváladék), vagy ha a tünetek megváltoznak (D) [1].

3. Az ellátási folyamat algoritmus (ábrák)

3.1. 1. ábra: A rhinitis ellátásának folyamata [1]



b. Genetikai háttér

Az allergiás rhinitis az atopiás megbetegedések közé tartozik, s mint ilyen poligenetikus örökírdődést mutat. Jellemző a halmozott családi előfordulás.

c. Patomechanizmus

Az atopiás alkati egyéneknél a szenzibilizálódás általában már a korai életkorban megtörténik, de később is bármikor bekövetkezhet. Ennek eredményeként az adott allergénen Th2 immunreakciót indít be: a Th2 sejtek által termelt IL-4 hatására a plazmaszfétek specifikus IgE-t termelnek, ami a szenzibilizált egyén shockszerveiben, az orrmagkaphártyán a célsejtek (basophil- és hisztociták) felszini receptoraihoz kapcsolódik. Ha az orrmagkaphártyára ismételt allergén jut, az a specifikus IgE-hez kötődik, mire a sejtek degranulációja jön létre. A granulumból felszabadult preformált mediátorok (hisztamin, tryptase, stb.) és a sejtmembránban újonnan képzett anyagok (prostaglandinok, leukotriének, vérlemezke aktiváló faktor stb.) felelősek jórészt az allergiás rhinitis jellegzetes tüneteier. A legfontosabb mediátor AR-ben a hisztamin. Főként ez okozza az ún. korai reakciót (tüsszögést, bő vizes orrfolyás, viszketés, enyhe orrdugulás), ami az allergén behatását követően percekken belül kezdődve 15-30 percig tart. Az antigén megjelenése proinflammatorikus citokinek termelését indítja be, amelyek a strukturális sejteket (fibroblasztok, endotelseltek, epielseltek) is aktiválják. A Th2 sejtek által termelt IL-5 elősegíti az eozinofil sejtek migrációját, aktívációját, növeli azok élettartamát. A gyulladáshoz és eozinofil sejteknek a shockszervebe történő vándorlását segítik elő. Az allergén megjelenését követően néhány óráan belül már kialakul a gyulladás helyén az eozinofília. Az eozinofil sejtekből felszabaduló citotoxikus fehérjék, leukotriének, PAF és egyéb lipidmembránok okozzák az ún. késői fázis tüneteit: a tartós orrdugulást, a nasális hiperreaktivitást és a nasális telitődést.

d. Kiváltó tényezők

Az AR-t leggyakrabban aeroallergének váltják ki: virágporok, házporakka, állati szőrök, gombaspórák, egyes foglalkozási allergének (gabonaliszt, pamut, gyapjú, enzimek, izocianát, latex stb.). Ritkábban nutritív allergének (tej, tojás, dió, hal, mogyóró, kagylók stb.) is okoznak AR-t. Hazánkban három fő pollenszezon jellemző. Kora tavasszal (március-április) bizonyos fák (mogyóró, nyír, éger, kőris stb.), tavasz végén és nyáron (április-augusztus) a fűfélék, nyárvégén-összei (július-október) egyes gymnódivények (parlagfű, üröm stb.) váltanak ki AR-t. A leggyakoribb és legsúlyosabb AR-t a parlagfű virágpora okozza [11]. Ismertek pollen-ételi keresztreakciók, amikor bizonyos ételek bizonyos pollenallergiás betegeknél tüneteket válthatnak ki. Ilyen pl. parlagfű érzékenyeknél a sárgadinnye, uborka, cukkini, görögdió, banán, zeller; a nyírfa allergiásoknál a rozs; mogyóró, paradicsom, sárgarépa, mogyóró, zeller; pázsitfű érzékenyeknél a rozs; mogyóró pollenérzékenyeknél az összes olajos mag; fekete üröm allergiásoknál a kapor, sárgarépa, zeller, alma, kivi.

A mindenképp megtalálható házi por fő allergénjei az atkák (*Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinæ*, stb.) ürülékeiből származnak, aminek beszáradt maradványai a levegőbe kerülve inháláció útján okozhatnak AR-t. Az

ember környezetében élő bizonyos állatok (kutyá, macska, nyúl, ténén stb.) szőre, testnedvei, hánja szintén gyakori perennális allergén. A külvilágban és a lakáson belül élő gombaspórák koncentrációja különösen nedves, pártás időben, rosszul szellőző, nedves helységeken lehet magas, légtűi allergiás tüneteket okozva az érzékenyekben.

Aktív AR-es betegek tüneteit nem specifikus ingerek, irritáló is kiválthatják pl. illatszerek, por, festékek, kozmetikumok, tisztítószerek, dohányfüst stb.

e. Kockázati tényezők

A családban előforduló atopiás betegségek (asztma bronchiale, rhinitis allergica, atopiás dermatitis), különösen a szülők AR-e komoly kockázati tényező. További rizikót jelentenek a városi környezet, a levegőtisztaság (modern energiahordozók égéstermékai: NO₂, dízel-térszecsék), a szüléti pollenszezonban, a jobb szociális körülmény, az anya terhesség alatti dohányzása, a csecsemőkori ételallergia, az atopiás dermatitis vagy az asztma bronchiale.

f. Életkor/nem

Az AR előfordulási gyakorisága iskoláskorban kezd növekedni, és fiatal felnőtkorban a legmagasabb. Neme közötti gyakoriságban szignifikáns különbséget legtöbbször nem találunk. A legsúlyosabb tüneteket fiatal felnőtkorban okozza, 50-60 éves kor után enyhülnek a panaszok, vagy egyes esetekben meg is szűnnek, nagyobb allergénterhelésre vagy vírusinfekciót követően ismét megjelenhetnek.

Az irányelvben foglalkozunk a gyermek és felnőtt rhinitissel, de nem foglalkozunk a társult conjunctivissal és a rhinitis és asztma bronchiale együttes előfordulásával.

g. Gyakori társbetegségek

A felső és alsó légúti betegségek szoros összefüggése és egymásra hatása ismert tény [1]. Az asztmás betegek több mint a fele rhinitis allergiás. A rhinitis allergiás betegek kb. 30%-a asztma bronchialeban is szenved. Az asztma kialakulásának kockázata rhinitisben 4-5-szöröse az egészségesekhez viszonyítva, függetlenül attól, hogy allergiás vagy nem allergiás rhinitisről van szó. Az AR-en belül a komolyabb kockázatot a perzisztáló, illetve közpsúlyosú súlyos AR jelenti. Az AR optimális kezelése javítja a fennálló asztma tüneteit [1, 1b]. Epidemiológiai adatok nem bizonyítják egyértelműen, hogy a heveny vagy krónikus rhinosinusitis gyakrabban lenne AR-ben mint a kontroll csoportban. Az orrpolypóssal járó krónikus rhinosinusitis sem fordul elő gyakrabban AR-ben, mint az átlag népességben. Enyhe fokú rhinosinusitisben és orrpolypóssban nagyobb a valószínűsége az egyidejű AR-nek, mint a súlyos fokú betegségben. AR-ben gyakrabban a fülkürt működési zavara, gyermekkorban pedig az otitis media chronica seromucosa, mint a nem allergiás egyénekben [1].

Az allergiás conjunctivitis különböző formái is gyakran jelentkeznek AR-ben, különösen pollenszezonban, a betegek 70-90%-a szenved tőle [1].

Gyermekkorban az AR leggyakoribb társbetegségei az allergiás conjunctivitis, asztma bronchiale (50-75%), fülkürt működési zavar, rhinosinusitis. Klinikai vizsgálatok bizonyítják, hogy a perzisztáló AR a szájpadi- és az orrmandulák

hypertrophiáját okozzák, és ez gyakran oka a poliszomnografiával igazolt apnoe-hypopnoe szindrómának gyermekkorban. A kora gyermekkorban AR bizonyított rizikó tényezője a későbbi gyermekkorban kialakuló asthma bronchialisnak [3].

II. Az allergiás rhinitis megelőzése

A primer prevenció a szennyezés megelőzését jelenti, ami vonatkozhat magas, vagy alacsony atópiás hajlamú egyénekre.

Magas atópiás rizikó azt jelenti, hogy legalább az egyik szülő vagy testvér atópiás beteg (allergiás rhinitis, asztma bronchiale, atópiás dermatitis).

Alánlás¹

Függetlenül az atópiás hajlamtól, valamennyi csecsemőnél a legalább 4 hónapig történő szoptatás, valamint a korai életkorban történő házipor-atka expozíció csökkentése ajánlatos az AR kialakulás rizikójának mérséklésére. Egész csecsemő és gyermekkorban meg kell védeni a gyermekeket a passzív dohányzástól (D) [3].

A házipor-atka szint csökkentésének több módja ismeretes: ágyazni és puha játékok gyakori mosása 55C fok felett, kárpitozott felületek rendszeres vegyszerezése pl. acantriddel (por, hab), szőnyegek és portfogó bútorok eltávolítása, az ágyak befedése speciális huzatokkal stb. A bizonyítékok ereje alacsony, további kontrollált vizsgálatok szükségesek.

Alánlás²

A szennyezés megelőzésére az allergizáló állatok eltávolítása a nem magas rizikójú csecsemők és kisgyermekek környezetéből nem indokolt, a magas rizikóval rendelkezőknél azonban megfontolandó (D) [3].

Az allergizáló állatok eltávolítása nem csökkentheti bizonyítottan az AR kialakulásának esélyét. További kontrollált vizsgálatok szükségesek.

Alánlás³

A születendő gyermek allergiájának megelőzésére terheltség és szoptatás alatt az anya allergénszegény diétája nem indokolt (D) [3].

A bizonyítékok szintje alacsony. További kontrollált vizsgálatok szükségesek.

A másodlagos prevenció azokra az egyénekre vonatkozik, akik már szenzibilizáltak, de még nem alakultak ki a betegség tünetei. Felvetődik a releváns allergén kerülése, vagy éppen a nagyobb adagjalval való expozíció jóétkony hatása (immunotolerancia indukálása). Ezzel kapcsolatban ellenmondosások az iodalmi adatok, további kontrollált vizsgálatok szükségesek.

A harmadlagos prevenció a manifeszt betegek tüneteinek megelőzését és a további szervi manifesztációk kialakulásának megelőzését célozza. Lásd VII/1 Allergénkerülés és VI/3 Specifikus immunterápia.

Az AR felismerése a beteg tüneteinek és panaszai alapján történik.

III. Az allergiás rhinitis felismerése

Alánlás⁴

Az allergiás rhinitis fő tünete (orrfolyás, orrdugulás, tüsszögés és orrvizketés) közül legalább kettőnek az észlelése elengedhetetlenül fontos az AR felismeréséhez. E két tünet közül az egyik az orrdugulás vagy az orrfolyás kell, hogy legyen. Betegségnek az tekinthető, ha ezek a tünetek naponta legalább egy óra át, hetente több napon át fennállnak (D) [1].

A fő tüneteken kívül még lehet torokviszketés, torokfájás, szentünetek (viszketés, vörösség, könnyezés), köhögés, fulladás, hőemelkedés, fejfájás, fáradtság, alvászavar. Az egyes tünetek megjelenése és intenzitása egyéni-egyéne változik, és egy beteg panaszai is hullámzó lefolyást mutatnak, főként a kiváltó ok/allergének jelenlététől, intenzitásától függően.

Gyermekeknél a fentiek mellett gyakori az orrvizketés okozta, allergiás szalutálás, a következményes haránt barázdá a porcos –csontos orrát hátrán, valamint az elhúzódó és recidiváló legúti fertőzések és a rhinosinusitis együttes előfordulása

IV. Allergiás rhinitis diagnosztikája

1. Alapvizsgálatok: kórtörténet felvétele és fizikális vizsgálat

1.1. Kórtörténet

Alánlás⁵

A tünetekre/panaszokra, alamm tünetekre, a tünetek súlyosságára, az AR kontrolláltsági fokára, kockázati tényezőkre, kiváltó okokra, a rhinitis típusára és a társbetegségekre utaló kórtörténeti adatok pontos felvétele alapvetően fontos az AR diagnosztikájában, ezért elvégzése feltétlenül ajánlott (D) [1].

Azonban tudnunk kell, hogy a tünetek és panaszok önmagukban – típusos pollenosis kivételével - nem definiálják megfelelő módon az AR-t, ezért föl-orr-gégészeti és allergológiai vizsgálat szükséges a biztos klinikai diagnózis felállításához. Tisztázni kell az eddigi kezelés módjait, azok eredményességét. Tüneti napló és betegség specifikus kérdéseket tartalmazó kérdőívek alkalmazása is hasznos, valamint az AR kontrolláltságának meghatározása [1, 2, 21].

Törékedni kell az alábbiak megállapítására:

- Allergiás vagy nem-allergiás rhinitisre jellemző tünetek állnak fenn? (lásd. XI/3.2.1. kérdőív)
- Milyen súlyos a rhinitis? (lásd. XI/3.2.4. kérdőív)
- Pollenosisra, szezonális rhinitisre utaló tünetek vannak-e?
- Nasalis vasoconstrictor („orrcsepp”)-abusus fennáll-e?
- Bronchialis hiperreaktivitásra, társuló asztmára utaló panaszok észlelhetők-e? (ld. XI/3.2.2. kérdőív)
- Vannak-e „alamm-tünetek”? (lásd. XI/3.2.3. kérdőív)
- Önálló tünete az orrdugulás?

- Van-e betegnek rhinosinusitisre jellemző tünetei?
- Kontrollálta-e a rhinitist? (lásd. XI/3.2.5).

1.2 Fizikális vizsgálat

Ajánlás8

A háziorvos, házi gyermekorvos és a nem fül-orr-gégész szakorvos feladata az Ajánlás8-ban foglaltaknak megfelelően a kórtörténet felvétele, a beteg megtekintése, az orrlégzés megfigyelése, az orrvilágítás (ha van), az arc nyomásérzékenységeinek, illetve kopogtatási érzékenységeinek, a torok (lacsorgó váladék), a szem, esetenként a tüdő vizsgálata (D) [1].

Ennek alapján el kell döntenie, hogy elkezdheti kezelni a rhinitist az irányelv szerinti, vagy fül-orr-gégész szakorvoshoz és/vagy tudógyógyászhoz kell utalnia a beteget. Lásd Ajánlás7, Ajánlás8.

Ajánlás7

Ha az AR-es tünetek mellett elhúzódó vagy recidiváló alsó légúti tünetek is megjelennek, vagy a kórtörténet és a kórtörténet alapján asthma bronchiale gyanúja felmerül, kötelező a pulmonológiai/gyermek pulmonológiai vizsgálat (D) [1].

Segítség: irányelv XI/3.2.2. „Alsó légúti szűrkérések”.

Ajánlás8

Fül-orr-gégészeti szakvizsgálat kötelező „alarm tünetek” esetén, középsúlyos perisztaltó AR-ben, nem-allergiás kronikus rhinitis, valamint elhúzódó vagy recidiváló önálló orrdugulás, társuló halláscsökkenés esetén (D) [1]. „Alarm tünetek” közül arc- és periorbitális duzzanat, ismétlődő orrvérzés esetén a szakorvosi vizsgálat sürgős, a lehető legrövidebb időn belül történjen meg.

„Alarm tünetek” a következők: elhúzódó vagy recidiváló jellegű tünetek: félsidai panaszok, gennyes orrvégzés (elhúzó és/vagy garati), arcfájdalom, fejfájás, szaglásvesztés, orrvérzés, láz, rossz általános állapot, valamint arc- és periorbitális duzzanatot (kérdőív az irányelv XI/3.2.3. pontban).

Ajánlás9

A fül-orr-gégészeti szakvizsgálat (akár halasztva) ajánlott közepes/súlyos intermittáló allergiás rhinitisben és enyhe intermittáló vagy perisztaltó allergiás rhinitisben. Közepes/súlyos intermittáló AR-ben akkor lehet halasztani a fül-orr-gégészeti vizsgálatot, ha a panaszok típusosan szezonális jellegűek (D) [1].

A biztos klinikai diagnózis felállítása rhinitisben csak fül-orr-gégészeti vizsgálatokkal lehetséges. Annak sürgőssége elsősorban a tünetek súlyosságától, „alarm tünetek” jelenlététől (Ajánlás8), illetve a panaszok jellegzetes szezonálisától függ.

Perisztaltó rhinitisben a pontos klinikai diagnózis felállítása, a differenciáldiagnózis szisztematikus elvégzése alapvetően fontos. Intermittáló, típusos szezonális náthában a kórtörténet nagyobb valószínűséggel definiálja a betegséget, mint perisztaltó rhinitisben.

2. Kiegészítő vizsgálatok

Kiegészítő vizsgálatokra akkor kerülhet sor, ha az alapvizsgálatok során a diagnózis nem állítható fel megnyugtatóan, ha a kezdeti terápia nem volt eredményes, illetve amennyiben a beteg tüneti kontrollja nem megfelelő.

2.1. Fül-orr-gégészeti szakvizsgálat

Az orr fizikális vizsgálata fontos a rhinitis diagnosztikájában, főként a differenciál diagnózis szempontjából. A teljes fül-orr-gégészeti vizsgálattal a fül-orr-gégészeti látszabetegek felismerhetőek.

Ajánlás10

A fül-orr-gégészeteknek kötelező minden perisztaltó rhinitisben az orrandoscopya elvégzése, az általános fül-orr-gégészeti fizikális vizsgálat mellett (D) [1].

Az orrandoscopyos vizsgálat a differenciál-diagnózis szempontjából a legfontosabb diagnosztikus módszer. Eredményétől függően, egybevetve a tünetekkel/panaszokkal indikálható további egyéb vizsgálat.

Orrandoscopyos vizsgálatnál elemzésre kerül az ornyálkahártya és az orrgarati nyálkahártya állapota, látható az esetleges ödéma, káros váladékcserzés, káros szövetplasz, idegentest. Felismerhetőek a káros betegségek (rhinosinusitis acuta, -chronica, orrpolyposis), az anatómiai deformitások és az orrüreg-, orrmélektüreg-, az orrgarat egyéb elérései. Ezen kívül meg kell állapítani, hogy nem áll-e fenn olyan endonasalis eltérés, amely megnehezíti vagy lehetetlenné teszi az intranasalis szerek alkalmazását.

2.2. Bőrpróba (bőrtesztvizsgálat)

A bőrpróba célja a bőrben levő specifikus IgE kimutatása.

Ajánlás11

A prick bőrpróba (skin prick test=SPT) az IgE közvetítette allergiás rhinitis gyanújakor az inhalatív allergén kutatásában első vonalbeli diagnosztikus módszer, ezért AR gyanújakor elvégzése feltétlenül javasolt (D) [1].

Amennyiben eredménye jól korrelál a klinikai tünetekkel, további allergénkutatás nem szükséges. Ételallergiák és foglalkozási allergiák diagnosztikájában kevésbé ad megbízható eredményt. A bőrpróba előnye az, hogy egyszerű, gyors (15 perc múlva leolvasható), egyszerre 15-20 allergénnel kapcsolatban vizsgálható a beteg, olcsó, lényegében fájdalommentes, magas a specifitása, jól reprodukálható, a szisztémás allergiás reakció veszélye kicsi. Mivel anafilaxiás reakció vagy egyéb szisztémás reakció előfordulhat, SPT-et csak rendelési körülmények között javasolt végezni. SPT során az alkarok hajlító oldalára csepegtetett allergénoldaton keresztül felszines szűrtést ejtünk a bőrön. Az azonnali reakció során keletkezett csalan góbb legnagyobb átmérőjét vizsgáljuk a pozitív (hisztamin oldat) és a negatív kontrollgóbbhoz viszonyítva. Ha az allergén okozta csalan góbb átmérője, reakciómentes negatív kontroll esetén, legalább 3 mm, akkor a bőrpróba pozitív. Ritkán álpozitív (dermografizmus) reakció előfordulhat. Ahéghatví SPT-et leggyakrabban antihisztaminok szedése okoz (szedés alatt és után változó ideig, a gyógyszerrel függően), de technikai probléma is lehet (lejárt bőrpróba oldatok, azok

nem megfelelő tárolása hűtőszekrényben). Csecsemő-, és kisdedkorban, illetve idős embereknel gyakoribb az álpozítív/álmegatív reakció, ezt az értékelésnél ajánlott figyelembe venni. 2 éves életkor alatt csak speciális indikáció alapján végezendő. Bizonyos bőrbetegségek is lehetetlené tehetik a SPT kivételését. Bőrtesztet lehetőleg pollenszezaron kívül, a beteg relatív tünetmentes állapotában javasolt végezni.

2.3. Szérum specifikus IgE

Ajánlás12

Szérum specifikus IgE meghatározása javasolt AR gyanújakor, ha SPT nem végezhető, mint bizonyos bőrbetegségekben, vagy csecsemőkorban. Kisgyermekkorban is alkalmazható, mint első vonalbeli diagnosztikus módszer. Megfontolandó a végzése, ha a klinikai kép és a SPT eredménye között ellentmondás van, és specifikus immunterápia előtt a releváns allergén in vitro módszerrel történő bizonyítására (D) [1]. **VALTOZOTT**

Bizonyos bőrbetegségekben SPT nem végezhető, ilyenkor a szérum spec. IgE meghatározás az elsőként választandó módszer az allergenkutatásban. Csecsemőknel és gyakran kisgyermekeknel szintén nehezen kivitelezhető illetve értékelhető a SPT, ilyen esetekben szérum spec. IgE végzése javasolt, mint első vonalbeli allergenkutatási módszer [2].

Ha a klinikai kép alapján telmerül AR alapos gyanúja, de a SPT negatív, akkor is informatív lehet a spec. IgE vizsgálat. AR-ben, különösen többszörösen pozitív brúrszt esetén a SIT megkezdése előtt a releváns allergén(ek) kiválasztásában szintén segíthet a szérum spec. IgE meghatározás [1].

A vizsgálat előnye, hogy biztonságos, precíz és standardizált módszerek állnak rendelkezésre, szenzitivitásuk és specifikitásuk nem kisebb, mint a SPT-é, hátránya viszont, hogy drága. Eredménye jól korrelál a SPT-el és a specifikus nasalis provokációval (SNP), ha standardizált allergéneket használunk.

2.4. Nasalis provokáció

A klinikai gyakorlatban ritkán alkalmazott módszer.

Ajánlás13

Allergén specifikus nasalis provokáció indikált, ha a klinikai kép, a SPT és a szérum specifikus IgE eredménye között ellentmondás van, és a releváns kiváltó allergén kiderítése feltétlenül szükséges, mint pl. specifikus immunterápia előtt (D) [1]. Specifikus nasalis provokációt csak ébren járatos szakember, intenzív háttérrel (ill. szint) végzőhétl a szisztémás allergiás reakció, mint szövődmény veszélye miatt (D).

A nasalis provokáció értékelése történhet tüneti jegyekkel és/vagy objektív módon (rhinomanometria, akusztikus rhinometria, nasalis belégzési csúcsáramlás vizsgálata, rhinohemometria, ormosófolvadék elemzése s.b.) [1].

2.5. Orrváladék citológiai és bakteriológiai vizsgálata

Nem specifikus diagnosztikus módszer. AR aktív stádiumában és nem allergiás eozinofil rhinitisben (NARES) jellemző az eozinofilia (10% feletti eozinofil sejtarány) az orrkemeneten.

Ajánlás14

Az orrváladék mikrobiológiai vizsgálatára a közép- és orrjáratból orrandoscoppal, vagy melléküregek aspirációjával/biopsziával nyert anyagot javasolt vizsgálni (D) [15].

Emnek a vizsgáló eljárásnak a fertőzések eredeti rhinosinuszisek elkülönítésében van szerepe. Az orrváladék nem releváns minta. A közép- és orrjáratból, endoscoppal vett anyag bakteriológia vizsgálatának eredménye általában jól korrelál a sinusokban lévő tényleges kórokozókkal, míg az orrgarati váladékból kitenyészteni mikroorganizmusok általában nem tekinthetők kórokozónak.

2.6. Képpalkotó módszerek

Képpalkotó módszerek alkalmazása a rhinitis diagnózisának felállításához nem szükséges, ez a differenciáldiagnózist szolgálja. Indikálása fül-orr-gégész szakorvos feladata.

Ajánlás15

Az AR diagnosztikájában/differenciáldiagnosztikájában átnezeti orrmelléküregek felvétele készítése nem javasolt. A differenciáldiagnosztikában szükség esetén CT vagy MRI vizsgálat javasolt (D) [1].

Ugyanis sok az álhnegatív és álpozítív eredmény az átnezeti orrmelléküregek felvételeknel. Legtöbbször a rhinitis-rhinosinuszis differenciálása céljából van szükség CT-re, amit a klinikai képpel és orrandoscopus lelettel együtt kell értékelni.

Orrmelléküregek CT alkalmas az orrmelléküregek kóros folyamatainak vizsgálatára. A differenciáldiagnosztikában gyakran alkalmazott eljárás.

A Cone Beam CT a hagyományos orrmelléküregek CT-vel azonos érzékenységgel, de egyszerre 3 síkban ad információt, és a sugárterhelése tízede (2,4 mGy vs. 23,6 mGy) [22], mely csökkenti a többszörös koponya CT vizsgálatok okozta szövődmények (pl. cataracta) lehetőségét.

Orrmelléküregek MIR vizsgálat csak ritkán szükséges, elsősorban tumor gyanújakor, a légnyeszek és a rhinobasis elemzésére alkalmas.

2.7. Nasalis légzésfunkciós vizsgálatok [1,19]

Ezek a vizsgálatok alkalmasak az orrlégzés objektív megítélésére, specifikus nasalis provokáció vagy az orrváladékátára ható kezelési módok (pl. gyógyszer) objektív értékelésére. Alkalmazásuk erőforrás igényes, az elhatás eredményességét számottevően nem befolyásolják.

2.7.1. Nasalis csúcsáramlás mérése. Az orr belégzési csúcsáramlás (nasal inspiratory peak flow=NIPF) mérése alkalmas módszer az orrlégzés megítélésére önkormányos vizsgálatokban. Előnye az, hogy otthon végezhető, gyors, olcsó. Hátránya viszont, hogy nem fiziológias paramétert mér (forsztrózott belégzés), és a két orrférről együttesen ad információt.

2.7.2. Rhinomanometria. A klinikai vizsgálatokban általában aktív rhinomanometria anteoriot használunk. A vizsgálat során nyugodt, spontán légzés alatt mérjük a nyomáskülönbséget és mindkét orrférről külön-külön a levegőáramlási sebességet.

A két paraméterből kiszámítható a nasalis rezisztencia, ami jellemzi az adott orrféle, illetve az egész orr légzési funkcióját. Az orrlégzés szubjektív érzetével általában jól korrelál, amely patológiás állapotokban és a szűkebb orrfeleben még kifejezettebb [23].

2.8. Akusztikus rhinometria

A vizsgálat során - egy cső és egy orradapter segítségével - hanggenerátor által generált hallható hangot juttatunk az orrüregbe, amelynek különböző távolságból való visszaverődését mérjük egy komputerprogram segítségével. Így meghatározható az adott orrfeleben az orrbemenetől mért bármely távolságban az orrüreg keresztmetszete, valamint az orrüreg térfogata. A kapott információ alapján az akusztikus rhinometria egy speciális kepaikotó módszernek tartható. Az orrlégzés szubjektív érzetével leginkább az orrüreg legszűkebb keresztmetszete korrelál. A rhinitis diagnosztikájában indikációja hasonló a nasalis légzésfunkciós vizsgálatoknál leírtakhoz [24].

2.9. Mucociliáris működés vizsgálata

Szacharin teszttel a mucociliáris transzporttevékenység mérhető. A ciliáris csapásszernot fáziskontraszt-mikroszkóppal mérhetjük. A ciliumok alaki rendellenességeit elektronmikroszkópos módszerrel vizsgálhatjuk. Ezek a vizsgálatok a ciliáris működészavaron alapuló krónikus rhinosinuszitisek gyanúja esetén indikáltak, alkalmazásuk az e témával foglalkozó szakmai iránylevélben kerül részletesebbre.

2.10. Szövetetani vizsgálat

Specifikus rhinitis, granuloma vagy tumor gyanúja esetén indokolt.

2.11. Szaglásvizsgálat

Objektív és szubjektív vizsgálatok ismertek. A nemzetközileg leginkább elfogadott, a mindennapi klinikai gyakorlatban használatos szagfelismerési módszer az UPSIT (University of Pennsylvania Small Identification Test), aminek számos variánsa is ismert. A szaglási küszöb mérésével kapcsolatban legnagyobb nemzetközi tapasztalat a PEA (phenyl-ethyl-alkohol) küszöbvizsgálati teszttel van. Az eddigi tanulmányok szerint közvetlen összefüggés csak súlyos orrdugulás esetén állapítható meg az orr állíthatósága és az UPSIT és PEA vizsgálatokkal kimutatott szaglászavar között rhinológiai körképben [1]. Rhinitisben a szaglásvizsgálatok alkalmazása a kezelés eredményességének objektív követésére.

3. Differenciáldiagnózis

A differenciáldiagnosztika fontos lépései az általános fül-orr-gégészeti és orrendoscopyias vizsgálat (Ajánlás10), az allergénkutatás (Ajánlás11 és Ajánlás12), valamint az egyéb vizsgálati módszerek.

Ajánlás16

A kórtörténet és a fizikális vizsgálat alapján a fül-orr-gégész indikálja az egyéb vizsgálati eljárásokat (ormellektörrel CT, MRI, nasalis légzésfunkciós vizsgálatok, szaglásvizsgálat, szövettani/citológiai vizsgálat, mikrobiológiai vizsgálat) (D) [1].

Differenciáldiagnosztikai szempontból az alábbiak jönnek szóba:

- **Fertőzések rhinitis:**

Az akut rhinitis általában baktérius vírusinfectió következménye, mely spontán, illetve tüneti kezelés hatására gyorsan, leggyakrabban 7-10 napon belül gyógyul. Bőséges vizes orrfolyás, túszdégés, gátolt orrlégzés a legjellegzetesebb tünetek. Ha 5 nap után súlyosodik vagy 10 napnál tovább tart, akkor poszt-virális akut rhinosinuszitistól beszélünk. A heveny rhinosinuszitissel más irányelv foglalkozik.

Gyermekeknél, különösen az iskolás kor előtt a fertőzések rhinitis gyakoribb, mint az allergiás rhinitis, és jellemző a kétféle együttes előfordulása is. Az életkorral nő az AR előfordulási aránya, és serdülőkorban már az AR gyakoribb, mint a fertőzések rhinitis [2].

- **Rhinosinuszitis (akut, krónikus)**
- **Egyéb rhinitisek:**

Nem-allergiás krónikus rhinitis (NAR).

A legújabb szakmai álláspont szerint NAR -nek tekintendő minden krónikus rhinitis, aminek nincsen ismert oka (mint pl. fertőzés, allergia, strukturális eltérés stb.), és IGE-közvetített allergia sem bizonyítható [20]. Ilyen formán a NAR egy szindróma, több különböző, részben tisztázatlan patomechanizmussal entitással. Az irodalomban nem egységes az elnevezése. Szinonimái: idiopátiás rhinitis, vasomotoros rhinitis, intrinsic rhinitis, nem-allergiás vasomotoros rhinitis. Amerikai felmérés szerint az összes rhinitis fele NAR, vagy AR és NAR együttese. A NAR későbbi életkorban (30 év felett) kezdődik, mint az AR, nőknél gyakoribb. Számos trigger tényező válthatja ki: hideg levegő, kozmetikumok, friss újság, szmog, tisztítószerek, festékek, parfümök, időjárásváltozás, dohányfüst és fűtést, oldószerek és lakkok, hajlakk, armmólia, fűző és sűrű szagok, izzadásgátlók, fehértűk, penészes szag [20]. Tünetei hasonlóak, mint az AR-é, kivéve a szemtünetek és a viszketés általában hiányzik.

Forrátkozási rhinitis. Munkahelyi allergének és irritáló anyagok által kiváltott rhinitis [1].

Gyógyszerek által kiváltott rhinitis. Okozhatja lokális vasokonstriktor-dobúzus, intranasalis cocain használat, szisztémás gyógyszerek mellékhatása, leggyakrabban beta blokkolók, ACE gátlók, non-szteroid gyulladáscsökkentők, fogamzásgátlók, foszphodiesteras gátlók [1].

Atrófiás rhinitis (primer vagy szekunder); Porrképződéssel is jár, ami primer esetben (Ozema) bűzös [1].

Etel okozta rhinitis. Ritkán okoz izolált rhinitist az ételallergia vagy étel-intolerancia, gyakoribb a bőr- vagy enterális tünetek előfordulása [1].

Strukturális eltérések okozta rhinitis. Oka lehet septum deviatio, orrkaglyó hypertrofia, concha bullosa, adenoid vegetatio, choanalis atresia, encephalocele. Vezető tünete az orrdugulás.

Graviditás okozta rhinitis. Elsősorban a 2. és 3. trimeszterben jelentkezik, vezető tünete az orrdugulás. Szülés után spontán megszűnik [1].

Szisztémás betegségek által kiváltott rhinitis (pl. hormonális eltérések, GORB, vasculitisek stb.).

- Orr-, orrmelléküregek- és orrgarat-tumorai
- Orr-, orrmelléküregek-granulomái (Wegener-, midline-granulomatosis, sacoidosis)
- Liquorificiula

V. Az allergiás rhinitises beteg állapotának felmérése

Ajánlás17

Az allergiás rhinitises beteget észlelő orvosnak minden vizit során a rhinitis súlyosságát és a rhinitis típusát (periszisztó vagy intermittáló) fel kell mérnie, valamint javasolt a rhinitis kontrolláltságát is megítélnie, mivel ezek alapján történik a kezelés (D) [1,21].

A betegség súlyosságának meghatározását a XI/3.2.4. pont alatti kérdőív segíti. Az AR kontrolláltságának megítélésére javasolt a XI/3.2.5. pont alatti kérdőív. Ez egy validált, a beteg által könnyen kitölthető kérdőívösszeállítás. A jegyek összege 6 és 30 között van, annál nagyobb a kapott szám, minél jobban kontrollált a rhinitis [21].

A panaszok megjelenési időtartama alapján a betegség lehet *intermittáló* (a tünetek négy vagy kevesebb napig tartanak hirtelen, vagy négy vagy kevesebb héten keresztül) vagy *periszisztó* (a tünetek időtartama több mint 4 hét és hetente több mint négy nap). Ez a felosztás más megvilágításba helyezi a rhinitises betegek tüneteinek időbeni megjelenését, mint a korábban évről-évre keresztlátás használat *szézonális* (az év meghatározott időszakában szézonálisan jelentkező, pollen vagy gombaspóra okozta) és *perenniális* (egész éven át tartó, évszaktól/szezontól független, legfőképpen háziporalka vagy állati szőr okozta, de lehet nem allergiás is) megjelölések [1]. Az európai ajánlás ellenére azonban a mindennapi gyakorlatban, és az irodalomban is sokszor találkozunk a szézonális/perenniális allergiás rhinitis meghatározásokkal [3], tehát a definíció használatát illetően még nincsen egységes gyakorlat.

VI. Az allergiás rhinitis kezelése

Az AR kezelésének célja a beteg kontrollált állapotba hozása és kontrollált állapotban tartása, a társbetegségek, különösen az asztma bronchiále megelőzése, és mindezeken kívül a beteg életminőségének javítása.

Ajánlás18

Típusos szezonális rhinitisben vagy enyhe fokú intermittáló vagy periszisztó rhinitisben a háziorvos/házi gyermekorvos és a nem fül-orr-gégész megkezdheti a rhinitises beteg irányelvi szerinti kezelését, annak első lépésével. Amennyiben a beállított kezelés 2-6 héten belül eredménytelen, kötelező a fül-orr-gégészeti szakvizsgálat. Minden egyéb esetben (lásd Ajánlás8) a beteget a kezelés megkezdése nélküli fül-orr-gégész szakorvoshoz kell irányítani (D) [1].

A fül-orr-gégész feladata a klinikai diagnózist, és terápiás javaslatot tesz. A terápiára beállított beteget a fül-orr-gégész vizszakúdi gondozásra a háziorvoshoz. A terápias lépésekről ábra a VI/3.2. pont alatt látható.

1. Allergénkerülés

Mivel teljesen és véglegesen nehezen kerülhetőek el a rhinitist okozó allergének, így allergénkerüléssel és az allergén eltávolításával ritkán érhető el teljes tünetmentesség. Pollenokban a megfelelő életmód kialakításában segít a rendszeres időjárás- és pollenjelentés. Lakott területeken a pollenkoncentráció hatékonyan csökkenthető gyomirtással, fűnyírással, a környező mezőgazdasági vidéken történő levegő tisztításával. A belső terek pollenkoncentrációja csökkenthető a klímaberendezésekbe szerelt polenzűrőkkel. Pollenokban a pollen tartalmazó és keresztreakciót adó élelmiszerek, amennyiben a betegnek panaszra van a jelzett élelmiszertől (pl. parlagfű allergiás betegnek görögdiómagból lehet torokviszketése, garat-, gégeoedemája, hasmenése, kiütése stb.) kerülendő a szezonban.

Ajánlás19

Házipor-alka allergia okozta AR-ben a jelenleg használatos egyes kémiai vagy fizikai eliminációs módszerek vagy azok együttes kombinációjának alkalmazása megkísérrelhető, de nem feltétlenül javasolt (D) [3]. **VÁLTOZOTT** Az irányelv előző verziójában az otthoni házipor-alka elimináció, szakértői vélemény alapján javasolt volt házipor-alka okozta AR-ben, most azonban csak mint lehetőség jön szóba, egyes, erősen motivált betegeknel, több módszer együttes alkalmazásával.

Az irodalom ismételt áttekintése alapján [3] az eddigi klinikai vizsgálatok nem támasztják alá a házipor-alka elimináció eredményességét, bár úgy látszik, hogy egyes, erősen motivált betegeknel több módszer együttes alkalmazása eredményes lehet. További vizsgálatok szükségesek. Háziporalka-érzékenység esetén lehetséges alkamentes ágyneműk, vagy akár két át nem eresztő speciális huzatok használata, a portfogó bútordarabok eliminálása, speciális porszívókkal történő rendszeres takarítás (HEPA filterrel), és a kárpitozott felületek rendszeres vegyszerezés kezelése pl. acaricidokkal (por, hab). A vizsgálatok ezek eredményességét nem bizonyítják, így további kontrollált vizsgálatok szükségesek.

Ajánlás20

Állati szőr érzékenyek otthoni környezetéből javasolt eltávolítani az allergiát okozó háziállatot (D) [3]. Az eredményességet alátámasztó bizonyítékok ereje gyenge. További vizsgálatok szükségesek.

Ajánlás21

Pentészgomba okozta AR-ben javasolt a penész forrás eliminációja (D) [1,3]. Penészgomba-allergia esetén a lakáson belüli gombák szaporodására alkalmas helyek felkutatása, szanálása, újramészelések-festések, a szellőztetés hatékonyabb tétele lehet eredményes. Az eredményességet alátámasztó bizonyítékok ereje gyenge. További vizsgálatok szükségesek.

2. Gyógyszeres kezelés

2.1. Antihisztaminok

Az AR patomechanizmusában, különösen a korai reakcióban a fő mediátor a hisztamin, így az antihisztaminok a legalapvetőbb, és egyben a leggyakrabban használt szerek. Adagolhatjuk szájon át, vagy helyileg az orrba és a szembe.

2.1.1. Orális antihisztaminok

Ajánlás22

Az első generációs antihisztaminok nem javasoltak allergiás rhinitis kezelésére sem felnőttek sem gyermekkorban (A) [1, 16].

Alkalmazásuk azért nem javasolt, mert erős szedatív és anti-muszkarin, anti- α -adrenerg, anti-serotonin mellékhatásuk van.

Ajánlás23

Az orális második generációs antihisztaminok javasoltak allergiás rhinitis kezelésére felnőttek és gyermekkorban (A) [1].

A második generációs antihisztaminok (cetirizin, ebastin, loratadin, mizolasztin) szelektív perifériás H1-receptor blokkolók, terápias adagban nem, vagy csak kisebb mértékben jutnak át a vér-agyagátón, így nem, vagy csak enyhén szedatív hatásúak. Antihisztamin hatásuk kifejezettebb, hatáskorlatok gyorsabb és tovább tart (napi egyszeri adagolás lehetséges), mint az első generációs antihisztaminoké. Kifejezett anti-allergiás hatással is rendelkeznek, többnyire a terápias dózisonál magasabb mennyiségek alkalmazásakor, de a hatások klinikai relevanciája még nem tisztázott. A II. generációs antihisztaminok hatékonyan csökkentik intermitáló és perzisztáló AR-ben a túszóegést, orrfolyást, viszketést és kisebb mértékben az orrdugulást mind gyermek-, mind felnőttekben [1, 2, 3, 1b].

Placebo kontrollált vizsgálatok szerint az egyes készítmények között klinikai hatékonyságukban nem találtak lényeges különbségeket.

Mint szisztémás hatású szerek, a kísérő konjunktivitisre, köhögésre is jólékonnyan hatnak.

Az újabb második generációs antihisztaminok (desloratadin, fexofenadin, levocetirizin) az alaponolekulák farmakológiaiilag aktív metabolitjai, illetve aktív enantiomérje (levocetirizin). Ezek az alaponolekula hatékonyságának megtartása vagy növelése mellett a terápias dózis többszöröse esetén is biztonságosabbak (májban nem metabolizálódnak tovább), nem szedatív spektrumuk és farmakokinetikai tulajdonságaik kedvezőbbek, így jobban megközelítik az optimális antihisztamin tulajdonságait [1].

Az új II. generációs antihisztaminok orrdugulást csökkentő hatása kifejezettebb, mint a többi II. generációs, de ennek mértéke gyengébb, mint a nasalis kortikoszteroidoké [1, 1b].

Az orális H1-receptor antagonisták az AR valamennyi nasalis tüneteire kevésbé hatékonyak, mint a nasalis szteroidok [2, 3, 1a].

A legújabb II. generációs antihisztaminok a bilasztin [25, 26] és a rupatadin. Ezutóbbinak anti-PAF hatása is van, azonban kelet szármú összehasonlító vizsgálat hiánya miatt ennek klinikai relevanciája ma még nem ismert. A bilasztin hasonlóan hatékony, mint a többi új II. generációs antihisztamin [25, 26, 1b].

Hazánkban a következő II. generációs antihisztaminokat törzskönyvezték: cetirizin, loratadin, levocetirizin, desloratadin, fexofenadin és bilasztin.

2.1.2. Intranasalis antihisztaminok

Az intranasalis H1-receptor antagonistákat (azelasztin, levocabastin) ugyanolyan hatékonyak AR-ben az orrtünetekre, mint az orális II. generációs antihisztaminok, de kevésbé hatékonyak, mint a nasalis szteroidok. Szisztémás hatásuk nincsen, mellékhatásuk elhanyagolható. Hatáskorlatok gyors, kb. 15 perc.

Perzisztáló rhinitisben való alkalmazásukról kelet adat nem áll rendelkezésre, így alkalmazásuk perzisztáló rhinitisben nem javasolt [3].

Ajánlás24

Intranasalis antihisztaminok javasoltak szezonális AR kezelésében felnőttek és gyermekkorban (A) [3].

Az azelasztin hazánkban is törzskönyvezett szer.

Ajánlás25

Az orális és intranasalis antihisztaminok elsőként választandó szerek felnőttek és gyermekkorban enyhe fokú allergiás rhinitisben, és közepes/súlyos fokú intermitáló allergiás rhinitisben, ha a vezetők tünet a túszóegés, orrfolyás, szem-, orr-, torokviszketés. Csak orrtünetek esetén az intranasalis forma, több szervi allergiás tünetek esetén az orális forma adása javasolt. Figyelembe lehet venni a beteg preferenciáját is (D) [1, 2].

2.2. Kortikoszteroidok

A kortikoszteroidok az allergiás gyulladás több pontját gátolják, így a jelenleg rendelkezésünkre álló szerek közül a leghatékonyabb gyógyszernek rhinitisben. Hatásukat döntően géneexpresszió révén fejtik ki, egyaránt gátolják a gyulladáskelető citokinek, valamint a foszfolipáz-A2, az adhezziós molekulák, a kemokinek, az endocitin-1 termelődését és serkentik a gyulladásgátásban szerepet játszó mediátorok (IL-10, IL-12, lipokortin-1, ICB- α) képződését. Gyorsan kialakuló terápias hatásuk „nem genomális” úton - a sejtmembránban lévő glükokortikoid receptorokon vasokonstrictiót okozva - is érvényesül. Ennek következtében rhinitisben is komplex antiinflammációs hatás nyílvánul meg.

Az intranasalisan alkalmazott szteroid helyileg fejt ki hatását, vele egyezők mennyiségű szteroid szisztémásan adagolva hatástalan lenne. Az orrmagkahatárán, receptor szinten magas koncentrációt ér el, minirális szisztémás mellékhatás rizikóval.

2.2.1. Intranasalis szteroidok (INCS)

Ajánlás26

Nasalis szteroidok javasoltak, mint elsőként választandó szerek a felnőttek és gyermekkor perzisztáló allergiás rhinitis közepes/súlyos esetében, valamint a felnőttek és gyermekkor intermitáló allergiás rhinitis közepes/súlyos esetében, ha a gátolt orrlégzés a meghatározó tünet (A) [1, 2].

Az első korszerű lokális szteroid a beclomethason dipropionat volt (1973), utána kerültek forgalomba a flunisolid, triamcinolon, budesonid, fluticason, mometason és ciclesonid. 1, 27].

A négy utóbbi korszerű INCS receptorafinitásában és farmakokinetikájában ugyan vannak kisebb különbségek, de mindgyükük hatékonynak és biztonságosnak tekinthető [1,28-30]. Az alacsonyabb biokonzentrációval rendelkező molekulák azonban jobban tolerálhatók. A Schäfer és mtsai. által ajánlott terápia index (TI_X) a hatékonyság és a mellékhatások viszonyát tükrözi, ezáltal a momentumon rendelkezik a legmagasabb indexszel [28].

Hatékonyan csökkentik a szezonális és perenniális AR tüneteit felnőttek és gyermekekben [1,2,30]. Intermittáló és perzisztáló rhinitisben még nincs elegendő, bizonyítékon alapuló adat Komplex gyulladáscsökkentő hatását a transzkriptációs folyamathoz, illetve a citokinszintézis szabályozásán keresztül fejti ki. Az INCS-k csoporthatásként hatékonyan csökkentik a szemtüneteket is [29].

Az INCS-k profilaktikus hatását szezonális allergiás rhinitisben klinikai tanulmány bizonyítja [1,30], de további kontrollált vizsgálatok szükségesek.

Az intranasális szteroidok klinikai hatása órák alatt alakul ki, a maximális hatékonyságot általában csak napok múlva éri el, a létrejött tünet kontroll 24 órán keresztül fenáll (30). A napi egyszeri adagolás a legtöbb személt elegendő. Az INCS-k tolymatos adagolása hatékonyabb, mint a szükség szerinti használatuk, de egyes vizsgálatok szerint utóbbi is hatékony lehet.

Az összes nasális tünet szempontjából a leghatékonyabbak [1,2,31].

A modern INCS készítmények alkalmazása esetén a szisztémás szteroid-mellékhatás ritkítja igen alacsony [31,32]. Különböző gyermekkorúak között azonban körülményektől függően tartós használatuk. A testhossz növekedés elmaradását csak becomlathason egy évnél hosszabb ideig történő, napi kétszeri adagolása esetén figyeltek meg, az utóbbi INCS-kal kapcsolatban ilyen mellékhatást nem találtak. Ferri, illetve más egyéb (cataracta, glaucoma) potenciális mellékhatás ritkítja a csak nasális alkalmazása esetén még valószínűleg [1,32].

Az INCS-k tartós alkalmazása sem vált ki orrműveléshatya átíróhat, de nyálkahártya szárazságot, pörkösödést, enyhe orrvérzést 5-10%-ban okoz.

Hazánkban a következő – allergiás rhinitis indikációval rendelkező – nasális szteroidok vannak forgalomban: becomlathason dipropionát, budesonid, fluticason propionát, fluticason furoát, momentumon furoát, valamint a fluticason propionát+azelasztin kombinációja. Hazánkban AR kezelésére 3 éves kortól adható momentumon furoát.

Ajánlás27

Akut súlyos rhinitisben, a sürgősségi betegellátás keretében, ha a betegnek nincsenek „alergiás” tünetei, nasális dekongesztáns, intranasális szteroid és orális II. generációs antihisztamin adása javasolt. „Alergiás” tünetek esetén fluticason furoát, budesonid, fluticason propionát, fluticason furoát, momentumon furoát, valamint a fluticason propionát+azelasztin kombinációját javasolt [D]. [1]. „Alergiás tünetek” közötti arc- és periorbitális duzzanat, ismétlődő orrvérzés esetén a szakorvosi vizsgálat sürgős, a lehető legrovidebb időn belül történjen meg. „Alergiás” tünetek a XI/3.2.3. pont alatti kérdőív.

Mivel a rhinitis kezelésében a nasális szteroid és az orális II. gen. antihisztamin kombinációja legeredményesebb kezelés (1), ezért akut súlyos rhinitisben ez az elsőként választandó szer. Általában az orrdugulás ilyen esetekben súlyos, így a nasális szteroid hatékonyságához az orrműveléshatya előzetes lohasztása feltétlenül szükséges.

Ajánlás28 (Új)

Intranaszális szteroid és intranasális antihisztamin (fluticason propionát+azelasztin hidroklorid) kombinációja javasolt közepes/súlyos fokú szezonális allergiás rhinitisben (A) [14]. Új

A kombináció hatékonyabbnak bizonyult, mint az egyes alkotóelemek önmagukban [14,31]. A klinikai vizsgálatot pollen okozta szezonális rhinitisben végezték, ezért a régi nyomonkutatásra szerinti „szezonális rhinitis” szerepel.

2.2.2. Szisztémás szteroidok

Annak ellenére, hogy az orális és depot készítmények is hatásosak rhinitisben [1,30], a szisztémás mellékhatások veszélye miatt alkalmazásuk csak kivételes esetben indokolt, és akkor is csak rövid ideig tartó per os formában (7-21 nap), max. 1 mg/kg/die prednisonnal egyenértékű szteroid). Az intranasális szteroid injekció vakságot okozhat.

Ajánlás29

Depot szteroid vagy intranasális szteroid injekció nem adható allergiás rhinitisben. Szisztémás szteroid allergiás rhinitisben csak kivételes esetben indokolt, és akkor is csak rövid ideig tartó per os formában: felnőttek: 7-21 nap, max. 1 mg/kg/die prednisonnal egyenértékű szteroid; iskoláskorú gyermekeknek 3-7 napig, napi 10-15 mg per os prednisonnal. Adása előtt fluticason furoát vizsgálat szükséges, a biztos klinikai diagnózis felállításához. [D] [2,3].

2.3. Intranaszális kromoglikátok

A dinátrium kromoglikát (DNCG) és a nedocromil sodium helyileg ható gyulladáscsökkentő antiallergiikum. Mindkettő hatékony gyermek- és felnőttkori AR-ben [1,2,30].

Szisztémás mellékhatása nincsen. A kelletlen hatás eléréséhez szükséges 4-6 óránkénti alkalmazása, ami ronthatja a betegek együttműködését.

Ajánlás30

Intranaszális kromoglikát javasolt gyermekkori és felnőttkori enyhe fokú AR-ben (A) [1].

DNCG tartalmú nasális készítmény jelenleg nincsen forgalomban hazánkban, a nedocromil sodium pedig nem törzskönyvezték.

2.4. Intranaszális antikolinerg szerek

Az ipratropium bromid és az oxitropium bromid az orrműveléshatya kolinerg receptorainak gátlása révén az orrváladékozást csökkentik, de egyéb nasális tünetre nem hatnak. Klinikailag csak perenniális AR-ben vizsgálták, és találhatók hatékonyan gyermek- és felnőttkorban egyaránt [1,30]. Hazánkban intranasális antikolinerg szerek nincsen törzskönyvezték.

2.5. Dekongesztáns szerek

Vasokonstrictor hatásuk miatt a duzzadt orrnyálkahártyát lehasztlák, így az orrdugulást csökkenti. A rhinitis egyéb tüneteire nem hatnak.

2.5.1. Intranasális dekongesztáns szerek

Ájánlás31

Az intranasális dekongesztánsok súlyos orrdugulással járó közepes-súlyos fokozatu rhinitisbenben adjuváns szerekként indikáltak. 10-14 napnál további alkalmazásuk rhinitis medicamentosához vezethet, ezért tartós adagolásuk nem javasolt (C) [1,2,3].

Különböző hatásmechanizmusú, hatékonyágú és farmakokinetikájú szerek tartoznak ide: ephedrin, pseudoephedrin; phenylephrin; naphazolin, ox- és xylometazolin, tetrazolin, tramazolin. Orcsepp, orrspray formájában juthathatjuk ezeket az orrnyálkahártyára.

Randomizált, kontrollált vizsgálat vagy szisztematikus tanulmány nem áll rendelkezésre a dekongesztánsok vizsgálatáról AR-ben. Klinikai megfigyeléseket közzélik a lokális dekongesztánsok jótékony hatásáról súlyos orrdugulással járó rhinitisben, de a rhinitis más tüneteire nem hatnak [3].

2.5.2. Antihisztamin és orális dekongesztáns szerek kombinációja

Ájánlás32

Orális antihisztamin és orális dekongesztáns kombinációs kezelés hatékony AR-ben (A) [1], de tartós használata nem javasolt, csak maximálisan 10-14 napig (D) [1,3].

A kombináció célja az, hogy az orrdugulást is javítsa, ami az antihisztamin monoterápiában legfőbbbször nem megfelelő. AR-ben hatékonynak találták [1, 1b].

Az orális dekongesztánsok nasalis lohasztó hatása kisebb, mint az intranasalis dekongesztánsoké, viszont nem okoznak rebound vazodilatációt. Szisztemás szimpatomimetikus hatásuk miatt alkalmazásuk körületeknést igényel, nem használható rendszeresen.

2.6. Leukotrién-antagonisták

A szelektív cysteinil leukotrién receptor antagonisták (montelukast, pranlukast, zafirlukast) és az 5-lipoxigenas inhibitor (zileuton) tartoznak ebbe a gyógyszercsoportba. Elsősor asthma bronchiale kezelésére alkalmazták ezeket, de rhinitis allergiában és ASA szindrómában is hatékonynak bizonyultak. E szerek hatásmechanizmusa alapján elsősorban az orrdugulás hatékony csökkentését várhatk töltik, és antihisztaminnal kombinálva valamennyi AR okozta tünet kiváló ellenszében állnak rendelkezésre, a többről csak szórványos adatok szólnak.

Az eddigi klinikai vizsgálatok szerint a montelukastot hatékonynak találták szezonális AR valamennyi tüneteire, felnőtt- és gyermek betegekben egyaránt [1,2 1b].

A montelukast nem hatékonyabb, és nem hat az orrdugulásra sem jobban, mint a II. generációs antihisztaminok, és még antihisztaminnal kombinálva is kevésbé hatékony, mint a nasalis szteroidok [1, 1b].

Ájánlás33

Montelukast (leukotrién antagonist) adása javasolt szezonális AR-ben és iskoláskor előtti perennális AR-ben (A) [3].

Hazánkban a montelukast nincsen törzskönyvezeve AR kezelésére, de asztma és AR együttes előfordulása esetén rendelhető.

2.7. Anti-IgE kezelés

Rekombináns, humanizált, monoklonális IgE ellenanyag (omalizumab), amely csökkenti a szérum szabad IgE-szintjét, a keréngó bazofil sejtek IgE-receptorainak expresszióját, valamint a szöveti eozinofilát, IgE+ hízósejteket, B és T sejteket. Az omalizumabot hatékonynak találták perisztázis és intermittáló AR-ben [1, 33] (1b). Európában nincs törzskönyvezeve az omalizumab önálló AR kezelésére.

3. Specifikus Immunterápia.

A specifikus immunterápia (SIT) az AR egyetlen óki kezelése, amely az általa kiváltott specifikus immuntolerancia indukálása révén a shockszertől függetlenül csökkenti a gyuladást, és az atopiás körkép egészére kedvező hatású lehet. A SIT során nagy tisztaságú specifikus allergént tartalmazó vakcinát adagolnak emelkedő adagban, majd megfelelő fenntartó dózisban évekig alkalmazzzák. A kisszámú vizsgálat szerint legalább 3 évig tartó adása szükséges ahhoz, hogy a kezelés befejezése után is még akár évekig remisszióban tarssa a betegséget [34, 35, 36 1b]. A SIT hosszú távú hatékonyságának vizsgálatára azonban még további kontrollált vizsgálatok szükségesek. A SIT eredményeként a betegség tüneteinek súlyossága mérséklődhet, tünetmentesség jöhet létre, a gyógyszerfogyasztás csökkenhet, a betegek életminősége javulhat.

Ájánlás34

Specifikus immunterápia (SIT) javasolt, ha az optimális gyógyszeres (tüneti) kezelés nem eredményes, ha a beteg nem akar, vagy mellékhatások miatt nem tud tüneti szereket alkalmazni, ha az allergén elimináció nem lehetséges, ha a klinikai tünetek közepes-súlyosak, és a tünetek több mint 30-60 napot tartanak évente, valamint a SIT egyéb feltételei fennállnak, és nincsen kontraindikációja (D) [1]. Allergológussal való konzultáció feltétlenül javasolt (D).

A SIT feltételei bizonyítottan IgE mediálta AR, a klinikai tünetekért felelős allergén(ek) tisztított standardizált kivonata rendelkezésre áll. Kontraindikált a SIT: 3 bioklóro szedésekor, egyéb immunológiai betegségben, a beteg egyútműködési zavara miatt, nem kontrollált asthma bronchiale esetén (1).

Ájánlás35

Subcutan vagy sublingualis SIT ajánlott felnőttkori és gyermekkori szezonális és házipor-atka okozta perennális AR-ben (A) [2,3].

A subcutan SIT súlyos, életveszélyes szisztémás allergiás reakciót okozhat, ezért adása nagy körültekintést igényel, csak intézeti háttér mellett (III.

szint) végezhető (D). A subcután és SLIT közötti választásban figyelembe lehet venni a beteg preferenciáját (D).

Vannak tanulmányok arra vonatkozóan, hogy a subcután SIT gyermekkorú AR-ben befolyásolhatja az atopiás betegség természetes lefolyását. Így csökkentheti az asthma bronchiale megjelenését, valamint az újabb allergénnel való szenzibilizáció kockázatát [34 illb], de további kontrollált vizsgálatok szükségesek.

A subcután SIT hatékonysága bizonyított gyermek és felnőtt házipor-atka, fűpollen, macskaszőr, nyírfapollen, parlagfű virágpóra, őrten- és Parietaria pollen okozta AR-ben [1, 37,38,39, 40 la,1].

A sublingvális SIT (SLIT) nyírfa-, ciprus-, fűfélék-, olíva-, Parietaria, parlagfű pollen okozta AR-ben hatékonynak bizonyult felnőtt és gyermek betegekben, valamint házipor-atkák (*D. pteronyssinus*, *D. farinae*) okozta felnőttkori és gyermekkorú AR válogatott esetekben [2,3,40 la].

Fűpollen okozta allergiás rhinitisben pollenszezonban is biztonságosan alkalmazhatónak találták a SLIT-t ultra-rush titrálás esetében is (38).

A SLIT előnyei: a mellékhatások kisebb valószínűsége, a beteg jobb együttműködése (a kezelés otthon végezhető), a kevesebb orvosi vizit miatt költségkímélő. További tudományos vizsgálat szükséges azonban a SLIT optimális allergendózisának a kezelés időtartamának és módjának, az alkalmazás betegek kiválasztási kritériumainak pontosabb meghatározására.

A SLIT preventív és belegység lefolyását módosító hatását néhány vizsgálatban kimutatták [1,2,38 lb], de további kontrollált vizsgálatok szükségesek.

Flüggelein tanulmányok bizonyítják, hogy az immunterápia mindkét formája (subcután és sublingvális) hatékonynak bizonyult még akkor is, ha enyhe/mértékelt asthma is társult a tünetekhez. A mellékhatás profilja a SLIT-nak kedvezőbb. Sülyves, átlaveszélyes szisztémás reakció nem fordult elő, azonban gyakoribbak a lokális, rövid időtartamú mellékhatások [36, 38,40]

A monod SLIT (módosított allergén: változatlan allergénhatás) hatékonynak és biztonságosnak bizonyult még fiatal gyermekeknel is [1 lb]. A módosított allergén okozta szisztémás mellékhatások valószínűsége minimális.

A nasalis SIT csak izolált AR esetében lehet eredményes. Felnőttkori és gyermekkorú szezonális AR-ben hatékonyságát több kontrollált vizsgálat bizonyítja [1 lb]. A nasalis immunterápia preventív hatását nem vizsgálták.

4. Kiegészítő/alternatív kezelés

4.1. Ormosás

Fiziológiás sóoldattal vagy tengervízzel öblítve az orrüveget eltávolíthatjuk az allergéneket, szennyeződéseket, orrvadékok, benne a gyulladássos mediátorokat, sejteket. Olcsó, egyszerű, mellékhatása gyakorlatilag nincs.

Általános36

Felnőttkori és gyermekkorú allergiás rhinitisben a fiziológiás só oldattal történő ormosás javasolt, mint kiegészítő kezelés (A) [2,13]. **VALTOZOT** Meta-analízis bizonyítja hatékonyságát és biztonságosságát az izotóniás sóoldattal való orröblítésnek, mint kiegészítő kezelésnek AR-ben felnőtt és gyermekkorban [13, la].

4.2. Fényterápia

Általános37

Intranaszális fényterápia (ultraibolya-B 5%, ultraibolya-A 25% és látható fény 70%) javasolt felnőttkori szezonális AR-ben és házipor-atka okozta perennális AR-ben (B) [17, 18].

Az ultraibolya fény kifejezett immunszuppresszív hatással rendelkezik, és sikeresen alkalmazták már a bőr túlerékenységi reakciónak csökkentésére. Egy speciális összetételű fény (ultraibolya-B 5%, ultraibolya-A 25% és látható fény 70%), magyar találmány és világszabadalom, amit parlagfű allergiás, polinosos betegeknel, és házipor-atka érzékeny perzisztáló AR-ben, randomizált, placebo kontrollált, kettős vak vizsgálatokkal intranasálisan alkalmazva hatékonynak és biztonságosnak találtak [1b, 17, 18, 41, 42]. Más összetételű fény intranasális alkalmazásáról AR betegekben (alacsony energiájú vörös fény) szintén jó eredményről számolt be másik kutatócsoport [43]. Ezek alapján azonban az ARA2010 [3] nem ajánlja az intranasális fényterápiát AR-ben, és további vizsgálatokat tart szükségesnek.

A fényterápiát véleménye mégis az, hogy a hazai multikentrikus vizsgálatok fenti jó tapasztalata alapján a hazai fejlesztésű készülékkel és fény-összetételben javasolja a fénykezelést AR felnőtteknek. A további kutatás és klinikai tapasztalatok szerzése azonban a fényterápiát szerinti is szükséges.

4.3. Alternatív orvoslás

Általános38

Homeopátia, akupunktúra, fitoterápia hatékonysága és biztonságossága nem kellően bizonyított, így alkalmazása nem javasolt AR kezelésében (D) [3].

Az akupunktúra, capsaln kezelés, homeopátia és fitoterápia eredményességéről AR-ben kevés randomizált kontrollált vizsgálat áll rendelkezésre, így azok terápia hatékonysága tudományosan még nem kellően megalapozott [3,44]. Bizlató eredménynek tűnik, hogy előzetes klinikai vizsgálatok szerint a flavonoidoknak az IGE szintézis és a hiszsejt degranuláció megelőzésében lehet szerepük [45].

Placebo kontrollált, randomizált, prospektív vizsgálatokra van szükség az alternatív kezelési módok eredményességének és biztonságosságának alaposabb megismerésére.

5. Műtéti kezelés

Allergiás rhinitisben sem oki, sem tüneti kezelésként műtét elsődlegesen nem jön szóba.

Általános39

Műtét javasolt AR-ben gyógyszeres kezeléssel befolyásolhatatlan és jelentős mértékű alsó orrkagyló-megnagyobbodás, valamint az AR-hoz társult bizonyos, sebész megoldást kívánó rhinológiai betegségeken (D) [1].

Ilyen lehet pl. alsó orrkagyló-hypertrophia, orrsdényferdülés, vagy a csontos-porcós orrváz egyéb deformitásai, gyógyszeres kezelésre rezisztens krónikus rhinosinusitis, orrpóposis; vagy az AR-től független egyéb betegségek esetében (tumorok, granulomák stb.). A fenti körképek a rhinitis tüneteit súlyosbíthatják, vagy

az intranasális szerek alkalmazását nehezebbé teheti. Minden esetben fül-orr-gégész indokálja és végzi a műtétet, pollenosisban a pollenszezonon kívül, perzisztáló rhinitis esetében is relatív tünetmentes állapotban.

6. A rhinitis lépcsőzetes kezelése

Ajánlás40

Az AR lépcsőzetes kezelése javasolt (D) [1,2].

A lépcsőzetes kezelés részletezése a VI/3.2. pont alatt ábrán látható.

Minden rhinitises beteg (gyermek és felnőtt) kezelésben az allergének és irritáló anyagok lehetőség szerinti kerülése és a betegoktatás elengedhetetlen, amelyet a kezelés folyamán végig szem előtt kell tartani. A lépcsőzetes kezelés beállításakor javasolt figyelembe venni a súlyossági fokozatot, az időjárást, a várható antigén-, és pollenterhelést, a korábbi terápiás eredményeket, valamint az egyéb rizikótényezőket.

5.1. Enyhe fokú tünetek (intermittáló vagy szezonális típus)

1. **Lépcső:** Orális II. generációs antihisztaminok; vagy helyileg antihisztamin/nasalis kromoglikát az orra.

A gyógyszerek nem folyamatos, tüneti igény szerinti adagolása is elfogadott;

Az igen enyhe tünetek sok esetben gyógyszeres kezelést nem tesznek szükségessé.

5.2. Közepes/súlyos fokú intermittáló vagy enyhe fokú perzisztáló tünetek (szezonális vagy perenniális)

5.2.1. **Orrfolyás, tússzögés, szem-, orr-, torokviszketés, mint vezető tünetek esetén (preferált sorrendben):**

1. **Lépcső:** Orális II. generációs antihisztamin, vagy nasalis antihisztamin.

2. **Lépcső:** Intranasális szteroid.

5.2.2. **Gátolt orrtégzés, mint vezető tünet esetében (preferált sorrendben):**

1. **Lépcső:** Intranasális szteroid.

2. **Lépcső:** INCS és nasalis antihisztamin kombináció, vagy INCS és per os II generációs antihisztamin.

5.3. Közepes/súlyos fokú perzisztáló (szezonális és perenniális) tünetek (preferált sorrendben):

1. **Lépcső:** Intranasális szteroid; +súlyos orrdugulás esetén lokális lohasztó vagy szisztémás lohasztó szer és antihisztamin kombináció maximum 10-14 napig.

2. **Lépcső:** INCS + lokális antihisztamin kombináció, vagy INCS és orális II. generációs antihisztamin.

3. **Lépcső:** Orális szteroid lékéskezelés.

4. **Lépcső:** Immunterápia mérlegelendő.

5. **Lépcső:** További lehetőségek:

– Nasalis szteroid dózisának emelése;

– Antihisztamin/nasalis szteroid molekula váltás;

– Antileukotrién terápia;

– Intranasalis fénykezelés;

– Műtét.

VII. Az AR-es beteg gondozása

Rendszeres ellenőrzés

A terápia beállított rhinitises beteg rendszeres ellenőrzésre, gondozásra szorul.

Ajánlás41

A rhinitis allergiás beteg gondozása a háziorvos/házi gyermekorvos feladata, a beteg állapotától függően 6 havonta-évente felülvizsgálata javasolt (D) [1].

A gondozás célja a beteg együttműködésének javítása a megelőzésben és a kezelésben, a kezelés szükség szerinti korrekciója, az allergénspektrum változásának észlelése és terápia követése.

Ilyenkor a tünetleír/panaszokra, alarm tünetekre, a tünetek súlyosságára, a kontrolláltság fokára, az esetleges társbetegségek vagy szövődmények tüneteire, az alkalmazott kezelés (gyógyszerek) esetleges mellékhatásaira vonatkozóan kell a beteget kikérdezni. Javasolt az AG alatt felsorolt fizikális vizsgálat.

Ajánlás42

A gondozott rhinitis allergiás betegnél ismételt fül-orr-gégészeti szakvizsgálat szükséges, ha az addig jól kontrollált tünetek a megfelelő kezelés ellenére súlyosbodnak, ha a nasalis szerek esetleges mellékhatásának gyanúja felmerül, vagy ha a tünetek megváltoznak (D) [1]. Ilyenkor cél a klinikai diagnózis felülvizsgálata, az esetleges társbetegségek, szövődmények felismerése, a megfelelő kezelés beállítása.

Az allergiás rhinitis szövődénye lehet: akut bakterális rhinosinuszitis, otitis media acuta serosa vagy suppuratíva, otitis media chronica serosalmucosa.

Nasalis szerek, főként az INCS okozhat orrszárazságot, pörkösödést, véres orrváladékozást.

VIII. AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSA

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. **Ellátók kompetenciája** (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

A kompetenciát meghatározó javaslatok: Ajánlás6, Ajánlás7, Ajánlás8, Ajánlás9, Ajánlás15, Ajánlás17, Ajánlás26, Ajánlás28, Ajánlás33, Ajánlás34, Ajánlás35, Ajánlás40, Ajánlás41, Ajánlás42.

Lásd a VI/3.1. ábrát is.

Az AR ellátásban részt vevő háziorvosok és szakellátók (fül-orr-gégész, bőrgyógyász, gyermekgyógyász, tüdőgyógyász) képzésében és továbbképzésében rendszeresen szerepel az AR témája, így a kellő tudásra és jártasságra szert

ludnak tenni. A hazai ellátásban nincsen kellő számú allergológia és klinikai immunológia szakorvos.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Az alapellátásban és a szakellátásban (fül-orr-gégészeti, tüdőgyógyászati, bőrgyógyászati, gyermekgyógyászati) speciális tárgyi feltételek nincsenek.

A fül-orr-gégészeti szakellátás III. szintjén speciális diagnosztikus, és terápia eredményességét monitorizáló eszközökre van szükség: bñrteszt vizsgálat, nasalis belégzési csúcstáramlás mérő, illetve bizonyos egyéb szakmai bevonása a differenciál diagnosztika folyamataiba: CT, MRI, szénium speedE mérés, orrvilágdek citológiai/szövettan és mikrobiológiai vizsgálat. Az optimális ellátást segítik: rhinomanométer, akusztikus rhinométer, szaglásvizsgálati teszt, mucociliáris clearance vizsgálata, ez utóbbiak és a nasalis belégzési csúcstáramlás mérés a társadalombiztosítás által nem támogatott eljárások. Az egyetlen klinikákon az AR kezelésére alkalmas fényterápiás készülék van, ezeket a kezeléseket sem támogatja a társadalombiztosítás.

Tehát az irányelv megvalósítását segítené, ha a fenti, nem finanszírozott vizsgálatokat illetve kezelést a társadalombiztosítás finanszírozná.

Segítené az irányelv megvalósíthatóságát, ha a monileukat (antileukotrien) törzskönyveznék Izolt AR kezelésére is (Ajánlás33), valamint forgalomba hoznák ismét a nasalis kromoglikátot is (Ajánlás30).

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A betegoktatás célja a beteg együttműködésének megnyerése a megelőzésben és a kezelésben, hogy az a lehető legeredményesebb legyen.

A betegoktatás kiemelt témakörei:

- a betegség lényege, annak az életminőségére gyakorolt várható hatásai
- kiváló okai
- az allergénmentesítés módjai
- a megelőzés és a kezelés lehetőségei
- a kezelés technikai helyessége
- a kezelés hatásai és mellékhatásai
- a kezelés elhagyásának várható következményei

Betegjátékokat lásd: XI. Fejezetben.

1.4. Egyéb feltételek

A beteggek költségviselő képessége erősen befolyásolja az irányelv megvalósíthatóságát. Pl. a specifikus immunterápia rendkívül költséges, pedig az allergén elimináció kivül ez az egyetlen oki kezelése az AR-nek. Közepes/súlyos perzisztáló AR-ben a tüneti szerek folyamatos, akár egész évs át való alkalmazása (antihisztaminok+nasalis szteroidok) is nagyon nagy költség a betegeknek. Az AR korszerű ellátását és a preventív szemléletet szolgálják, ha a specifikus immunterápia könyvben hozzáférhető lenne, tehát a társadalombiztosítás finanszírozná az immunterápiát.

Az irányelv megvalósulását segítené, ha hazánkban törzskönyveznék a monileukatot szezonális AR-ben. Jelenleg csak asztmával együtt járó AR esetekben rendelhető.

A pollenallergia okozta AR-es betegeknek nagyon fontos lenne az országban a környezet megfelelő gondozása: rendszeres fűnyírás/kaszálás, és gyomirtás (parfegfü). Magyarországon évek óta a médiában megjelenő pollenellenítés sokat segít a betegek megfelelő életmódi alkalmazkodásában és a tüneti kezelésben.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegjátékokat, oktatási anyagok

- Orcepp helyes használata: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2222.2007.02888.x.pdf>
- Betegjátékozató az allergiás rhinitisről (mellékletben)
- Betegjátékozató allergén-specifikus immunterápiában részesülő betegek részére (mellékletben)
- Fevilágosító prick bñrtesztől és beleegyező nyilatkozat (mellékletben)
- Betegjátékozató az allergénekreli és irritánsokra (mellékletben)
- Dr Bittera István, Dr Kadocsa Edit: Szénanáthás a gyermekern. SpringMed Kiadó, 2003.
- Dr Nékám Kriszti: Allergia-környezetünk csapódaja. SpringMed Kiadó, 2003.
- Dr Mochácsi Edit, Dr Mezei Györgyi: Allergia-örökösiskola. SpringMed Kiadó, 2003.

2.2. Tevékenységssorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adattalpok

2.2.1. Validált kérdőívek a rhinitis és társbetegségeinek diagnosztikájához [1], <http://www.whiar.org/doc/AR14> (alább XU/3.2-1-4. pontban lefordítva magyar nyelvre)

1. Az allergiás és nem-allergiás rhinitis elkülönítését segítő kérdések [1]

2. Alsó légúti szűrókérdések [1]

3. Allam-tünetek [1]

4. A rhinitis súlyosságát fokozatai [1]

2.2.2. Validált kérdőív a rhinitis kontrolláltságának megítélésére [21]

A rhinitis kontrolláltság megítélése (XU/3.2.5.)

2.2.3. Angol nyelvű, online kérdőív, kitölthető a beteg által önállóan, AR/asztma gyanúja esetén. <http://www.whiar.org/Questionnaire.php> [46]

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

1. A háziorvos/házi gyermekorvos által ellátott betegek hány százaléka kerül a szakellátásba?

1.1 A közepes/súlyos intemittáló rhinitises betegek hány százaléka kerül fül-orr-gégészeti szakellátásba?

1.2 A perzisztáló rhinitises betegek hány százaléka kerül el fül-orr-gégészeti vizsgálatra?

1.3. Az alsó légúti tüneteket mutató rhinitises betegek hány százaléka kerül el a tüdőgyógyászati/gyermekek tüdőgyógyászati szakellátásba?

2. Az irányelv ajánlásainak betartása a háziorvos/gyermek háziorvosi ellátásban?

- 2.1. Hány százalékban történik meg a kórtörténeti kérdőívek kitöltése? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
- 2.2. Milyen gyakran látja a gondozott allergiás rhinitises beteget a háziorvos? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
- 2.3. Ad-e a háziorvos depot szteroidot allergiás rhinitises betegnek?
- 2.4. A háziorvos által gondozott AR-es betegek hány százaléka van kontrollált állapotban? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
3. Az irányelv ajánlásainak betartása a full-orr-gégészeti szakellátásban?
 - 3.1. A perisztaltia rhinitises betegek hány százalékánál történik orrendoscopya? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
 - 3.2. Kármek-e átrézelet orrmelléküreg felvételeit AR/sinusitis gyanúja esetén? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
 - 3.3. Milyen módon vessz mikrobiológiai vizsgálatra mintát sinonasalis fertőzés gyanújakor? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
4. Milyen lévekenységet csinál meg a nem full-orr-gégész szakorvos abból, amit itt az irányelvben javasoltunk?
 - 4.1. Hány százalékban történik meg a kórtörténeti kérdőívek kitöltése? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
 - 4.2. A közepes/súlyos intenzitású rhinitises betegek hány százaléka kerül full-orr-gégészeti szakellátásba? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
 - 4.3. A perisztaltia rhinitises betegek hány százaléka kerül el full-orr-gégészeti vizsgálatra? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
 - 4.4. Kérmek-e átrézelet orrmelléküreg felvételeit AR/fertőzéses gyanúja esetén? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.
 - 4.5. Megállapítják-e a rhinitis kontrolláltságát? Céltörténeti audit segítségével történő felmérés.

4. Az ajánlások terjesztésének terve

- Az irányelv tartalmának oktatása:
- Orvostképzésben, illetve a full-orr-gégész, pulmonológus, klinikai immunológus-allergológus, bőrgyógyász, háziorvos szakképzésben
 - Orvos továbbképző szakképzéseken: kötelező szinten tartó tanfolyamok full-orr-gégészeti, pulmonológia, klinikai immunológia és allergológia, bőrgyógyász, háziorvosban.
 - Hejli képzéseken való tájékoztatás (osztályon, illetve klinikai tudományos referenciák) Orvosi tudományos kongresszusokon.

IX. A DOKUMENTUM FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv felülvizsgálatéért felelős tagozat: Full-orr-gégészeti Tagozat
Felelős személy: a Tagozat irányelv felelőse
A felelős személy feladata: rodalomkutatás, a fejlesztő tagok tájékoztatása, megbeszélés, konszenzus, felülvizsgálat kezdeményezése.
A felülvizsgálat során kiemelt figyelmet kell fordítani az alábbi témakörökben megjelenő bizonyítékokra:

- AR megelőzése
- AR kontroll teszt
- SIT preventív és hosszútávú hatása, betegváltogatás szempontjai, dózis, kezelés ideje

Esteltes új terápia lehetőségek
Allergénkerülés
Alternatív kezelési módok hatékonysága, biztonságossága.

A témakörben jelenleg nem folyik megszabású multicentrikus tanulmány. Várhatóan a Jelenleg is adaptált nemzetközi irányelvek ez idő alatt frissítésre kerülnek, és ezek az ajánlások képezhetik alapját a felülvizsgálatnak is. Felülvizsgálat megkezdésének tervezett időpontja 2017. június 1. de a változtatások szükségességének függvényében hamarabb, lezárása legkésőbb 2017.11.30.

X. RODALOM

1. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg WJ, Fokkens A, Togias T, et al.: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63(Suppl.86):8-160.
2. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, Custovic A, Halken S, Hellings PW et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2013;68:1102-1116. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12235/pdf>
3. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(3):466-76. <http://www.wjlar.org/docs/ARIAReport2010.pdf>,
4. Shekelle PG, Woo SH, Eccles M, Grintschaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ* 1999;318(7183):593-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1115034/>
5. Kadocsa E. Az allergiás eredetű nátha prevalenciájának meghatározása Szegeden (1993). *Full-orr-gégégyógyászat* 1994;39:182-188.
6. Balogh K, Augusztinovic M, Koppány J. Az allergiás rhinitis prevalenciája Budapestben és Pest megyében 2002-ben. *Allergológia és Klinikai Immunológia* 2003; (9): 23-29.
7. Balogh K, Argay K, Radich K. A rhinitis allergica prevalenciájának alakulása Budapest III. kerületében 1997 és 2005 között. *Allergológia és Klinikai Immunológia* 2006;9: 93(ábsztr.).
8. Bittera I, Gyurkovits K. A gyermekkori rhinitis allergica epidemiológiai és kórtörténeti adatainak elemzése. *Gyermekgyógyászat* 1990;41:401-407.
9. Bittera I, Kadocsa E. Increased prevalence of allergic rhinitis among schoolchildren in Szeged, Southern Hungary (1987, 1997, 2002). *Allergy Clin Immunol Int* 2003;181-82.
10. Zsigmond Gy, Novák Z., Berényi K., Kovács J., Káddár K., Kósa L. Gyermekkori allergiás betegségek nemzeti központi epidemiológiai felmérése az ISAAC-vizsgálattal Magyarországon. *Gyermekorvos Továbbképzés* 2006; 5(2):67-72.
11. Kadocsa E, Juhász M. A szénanáthas betegek allergénspektrumának változása a Dél-Alföldön (1990-1998). *Orvosi Hetilap* 2000;141(29):1817-1820.
12. Szilasi M, Gálfy G, Fónay K, Márk Zs, Rónai Z, Szilasi Zs et al. A survey of the burden of allergic rhinitis in Hungary from a specialist's perspective. *Multidiscip Respir Med* 2012;7(1):49-55.

13. Heimgartner KE, Weber RK, Hellmich M, Heubach CP, Mösges R. Nasal irrigation as an adjunctive treatment in allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy*. 2012;26(5):119-25.
14. Carr WJ, Bernstein J, Lieberman P, Meltzer E, Bachert C, Price D, et al. A novel intranasal therapy of azelastine with fluticasone for the treatment of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129:1282-89.
15. A felső légutú infekciók bakteriológiai diagnosztikájáról. Szakmai irányelv, Orvosi Mikrobiológiai Szakmai Kollegium, <https://kollegium.aseek.hu>
16. Kaipakoglu F, Baccoglu A. Efficacy and safety of H1-antihistamines: an update. *Antiflamm Antiallergy Agents Med Chem*. 2012;11(3):230-7.
17. Koreck AI, Csoma Z, Bodai L, Ignacz F, Kenderessy AS, Kadocsa E, et al. Rhinophototherapy: A new therapeutic tool for the management of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;115(3):541-7.
18. Bella Zs, Kircsi A, Viharosné D-R, E, Dallos A, Kiss M, Kemény L, et al. Rhinofototerápia perisztaltó allergiás rhinitisben-Humán, randomizált, kettős vak, placebo kontrollált, prospektív, előzetes vizsgálat. *Fülr-Orv-Gégégyógyászat* 2010;56(2), 107-115.
19. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 (EPOS2012). *Rhinology Suppl* 23 2012; 50: 1-225.
20. Lieberman P, Patanajak D. Nonallergic Rhinitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2014; 14, 439: 1-11.
21. Nathan RA. The Rhinitis Control Assessment Test. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2014;(1):13-19.
22. Knögen M, Brandt S, Kösling S. Comparison of quality on digital X-ray devices with 3D-capability for ENT-clinical objectives in imaging of temporal bone and paranasal sinuses. *RofO*. 2012;184(12):1153-60.
23. Hirschberg A.: Correlation between Objective and Subjective Assessments of Nasal Patency. *ORL*. 1998;60:206-211.
24. Hirschberg A, Tamás L, Rezek O, Molnár B: Akusztikus rhinometria. Értéke és helye a klinikumban. *Fülr-Orv-Gégégyógy* 1999; 45:32-39.
25. Carter NJ. Bilastine: in allergic rhinitis and urticaria. *Drugs*. 2012 Jun 18;72(9):1257-69.
26. Jáuregui I, García-Lirio E, Soriano AM, Garbosa PM, Artépara I. An overview of the novel H1-antihistamine bilastine in allergic rhinitis and urticaria. *Expert Rev Clin Immunol*. 2012;8(1):33-41.
27. Jacobs, Robert L. Ciclesonide for the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Exp Rev of Clin Immunol* 2011; 7: 735-741.
28. Schaefer T, Schnoor M, Wagenmann M, Klimek L, Bachert C. Therapeutic Index (TIx) for intranasal corticosteroids in the treatment of allergic rhinitis. *Rhinology* 2011; 49: 272-280.
29. Lightman S, Scadding G.K. Should Intranasal Corticosteroids Be Used for the Treatment of Ocular Symptoms of Allergic Rhinoconjunctivitis? A Review of Their Efficacy and Safety Profile. *International Archives of Allergy And Immunology* 2012; 158:317-325.
30. Dubuske LM. Twenty-four-hour duration of effect of intranasal corticosteroids for seasonal allergic rhinitis symptoms: Clinical evidence and relevance. *Am J of Rhinology & Allergy* 2012;26: 287-292.

31. Blaiss MS, Beminiger MS, Fromer L, Gross G, Mabry R, Mahr T, et al. Expanding choices in intranasal steroid therapy: summary of a roundtable meeting. *Allergy Asthma Proc* 2006;27:254-264.
32. Sastre J, Mosges R. Local and Systemic Safety of Intranasal Corticosteroids. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology* 2012; 22: 1-12.
33. Vashisht P, Casale TJ. Oralizumab for treatment of allergic rhinitis. *Expert Opin Biol Ther*. 2013 Jun;13(6):933-45.
34. Eftan AO, Shamji MH, Durham SR. Long-term clinical and immunological effects of allergen immunotherapy. *Current Opinion in Allergy and Clin Immunol*. 2011;11(6):586-593.
35. Steinhilber I, Sobocinska A, Majak P, Smejda C, Jerzyńska J. Comparison of the long-term efficacy of 3- and 5-year house dust mite allergen immunotherapy. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2012;109: 274-278.
36. Zuberbier T, Bachert C, Boussquet PJ, Passalacqua G, Canonica GW, Merk H, et al. GA2LEN/EAAACI pocket guide for allergen-specific immunotherapy for allergic rhinitis and asthma. *Allergy* 2010;65(12):1525-30.
37. Cserháti E, Adonyi M, Barkai L, Borsodi K, Gyurkovits K, et al. A gyermekkori specifikus allergén immunterápia (allergén vacináció). Módszertani ajánlás. *Gyógyszerrelk* 2004.
38. Sieber J, Shah-Hosseini K, Mösges R. Specific immunotherapy for allergic rhinitis to grass and tree pollens in daily medical practice – symptom load with sublingual immunotherapy compared to subcutaneous immunotherapy. *Ann Med*. 2011;43(6):418-424.
39. Calderon MA, Alves B, Jacobson M, Hurwitz B, Sheikh A, Durham S: Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 24 (1) CD001936.
40. Bona DD, Plaia A, Leto-Barone MS, Piana S, Lorenzo G. Efficacy of subcutaneous and sublingual immunotherapy with grass allergens for seasonal allergic rhinitis: A meta-analysis-based comparison *J Allergy Clin Immunol* 2012; 30(5):1097-1107.
41. Koreck A, Szechenyi A, Morocz M, Cimpean A, Bella Zs, Garaczi E, et al. Effects of intranasal phototherapy on nasal mucosa in patients with allergic rhinitis. *J Photocem Photobiol B*. 2007;89: 163-169.
42. Mitchell D, Paniker E, Sanchez G, Bella Zs, Garaczi E, Szeil M, et al. Molecular response of nasal mucosa to therapeutic exposure to broad-band ultra violet radiation. *J Cellular and Molecular Med*. 2008;14:313-322.
43. Neuman I, Finkelstein Y. Narrow-band red light phototherapy in perennial allergic rhinitis and nasal polyposis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1997 Apr;78(4):399-406.
44. Brinkhaus B, Ortiz M, Witt CM, Roll S, Linde K, Pfab F, et al. Acupuncture in patients with seasonal allergic rhinitis: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2013;158(4):225-34.
45. Castiel M, Pérez-Cano FJ, Abri-Gil MM, Franch A. Flavonoids On Allergy. *Curr Pharm Des*. 2014;20(6):973-87.
46. Interactive Questionnaires- Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma <http://www.wheal.org/questionnaire.php>
47. Harbour R, Miller JA. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines (for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group) *BMJ* 2001;323:334-6.

XI. MELLÉKLET

1. A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok (<i>OBDK (órák ki)</i>) Egyéni összetérhetetlenségi nyilatkozatok Egyéni összetérhetetlenségi nyilatkozatok összefoglaló Csoportos nyilatkozata fejlesztés során igénybe vett külső támogatásról, a szponzori függetlenségéről és az elfogultatlanságról Konzultációs fejlegyzés(ek) Módszertani szűrfőrtékelés Részletes módszertani értékelés(ek) Tagozatvezetői nyilatkozatok az egészségügyi szakmai Irányelvben foglaltakkal való egyetértésről	Igen Igen Igen Igen Igen Igen Igen
--	--

2. A fejlesztés módszerének leírása, és a kapcsolódó dokumentumok
A meglevő, hazai irányelv átdolgozása történt az Európai Irányelvek [1,2,3] hazai adaptációjával, illetve a 2009-2014. június közötti időszakrodalmának áttekintése révén.

2.1. Fejlesztőcsoport megalakulása
A meglevő irányelv verzió fejlesztésében részt vevő szakemberek alkották jelen irányelv verzió fejlesztőcsoportját is. A felkérést a Tagozat elnöke adta a fejlesztőcsoport számára.

2.2. Irodalomkeresés, szelekció
A klinikai problémakör terén, a nemzetközi szinten is elfogadott európai szakmai irányelvek határozzák meg a hazai elvárt szabványt. A vezető ARIA irányelv 2010-ben került utólagos frissítésre [3]. Ez az irányelv is foglalkozik gyermekkori kérdésekkel, azonban fontossá vált egy elkülönült irányelv megjelenése is mely 2013-as kiadású [2]. Az ARIA 2010-es verziójában számos témakör nem került tárgyalásra, melyek a 2008-as verzióban még megtalálhatóak – és időtállóak -, így a 2008-as verziót továbbra is forrásként használta fel a fejlesztőcsoport.

Az ARIA 2010-es verziójának rodalomkutatása 2009-ben zárult le, ezért 2009 és 2013 között bizonyítékkorrelációkat kerestünk a PubMed-ben, elsősorban bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek, szisztematikus összefoglalók illetve multicentrikus tanulmányok körében.
A keresőszavak: rhinitis, allergiás rhinitis, allergen avoidance, therapy, prevention, diagnosis, intranasal steroid, antihistamine, immunotherapy.
A szakirodalom szelekciója elsősorban témakör relevancia (betegkór, vizsgált eljárás, alapszintű kritikus értékeléssel elfogadható minőség), másodsorban nyelv (angol) alapján történt.

A szelekálás után két irányelv [19, 36], 6 összefoglaló tanulmány [16,20,22,32,33,34], 5 randomizált-kontrollált tanulmány [26,27,29,35,44], 2 meta-analízis [13,40] és 4 egyéb tanulmány [21,28,30,45] maradt benn.
Az „alapszintű kritikus értékelés” alatt az alábbiakat alkalmazzuk:
1. A tanulmány azt a témakört és abban a betegkórban vizsgálta, mely irányelvünk számátára meghatározó

2. A vizsgálati módszer az irányelv hatókörének megfelelően a klinikai kérdésre legjobb választ adó elrendezésű volt.
3. A vizsgálat lefolytatásában nagy módszertani hiba nem volt azonosítható
4. Megfelelő szintű szignifikanciájú eredmény alapján állított fel konklúziót.

2.3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, bizonyíték, vagy ajánlás mátrix)
A felhasznált 3 fő szakmai irányelv ajánlása, azok hazai ellátókörnyezetre (előírt populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költéséghatékossága) történő adaptálásával kerültek átvételre. Ennek megfelelően a fejlesztőcsoport nem végzett ezekkel az ajánlásokkal kapcsolatban bizonyítékellenzést, elfogadta az irányelvfejlesztők megítélését, és hivatkozik az ezen irányelvekben bemutatott bizonyítékhatárra. Egyetlen kivételt a fénytérpia (RhinoLight®) megítélésére jelentette, amivel kapcsolatban a fejlesztőcsoport a rendelkezésre álló bizonyítékok [17,18] és a hazai szakmai tapasztalat alapján a RhinoLight® intranasalis fénykezelést B ajánlásba vette (Ajánlás33). Egyebekben valamennyi irányelv a hazai szakmai körökben egyértelműen elfogadott forrásdokumentum.

Az irányelv a bizonyítékok besorolására a korábbi hazai irányelv verzióban alkalmazott, ugyan a nemzetközi gyakorlatban már túllaladott, de a magyar gyakorlatban ismert Shekelle [4] besorolást használja. Az európai gyakorlat nem egyértelmű a bizonyítékok besorolásának tekintetében: a 2010-es európai ajánlás ugyan a GRADE szisztemat használja [3], de a legutóbbi, gyermekkor allergiás rhinitisével foglalkozó európai ajánlás [2] a magyar gyakorlatban is eddig alkalmazott és ismert Shekelle PG.[4] besoroláshoz hasonló, azaz könnyen harmozizálható SIGN besorolást alkalmazza [47]. A fejlesztőcsoport megítélésére szerint a GRADE besorolásban fontos hiányosság, hogy a bizonyíték besorolása alapján nem létező meg, mely bizonyítékot szövegeket tudományos vizsgálat, és mely alapszik nemzetközi vagy hazai szakértői véleményen, tapasztalaton. Mindezek alapján a fejlesztőcsoport a Shekelle besorolást tartotta meg, és ha egy olyan ajánlás került adaptálásra, melynek háttérét adó bizonyíték nem ezzel a módszerrel került besorolásra, akkor ellenőrizta, és erre átsorolta azt.
Ia= randomizált, kontrollált vizsgálatok alapján végzett meta-analízise
Ib= legalább egy randomizált kontrollált vizsgálatla= legalább egy kontrollált de nem randomizált vizsgálat
IIb= legalább egy más típusú, kísérleti jellegű vizsgálat
III= nem kísérleti jellegű, hanem összehasonlító, korrelációs, vagy önkontrollis tanulmányok
IV= szakértő bizottság beszámolója vagy véleménye vagy ismert számberek klinikai tapasztalata, vagy mindkettő

A fejlesztőcsoport az irányelv felülvizsgálata során kíván csak változtatni a besorolási módszertanon, mely során a továbbiakban is szükségesnek tartja annak megítélhetőségét, hogy melyek a szakértői véleményből származó bizonyítékok.

2.4. Ajánlások kialakításának módszere
A felhasznált 3 fő szakmai irányelv, jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlása, azok hazai ellátókörnyezetre (előírt populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költéséghatékossága, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.
Az irányelv az ajánlások besorolására a korábbi hazai irányelv verzióban alkalmazott, szintén Shekelle által kialakított (4) besorolást tartotta meg.

A= I evidencián alapul

B=II evidencián, vagy az I evidencia extrapolálásán* alapul

C=III evidencián vagy I-II evidencia extrapolálásán alapul

D= IV evidencián, vagy I-III evidencia extrapolálásán alapul

* extrapolálás azt jelenti, hogy egy bizonyos populáción elvégzett vizsgálat eredményét egy más, az adott ajánlás kialakítása szempontjából releváns populációra vettük [4]

A témakört feldolgozó iránylevekben az ajánlások besorolásának gyakorlata nem egységes.

A 2010-es európai iránylevél egy speciális, nem az ajánlások megbízhatóságát, hanem annak alkalmazási szükségességének fokát fejezi ki a besorolással[3]. Ez a típusú besorolás sem a nemzetközi, sem a hazai gyakorlatban nem jellemző, inkább a szövegezés („wording”) határozza meg, adott ajánlást mennyire fontos bevezetni a gyakorlatba, besorolása pedig megbízhatóságára utal.

A gyermekori vonatkozású európai iránylevél ajánlás besorolása szintén a SIGN módszertanát alkalmazza, mely jellegében megegyezik a Schekelle féle besorolással.

A fejlesztőcsoport az iránylevél felülvizsgálata során kíván csak változtatni a besorolási módszertanon, annak függvényében választva az ARIA aktuálisan érvényes változatának besorolását, ha az valóban a megbízhatóságot fogja tükrözni, valamint információt szolgáltat arról is, hogy mely ajánlások alapulnak szakértői véleményen. Egyebekben saját besorolási módszer választását tervezik a szakértők.

Az ajánlások kialakítását a fejlesztőcsoport elektronikus szavazással végezte el. A vezető szerkesztő által készített kézirat (külön ajánlasmátrix nem készült) kiküldése után a fejlesztők valamennyi ajánláshoz igen / nem / indoklás megjegyzéseket tettek, mely alapján további egyeztetésre kerültek a vitatott ajánlások. Nem volt olyan ajánlás, melyben ne éretek volna egyet a végső egyeztetés során a csoport tagjai.

2.5. Véleményezés módszere, és dokumentációja

Véleményezésre mindazon szakértőlelek tagozatának kiküldtük az iránylevél tervezetét, akik az allergiás rhinitis betegek közvetlen ellátásában részt vesznek. Ezek: Háziorvosian, Gyermek alapelítés, Fül-orr-gégész, Klinikai immunológia és Allergológia, Tudógyógyászati, Csecsemő és gyermekgyógyászati, Bőr- és nemibetegségek, Oxyológia Tagozatok.

A vezető szerző irányításával a fejlesztő csoport elektronikus egyeztetés keretében konszenzusos véleményt alakított ki a véleményezőkkel. Nem volt olyan ajánlás, melyet az egyeztetés végén ne fogadtak volna el valamennyi érintett szakértőlel.

2.6. Független szakértői véleményezés módszere és dokumentációja

Szakmai független szakértő nem került felkérésre, a módszertani értékelés megtörtént.

2.7. Felülvizsgálat módszertana

Jelen fejlesztés nem felülvizsgálat.

3. Alkalmazást segítő dokumentumok

3.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

3.1.1. Betegtájékoztató az allergiás nátháról

3.1.2. Betegtájékoztató az allergénekről és irritánsokról

3.1.3. Felvilágosítás prök börtésztől és beleegyező nyilatkozat

3.1.4. Betegtájékoztató allergén-specifikus immunterápiában részessülő betegek részére

3.1.5. Betegtájékoztató kiadványok: www.springmed.hu

• Dr Bittera István, Dr Kadocsa Edit: Szénanátha a gyermekem. SpringMed Kiadó, 2003.

• Dr Nékám Kriszta: Allergia-könyvezetünk csapdája. SpringMed Kiadó, 2003.

• Dr Mohácsi Edit, Dr Mezei Györgyi: Allergia-öröklődés-iskola. SpringMed Kiadó, 2003.

3.1.5. Pollenjelentés Magyarországra:

www.mel.hu/dokumentum/humantmeteorologia/pollenjelentes

3.2. Tévékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adattalpok

1. Az allergiás és nem-allergiás rhinitis elkülönítését segítő kérdések

2. Alsó légúti szűrfőkérdések

3. Alarm-tünetek

4. A rhinitis súlyosságai fokozatai

5. Allergiás rhinitis kontrolláltságát megítélő teszt

1. Az allergiás és nem-allergiás rhinitis elkülönítését segítő kérdések [1]
Az alábbi a WHO háziorvosi honlapján (www.globalfamilydoctor.com), közreadott és hazánkban is validált kérdőív használatra javasolt. Az „a” kérdéscsoportban a „nem” válaszok, míg a „b” kérdéscsoportban az „igen” válaszok jellemzőek. AR-re.

a. Rendelkezik-e Ön az alábbi tünetekkel?

Főoldali orrmasszok? Igen

Féloldali orrmasszok? Nem

Sürd, zöld- vagy sárga színű orrváladék? Igen

Sürd, zöld- vagy sárga színű orrváladék? Nem

Hátsó garattalon lecsorgó vaskos nyák vizes orrfolyással vagy anélkül? Igen

Nem

Arcfájdalom? Igen

Nem

Ismétlődő orrvérzések? Igen

Nem

Szaglásvesztés? Igen

Nem

b. Rendelkezik-e Ön az alábbi tünetekkel naponta legalább egy óra keresztül vagy a legtöbb napon egy adott szezonban, ha a panaszai szezonálisak?

Vizes orrváladékozás Igen

Nem

- Tüsszögés, rohamokban
Nem Igen
- Orrdugulás
Nem Igen
- Orrviszketés
Nem Igen
- Nem genyves köhöghátya-gyulladás (vörös, viszkető szem)
Nem Igen

2. Alsó légúti szűrőkértések (ARIA 4 asztmaszűrő kérdése) [1]

- Volt-e valaha (vagy akár többször is) sípoló légzése?
- Tapasztalt-e már zavaró köhögéseket, különösen éjjel?
- Fizikai terhelés után tapasztalt-e sípoló légzést, vagy köhögött-e?
- Errez-e időnként melkasi feszülést?

3. Alarm-tünetek, melyek haladéktalan szakorvosi vizsgálatot tesznek szükségessé [1]

- Féloldali orrpanaszok (elhúzódó, recidiváló)
- Genyves orrfolyás (elülső és/vagy garati) (elhúzódó, recidiváló)
- Arcfájdalom, fejfájás (elhúzódó, recidiváló)
- Szaglásvesztés
- Orrvezes (elhúzódó, recidiváló)
- Arc-, és periorbitális duzzanat
- Láz, rossz általános állapot

4. A rhinitis súlyosságát fokozó tényezők [1]

- Enyhe rhinitis (valamennyi az alábbiak közül):
- Normális alvás
 - Normális napi aktivitás, sport, pihenés
 - Normális munkatanulás
 - A tünetek tolerálhatóak
- Középsúlyos/súlyos rhinitis (legalább egy az alábbiak közül):
- Zavarja az alvást
 - Negatív hatás a napi aktivitásra, sportra, pihenésre
 - Zavarja a munkatanulást
 - Nem vagy nehezen tolerálható tünetek

5. Allergiás rhinitis kontrolláltságát megítélő teszt [21]

1. Az elmúlt héten milyen gyakran volt orrdugulása?

- Soha Ritkán Néha Gyakran Nagyon gyakran
- 5 4 3 2 1

2. Az elmúlt héten milyen gyakran tüsszögött?

- Soha Ritkán Néha Gyakran Nagyon gyakran
- 5 4 3 2 1

3. Az elmúlt héten milyen gyakran könnyezett?

- Soha Ritkán Néha Gyakran Nagyon gyakran
- 5 4 3 2 1

4. Az elmúlt héten mennyire zavarja az alvását az Ön allergiás ortúnete vagy egyéb allergiás panaszja?

Soha Ritkán Néha Gyakran Nagyon gyakran

5 4 3 2 1

5. Az elmúlt héten milyen gyakran került el bizonyos tevékenységeket az allergiás orrpanaszai vagy egyéb allergiás tünete miatt? (pl. kutyát vagy macskát tartó házban tett látogatást, kerésszedést stb.)

Soha Ritkán Néha Gyakran Nagyon gyakran

5 4 3 2 1

6. Véleménye szerint az elmúlt héten mennyire voltak az allergiás panaszai rendszerben?

Teljesen Nagyon Valamennyire Kevésbé Egyáltalán nem

5 4 3 2 1

Osszes pontszám:

5. Betegtájékoztatók

5.1 Betegtájékoztató az allergiás nátháról

Az allergiás nátha az orrműködés gyulladáscsökkentő betegsége. Európában az emberek 5-25%-a szenved allergiás náthában, hazánkban is 10-20% a gyakorisága. A betegség gyakrabban fordul elő asztmásoknál, ekcémásoknál, valamint azoknál az emberekkel, akiknek a családjában van vagy volt asztmás vagy allergiás náthás egyén.

Bármely életkorban kezdődhet, de leggyakrabban gyermekkorban vagy fiatal felnőttkorban indul a betegség. A tünetek gyermekkorban és a felnőttkor fiatal és középkorú szakaszában súlyosabbak, időskorban általában enyhébbek. Egy évnél fiatalabb korban azonban szabálytalanul változóak is lehetnek a tünetek, tünetmentes periódusok, akár évek is elfordulhatnak.

Mi okozza az allergiás náthát?

A levegőben levő kis, szabad szemmel nem látható részecskék, az úgynevezett allergének okozzák. Egyes embereknél ezek nemcsak náthát, hanem allergiás bőrbetegségeket, asztmát vagy allergiás köhöghátya-gyulladást is okozhatnak. A kiváló okokkal (allergénekkel és irritáló tényezőkkel) külön betegtájékoztató foglalkozik részletesen.

Az allergének az orrműködés útján jutva a rá érzékeny emberekben különböző gyulladáscsökkentő anyagok, főként hisztamin felszabadulását váltják ki, és ezek okozzák a jellegzetes tüneteket. Az úgynevezett korai reakció az allergén behatása után kb. 20 perc múlva jön létre. Órákkal az allergén megjelenése után van egy úgynevezett késői reakció, ami a gyulladáscsökkentő tünetek elhúzódásához vezet.

Szezonális vagy perennálisan allergiás nátha

Az allergiás nátha jelentkezhet az év egy meghatározott időszakában (szezonális allergiás nátha), vagy egész éven át (perennálisan allergiás nátha). A szezonális allergiás náthát leggyakrabban virágporok (fák, fűvek, gyomok) vagy gomba spórák okozzák. A perennálisan allergiás nátha oka leggyakrabban házipor, toll, állati szőr, gomba spóra érzékenységgel.

Az allergiás nátha tünetei

Az orrtünetek mellett torok-, fül-, szem- és alváspanaszok, valamint köhögés, fulladás, sípoló légzés is előfordulhatnak.

Az allergiás nátha fő tünete: orrdugulás, előre vagy hátra a garatra csorgó vizes/nyálkos váladékozás, tüszőgöbési rohamok, orrvizszkelés.

Különösen a szezonális allergiás náthához gyakran társul allergiás köhögés/nyálgyulladás (szemnyírás), szemnyizszkelés, könnyezés, alsó szemhéj duzzanata, kékes elszíneződés). Ezekhez a tünetekhez gyakran társulnak még torok és fülpanaszok (torokkaparás, krákogás, fültugulás, torokviszketés, fülviszketés). Az allergiás nátha okozhat alvásproblémákat (szájlegzés, horkolás, éjszakai gyakori felébredés, nappali álmatlanság, munkai/sikolai teljesítmény romlás).

A peremialis nátha vezető tünete legfőbbbszór az orrdugulás és kevés, sokszor csak hátrafelé csorgó nyálkos orrváladékozás.

Gyermekkorban a fenitil mellett gyakori az orrvizszkelés okozta „allergiás szalutálás”, a következményes haránt barázdá az orrhátban, valamint az elhúzódó és ismétlődő légúti fertőzések, iskolás és serdülőkorban az orrmelléküregek gyulladások együttes előfordulása.

Az allergiás náthás betegek kb. 30%-a asztmában is szenved.

A klinikai tünetek súlyossága minden egyénnél más és más, valamint egy betegben is változó lehet az élete folyamán. Előfordulnak akár hónapokig/évekig tartó tünetmentes időszakok is.

Az allergiás nátha kórisméje

Az allergiás nátha kórismézése a klinikai tünetek, az orvos által végzett fizikális vizsgálat és az allergia vizsgálat alapján történik. Ha ezek alapján a kórisme nem tisztázható, egyéb vizsgálatokat is elrendelhetnek, pl. rhinogénevizsgálat, szövettani vizsgálat stb.

Az allergia vizsgálat célja az, hogy pontosan meghatározzuk a tünetek kiváltó és fenntartó allergéneket. Így lehetséges esetleg azok elkerülése, vagy az allergén specifikus immunterápia bevezetése. Az allergia vizsgálat elsődleges módszere a bőrteszt. Erőli külön beteglátkozatban olvashat részleteiben. Egyes esetekben szűkség lehet a vérből is meghatározni az allergén kiváltotta specifikus ellenanyag mennyiségét, a specifikus Immunoglobulin E-t.

Az allergiás nátha kezelése

1. Az ókl kezelés módjai: allergének kerülése és az allergén specifikus immunterápia.

Allergének és irritáló anyagok kerüléséről külön beteglátkozatlató szol.

Az allergén specifikus immunterápiát külön beteglátkozatlató ismereti.

2. A tüneti kezelés a gyógyszeres kezelésből, és alternatív kezelési módokból áll. Ezek a betegség tüneleit csökkenti vagy elmulasztják, de lényegében csak az alkalmazás ideje alatt és egyes esetekben utána még rövid ideig van hatásuk.

2.a. Sztteroid tartalmú orrspray-k

A szteroíd tartalmú orrspray-k a leghatékonyabb szerek az allergiás nátha tüneit kezelésében, valamintnyi orrpanaszát hatékonyan csökkenti vagy megszünteti a kezelés ideje alatt.

Többféle szteroíd készítmény van forgalomban hazánkban: *beclometazon dipropionát*, *budesonid*, *fluticason propionát*, *fluticason furát*, *mometason furát*, valamint a *fluticason propionát*-*azelastin* kombinációja. Ezek csak orvosi rendelvényre kapható szerek.

Az adagolás gyakoriságában, az adagoló készítményben, térítési árában különböznek, de hatékonyságukban és mellékhatásukban lényeges eltérés nincsen. Klinikai hatásuk órák alatt alakul ki, a maximális hatékonyságuk általában csak napok múlva érik el. Ezért a folyamatos adagolás hatékony. Mivel a létrejött hatás a legtöbb személ 24 órában keresztül fennáll, a napi egyszeri adagolás elegendő, de súlyos panaszok esetén szűkség lehet a napi kétszeri alkalmazásra is. Mindig pontosan kövesse az orvos utasításait az adagolásra vonatkozóan, mivel a túladagolás a szteroíd okozta mellékhatások fokozott kockázatával jár.

Hogyan alkalmazza az orrspray-t?

Minden esetben a spray alkalmazása előtt szűkeges az orr kifújása, lehetőség szerinti orrmosás végzése. Súlyos orrdugulással járó náthában az előzetes tohasztó orrcsepp vagy spray adagolása elengedhetetlen, mivel csak így jut be az orrüregbe a gyógyszer.

A spray befújása alatt a feji függőlegesen, vagy kissé előrehalott helyzetben legyen. A jobb oldali orrüregbe bal-, bal oldali orrüregbe pedig jobb kézzel tanácsos a spray-t befújni, mert így elkerülhető, hogy a porcos orrsövényre irányítsuk a spray-t, ami ott nyálkahártya sérülést okozhat. A befújás után enyhén szippantani kell, hogy a gyógyszer az orrüreg mélyebb részébe is eljusson. A szippantás azonban ne legyen túl erős, mert akkor a szer gyorsan a garatra juthat. Ha azt érzik, hogy a torokára lecsorgott a gyógyszer, akkor ki kell köpöni, és új puffot kell alkalmazni.

Milyen mellékhatása lehet a szterooidos orrspray-eknek?

Szteroíd tartalmú orrspray-k évről-évre óta használatosak az allergiás nátha kezelésére, így az esetleges mellékhatásokkal kapcsolatban sok tapasztalat áll rendelkezésre. Helyileg, az ornyálkahártyán fejlik ki hatásukat, elnyerszó hatyaduk a vérkeringésbe jut, de a máj hamar lebontja, ártalmatlanná teszi. Így az orvos által előírt adagban általános mellékhatás csak ritkán fordul elő.

Helyi mellékhatások 5-10%-ban fordulnak elő. Ezek lehetnek az ornyálkahártyán szárazság-, égő érzés, pörkösödés, orrvérzés, vérsen fastenyzett orrváladék, orr vagy garat irritáció. Ezek az esetek legnagyobb részében kezelhetők, illetve megelőzhetők az ornyálkahártyára jutatót nedvesítő és puhtló, esetleg vitamínos készítményekkel (gélek, kenőcsök, cseppek). Ha ezek használata ellenére a panaszok nem szűnnek meg, forduljon feltétlenül orvoshoz! Ha nasális szteroíd használata közben gemnyes orrfolyás vagy lézas betegség jelentkezik, feltétlenül konzultáljon kezelőorvosával!

Fokozott óvatosság szűkeges a következő esetekben: korábbi vagy jelenlegi tüberkulozis, szemét érintő herpeszvírusfertőzés, bármilyen egyéb típusú fertőzés, egyéb kortikoszteroid tartalmú gyógyszer használata, ha cisztás fibrózisban szenved, ha kontaktusba kerül kanyaros vagy bárányhimbs beteggel. A nasális szterooidok alkalmazása a dopplinger vizsgálatok során pozitív eredményt okozhat.

Szterooidos orrspray-t csak az orvos által előírt adagban és ideig, rendszeres orvosi ellenőrzés mellett javasolt használni! A kezelés megkezdése előtt olvassa el a gyógyszer mellé adott beteglátkozatlató! Ha további kérdése lenne, forduljon kezelőorvosához vagy gyógyszerészhöz!

Szteroid tartalmú injekció adása, az általános mellékhatások miatt, allergiás náthában nem javasolt. Szteroid tabletta szedése kizárólag orvosi rendelvényre, kivételesen súlyos esetekben jöhet csak szóba.

2.b Antihisztaminok

Az antihisztaminok az allergiás nátha tünetei közül főként a tüsszögést, viszketést és az orrfolyást képesek megszüntetni, az orrdugulásra kevésbé hatékonyak. Összeségében kevésbé hatékonyak, mint a szteroid orrspray-k. Súlyos nátha esetén a két szer együttes használatára is szükség lehet, az orvos előírása szerint. Jelenleg hazánkban forgalomban van:

antihisztamin orrspray: *azelasztin*
modern, nem álmosító antihisztamin tabletta: *loratadin, desloratadin, cetirizin, levocetirizin, fexofenadin, bilastin, cetirizin rágótabletta*. Jelenleg hazánkban a desloratadin és bilastin kivételével valamennyi antihisztamin és antihisztamin+lohasztó tartalmú készítmény szabadon vásárolható, orvosi rendelvény nélkül.

Az antihisztamin orrspray (azelasztin) csak helyileg fejti ki hatását, míg a tabletták egyéb szervi allergiás tüneteket is egyidejűleg képesek csökkenteni/megszüntetni.

Az antihisztamin orrspray (azelasztin) nagyon gyorsan, kb 15 percen belül hat, hatása kb. 12 órán át tart, így napi kétszeri adagolás szükséges.

Az antihisztamin tabletták kb. fél óra múlva kezdenek el hatni, és 24 órás hatásúak, napi egyszeri adagolás általában elegendő.

Milyen mellékhatása lehet az antihisztaminoknak? Az azelasztin orrspraynek általános mellékhatása nincsen, leggyakoribb helyi mellékhatása a keserű szájíz. A fent felsorolt, úgynevezett második generációs, vagy nem álmosító antihisztamin tabletták általában nem okoznak álmosságot, nem zavarják a munkát/ tanulást, de egyes, érzékeny egyéneknél azért előfordulhat ilyen mellékhatás.

2.c. Ornyálkahártya lohasztók

Az ornyálkahártyára közvetlenül juttatandó cseppek/orspray-k és szájon át szedhető tabletták vannak forgalomban, orvosi rendelvény nélkül is beszerezhetőek.

A lohasztó szerek csak az ornyálkahártya allergiás gyulladás okozta duzzanatát lohasztják, az allergia egyéb tüneteit (viszketés, orrfolyás, tüsszögés) nem befolyásolják. Súlyos orrdugulással járó közepes/súlyos fokozatú allergiás náthában kiegészítő szerekként javasoltak.

A lohasztó cseppek/spray-k közé különböző hatásmechanizmusú, hatékonyágú és farmakokinetikájú szerek tartoznak: *ephedrin, pseudoephedrin, phenylephrin, naphazolin, oxy-és xylometazolin, tetrazolin, tramazolin*. 10-14 napnál továbbbi alkalmazásuk az ornyálkahártyát károsíthatja és hozzájárulhat az orrdugulást, ezért tartós adagolásuk nem javasolt.

Forgalomban vannak *antihisztamin* és *ornyálkahártyát lohasztó* szert is egyben tartalmazó tabletták. A kombináció célja az, hogy az allergiás nátha valamennyi tünete a készítmény hatékony legyen. A kombinációs szer orrdugulást csökkentő hatása kevésbé hatékony, mint a lohasztó orrcseppek/spray-é, de nincs hozzájárulás. A szájon át alkalmazott lohasztó komponensnek sok mellékhatása lehet, így csak fiatal, egyébként egészséges emberek, maximum egy hétig használhatják, semmi

esetre sem rendszeresen. Használat előtt az adott gyógyszer használati utasítását feltétlenül át kell tanulmányozni, és a szerint kell eljárni.

2.d. Kiegészítő/alternatív kezelés

Ormosás. Fiziológiás sóoldattal vagy tengervízzel öblítve az orrtüregt eltávolíthatjuk az allergéneket, szennyeződéseket, orrváladékok, benne a gyulladássos mediátorokat, sejteket. Felhőkori és gyermekkori allergiás náthában a fiziológiás sószóval történő ormosás bizonyítottan hatékony és javasolt, mint kiegészítő kezelés.

Fényterápia. Magyar tapasztalásny és hazai klinikai vizsgálatok bizonyították, hogy egy speciális összetételű fény (nagy intenzitású látható fény és kevés UV fény) hatékony allergiás nátha kezelésében. A fénykezelés orvosi rendelvény, egyéni szabott ütemben történik, óráról kezelésként, vagy egyéb terápiával kombinálva. Más összetételű fényt is próbáltak a szájnánátha kezelésére, de azok terápiás hatékonysága kevéssé bizonyított.

A **homeopátia**, **akupunktúra** és **fitoterápia** allergiás rhinitisben való hatékonyságának bizonyítására nem állnak rendelkezésre megfelelő vizsgálatok, így alkalmazásuk nem javasolt.

Mikor forduljon orvoshoz az allergiás náthás beteg?

Ha a fent részletezett tüneteket észleli, forduljon orvoshoz, hogy megállapítsák, panaszait mi okozza, és megtudja, mi kellennie a tünetek megelőzése vagy betegségkezelése érdekében.

Az allergiás nátha kezelésére használatos gyógyszerek nagy része recept nélkül kapható jelenleg hazánkban. Így, ha már megállapították, hogy allergiás náthája van, nem kell minden esetben orvoshoz fordulnia panaszával. Alkalmazhatja azt a kezelést, amit korábban orvosa javasolt, és a patikában a gyógyszeresztől is kérhet felvilágosítást a gyógyszerekkel kapcsolatban.

Az alábbi esetekben azonban **feltétlenül forduljon orvoshoz:**

- orrpanasza feloldall
- csak orrdugulása van, orrfolyás, tüsszögés, viszketés nincsen
- gennyes orrfolyás
- hátrafele csorgó nyákos orrváladékozás
- arcfájás/homlokfájás fejfájás
- ismétlődő orrvérzés
- szaglásvesztés
- az eddigi alkalmazott kezelés már nem hatékony
- panaszai olyan súlyosak, hogy nem tud emiatt jól aludni, dolgozni/tanulni, vagy szabaddis tevékenységét is erősen zavarja
- az eddigi tünetei megváltoztak, pl. az eddigi szezonális panaszai egész éven át fennállnak, allergiás náthára jellemző, eddigi tünetei mellett köhögés, fulladás, nehézlégzés, sípoló légzés társul.
- receptköteles gyógyszerre van szüksége
- speciális betegcsoport: várandós anyák, gyermekek

5.2 Betegértékelővizsgálat az allergiákról és irritációkról

Az allergia több tényező által meghatározott körkép. A genetikai adottságok (atópiás hajlam) mellett az egyén immunrendszerének állapota, valamint a környezeti faktorer egyaránt befolyásolják.

Az allergének, melyek a szervezetet korai és a késői típusú túlérzékenységi reakciókat kiváltják, többféle lehetnek. Lehetnek növényi eredetű fehérjék (ta, fű, virágpollen stb.), állati fehérjék (szarvasmarha, tehén, kutyák, macskák, csótány, méh, hangya stb.), étel eredetűek (csontvelőpor, tengeri állatok, tej, tojás, bab stb.) ill. különböző egyéb fehérjék (idegen szérum, vakcina) vagy gyógyszerek (penicillin, szulfonamid, szalicilát, kozmetikumok stb.).

Az allergének leggyakrabban a nyálkahártyákon (orr, száj, belsőleg) vagy a bőrön keresztül jutnak be a szervezetbe, ahol az allergén prezentáló sejtek megkötik és bemutatják azokat az immunrendszer sejtjei számára. Bonyolult immunreakció során az allergénnel szemben ellenanyag (antitest) termelődik. Ezek a specifikus immunglobulinok (spec. IgE) mutathatók ki az allergológiai vérszerek során. Az allergén szervezetbe jutása biológiailag aktív mediátorok felszabadulását és képződését is beindítja. Ezek felelősek a különböző reakciókért. A bőrreakciók során a mediátorok (pl. hisztamin) felszabadulása váltja ki a bőrfelszínen a pozitív reakciókat.

POLLEN

A virágporiszemek neve pollen. Virágpóra csak a nyitva és zárvatermő növényeknek van. Elsősorban egyes zárvatermő fajok pollenszemei okoznak fésűs légúti megbetegedést (ez a pollenallergia, szénanátha), alsó légutakban (allergiás asztma) és a bőrön (kontakt bőrgyulladás) allergiás gyulladást. A legtöbb szénanáthát okozó fajt, így a mogyoró, az éger, a szil, a mintegy 200 hazai fajt számláló pázsitfűvek, a parlagfű, az üröm, a parjérok szélmegporzásúak. Ezek a növények nagyon sok pollent termelnek, virágporiszemek könyvek, a széllel messzire szállnak.

Az egyes növények virágzási idejét tanulmányozva hazánkban három fő pollenszezon különíthető el:

1. A tavaszi pollenszezon („a”-szezon, virágzás február-április):

Az allergiát okozó főbb virágzó fajok: mogyoró (Corylus), éger (Alnus), nyírfa (Betula), tölgy (Quercus). A nyárfa nagy mennyiségű pollent, a közneveléssel ellentétben nem vagy csak alig allergén. A fehér magasztók (nyárfa „szész”) viszont irritálják az orr nyálkahártyáját, és a rájuk tapadt nagyszámú, erősen allergén hatású fűpollen hordozói lehetnek. Hazánkban összességében a fűpollenes időszakban a pollenszám alacsony (maximum 8-10 napon haladja meg a 20/m³-es allergiás határértéket), így az Észak- és Nyugat-Európában tapasztalathoz képest jóval kevesebb megbetegedést okoznak.

2. A korai nyári pollenszezon („fű”-szezon, virágzás május-július közepé):

Ide tartozik a pázsitfűfélék családja (Poaceae), a legfontosabb gabonánövények és állati takarmányok. Kozmopoliták, az egész Földön jelen vannak, erősen allergének.

- Gabonánövények: búza, árpa, rozs, zab, kukorica, köles stb.
- Rétiek, legelők: ecsepázsit, csekesz, rozsnok, perjék, komócsin stb.
- Gyomfűvek: meddő rozsnok, egérárpa, kakaslábú, gumósperje stb.
- Parkok, díszpázsitok fűvei: angol perje, csillagpázsit, egyházi perje stb.

A fűpollen erősen allergén, és október közepéig megtalálható a levegőben.

3. Késő nyári pollenszezon („gyomszezon”, virágzás július-október, az első fagyokig):

A fekete üröm (*Artemisia vulgaris*) az őszirózsafélék (*Asteraceae*) családjába tartozó növényfaj. Magyarországon őshonos, gyakori gyomnövény az útszéll és szántóföldi, fűszáraz vagy úde gyomirtásútsókban, s gyódy- és fűszernövényként is felhasználják. Júliustól-októberig virágzik. Népies nevei: anyafű, közönséges üröm, mátráfű, veres üröm.

A parlagfű (Ambrosia artemisiifolia) jellegzetes mezőgazdasági gyom, nem őshonos hazánkban. Jellemzői: nagyszámú pollentermelés: kb 8 millió virágpórt (levegőben átlagosan: 100-300 db pollen/m³, csúcsértékek 1500-2000 pollen/m³), hosszú virágzási idő (90-120 napon magas pollenszám, 40-60 napon át küszöb feletti pollenszám), rendkívül erősen allergén.

Magyarországon polleninformációs országos hálózat működik, mely az interneten keresztül juttatja el minden érdeklődőhöz az adott terület aktuális információit a pollenszámról (www.antsz.hu). A pollenszámok által befogott pollen 95%-a szálmegporzású fajoktól származik. A virágpór 60-100 km-re is elszállítható, lokális és regionális „fertőzést” okozva. A pollenszemeket a hasonlóságuk miatt nem lehet fajra pontosan meghatározni, csak nemzetségre. A pollinózis szempontjából fontos, hogy az adott allergén hány napig lebeg a levegőben. Ezt elsősorban a virágzási időtartam határozza meg, ami többek között a téli és tavaszi időjárás függvénye. A pollennapár minden évben más és más, mert az egyes növények virágnyílásának kezdete és virágzási időtartama erősen változó.

Étel-pollen keresztreakciók

Alapja az étel és a pollen allergének (fehérjék) kémiai hasonlósága. Előzetesen a virágpóra érzékeny vált beteg szervezetébe jutva az ételallergének tünetekkel járó keresztreakcióit eredményezhetnek (pollen-fűszár-zöldiség-gyümölcs szindróma), ami esetenként súlyos állapotot is okozhat. Tipikus példa: a parlagfű allergiás betegek görögdiónyé fogyasztásakor alak, nyelvi-, szájszűrés, garatvizényő, néha hasi görcsök jelentkezhetnek (ún. orális allergia szindróma).

További keresztreakciók:

- **Parlagfű:** görögdiómag, sárgadiómag, banán, paradicsom, uborka, alma, zeller, cukkini
- **Fekete üröm:** őszibarack, kömény, csilbors, paprika, paradicsom, sárgarépa, petrezselyem, burgonya, koriander, kapor, árticsóka, karminia, laktika, napraforgó, krizantém, kivi, ánizs, árnymé, dílnye, uborka, mangó, szerezendió, bors, musztámag, borsmenta, bazsalikom, majoránna, oregánó, zeller.
- **Nyírfa:** mogyoró, dió, mandula, alma, cseersznye, sárgabarack, kóro, szilva, meggy, őszibarack, burgonya, kivi, avokádó, zeller, paradicsom, banán, mangó, földleper, szójabab, paprika, gesztenye.
- **Fűvek:** paradicsom, rozs, búza, kukorica, szója, földimogyoró, bab, borsó, tamari, szenjánoskenyér, paprika, alma, zeller.
- **Földimogyoró:** dió
- **Diófélék:** búza, rozs, mák, mogyoró, szeszámag
- **Latex:** gesztenye, banán, spenót, avokádó, citrustfélék, kivi, dílnye, mangó, paradicsom, füge, papaya.

Jó tanácsok virágpor allergiás betegek számára:

- **Pollenszezon alatt,** ha téheti, utazzon olyan helyre, ahol a tüneteit okozó virágpor nem fordul elő! Evvel kapcsolatban kérjen tanácsot orvosától!
- **Kísérje figyelemmel a pollenjelentéseket!**
- **Pollenszezon alatt, főként magas pollenszámú napokon, tartózkodjon a szabadleír aktivítástól!**
- **Pollenszezon alatt tartsa zárva lakása és autója ablakait!** Csak hajnalban szellőztessen! Ha téheti, használjon pollenszűrő szellőztető rendszert!
- **Kerülje a kerli munkákat:** fűnyírást, gereblyézést, gyomirtást! Az allergizáló növények ne érjenek bőréhez! Kírándulásakor viseljen hosszú nadrágot, hosszú ujjú vászon inget!
- **A szabadban viseljen szemüveget, kalapot!**
- **A lakásba lépés után tusoljon le, naponta mosson haját, a levelet ruháit pedig kívül tárolja!**
- **Gondoljon a pollen-étel keresztallergiáról!** Tanulmányozza a tant részletezett keresztreakciókat! Ha valamilyen ételtől tünetei jelentkeznek (torokviszketés, nyelési nehézség, ajakduzzanat, nátha, köhögés, fulladás, bőrkirütés, hasfájás, hasmenés), vagy a szénaátraja súlyosbodik, azokat feltétlenül kerülje!

COMBASPÓRÁK

A gombaallergének két fő típusba sorolhatók:

Szezonális (külső) allergének: A szezonális allergia kiváltásában egyes gombaspórák is szerepet kapnak. A két legallergénesebb gomba az *Alternaria* és a *Cladosporium* júliusban és augusztusban fordul elő legnagyobb mennyiségben a levegőben, amikor a gyomppollen száma is a legnagyobb.

Perennális (belső) allergének: Olyan gombák, mely az év egész időszakában fájódnak. Ezek számára ideális a meleg és párás környezet. A lakásokban falakon

un, hőhidak helyén, légkondicionálóban, vízes egységekben, bútorokon képeznek penészszerű réteget. Ide tartozó legismertebb fajok: ecseipenész (*Penicillium*), kammapenész (*Aspergillus*), korompenész (*Cladosporium*).

Jó tanácsok penészgomba allergiások részére:

- **Lakása legyen száraz, penészgombamentes!**
- **Ne tegyen tapétát lakása falátrál!**
- **Tartózkodjon penészes pincékől, házakól, komposztálókól, lehullott falevelektől, fűnyírástól!** Ha ezek elkerülhetetlenek, viseljen védőmaszkot orra és szája elé!
- **Ne használjon pártásító készüléket lakásában!** Tartsa a levegő páratartalmát 50% alatt pártáramtó készülékkel!
- **Ne tartsjon lakásában szobanövény!**
- **Füredszobájában, konyhájában rendszeresen használjon penészesedés elleni szert (csapok, lefolyók, csempék, zuhanyfüggöny, hűtőgép ajtajának peremeje!)**
- **Ne tároljon lakásában hosszabb ideig zöldsegégyűdműncsőt!**
- **Ágyát, ágyneműjét gyakran szellőztessen!**

Belső („indoor”) allergének:

A belső allergének folyamatos jelenléte tartós allergiás reakciók, tüneteket okoz. A belső allergének fajtái, koncentrációját odafigyeléssel bizonyos határok között csökkenteni lehet. Keresskedelmi forgalomban vannak **légtisztító berendezések** (pl. lásd: www.sterilvegd.hu), amelyek a levegőből a pollenszemcséket, atkákat és gomba spórákat képesek kiszűrni.

ATKÁK

A pókték családja tartoznak szabad szemmel nem láthatók, hosszuk 0,1-0,2 mm. Nem köztes gazdái semmilyen belegségnek, ami az emberre veszélyes lehet. Jelentőségük az építészeti technológiák változásával, a szigetelés javulása okán csökkent légszivárgással, magasabb, akár 70 %-os páratartalommal és növekvő 23-24 C^o-os hőmérséklettel kezdett növekedni. Az így kialakult mikroklima a háziporátka számára ideális környezetet teremt. Embert környezetben a leváló hámsejtek, szőrök, hámfoszlányok kiváló táplálékot jelentenek számukra. Az atkák koncentráció emelkedése emelkedő allergénizációt jelent. 10 µg/g atka porok koncentráció feletti az asthma fizikója 20 szorosára nő. Két legismertebb allergénforrás a *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*.

Az atka betajja a hámsejteket, ami emésztőcsatornájában emésztőenzimokkal bevonódik, majd székletgolyócskákat kiürül. A golyócska hámtartalma ismételten elfogyasztva már emészthetővé válik az atka számára. A lakás mindenféle textilátrában élő atkák termelke székletgolyócskákat a belső légtelenítés miatt (ami fűtési szezonban a fűszátró meleg levegő miatt fokozott) a lakás minden részébe eljut. Az elpusztult atka megszárít és a levegőbe került fehérjei hasonlóan allergének, mint az emésztőenzimjai. Az ágyunk környezete a legszennyezettebb, és éjszaka lélegezzük be a legtöbb allergént. A lakásban a porátka, a raktárakban és élelmiszer-tároló helyiségekben a lisztátka mennyisége szaporodhat fel. A

poratkák főként őszőlő favesztyig okoznak tüneteket, amikor többet tartózkodik a belleg a lakásban, és az alka koncentráció is magasabb.

Az elsődleges cél a kontaktus teljes megelőzése, az alka pusztítása lenne. Az atkairól zseleik, porok, takarítószeresek hatásfoka nem tökéletes, és 4-6 hetente ismételt alkalmazásuk javasolt. A porszívók hatása (HEPA filter) is csak részleges, de kétségtelen, hogy ezzel a módszerrel az atkák egy része elpusztítható.

Az ideális megoldás a lakás mikroklímájának megváltoztatása lenne: 40-45%-os páratartalom és 18 C° körüli hőmérséklet, azonban a mai komfortigényeknek nem igazán felel meg. Kiegészítő megoldás, akár az előzőekkel együtt a textiliák, szőnyegek, kárpitok eltávolítása, műszálas matracok, „átkazáró” huzatok alkalmazása. Arra alkalmas textíliák (pl. plüssátlak) hőkezelése 80° C fölött, vagy két napig -20 C° alatt szintén eredményes módszer.

Jó tanácsok házipor-atka allergiás betegeknek, a lakásban levő atkák mennyiségének csökkentésére:

- Kerülje a lakásban, legalább is abban a helyiségben, ahol sokat tartózkodik (hálószoba, dolgozó, TV szoba) a szőnyegpadlót, nyitott polcokat, porfogó bútordarabokat, textil függönyöket, falvédőt! Függöny helyett műanyag rolót használjon!
- Semmilyen növényt ne tartson abban a szobában, ahol sokat tartózkodik!
- Azokat a kárpitokat és szőnyegeket, amiket nem tud kicserélni, kezelje időszakosan atkairtó szerrel! Ilyenek kereskedelmi forgalomban vannak.
- Használjon „átkazáró” huzatot a matraccán, takaróján, párnáján! Ilyen speciális, atkát csak minimálisan áttersztó huzatok kereskedelmi forgalomban vannak.
- Mossa ki az ágyneműjét minden héten 60° C feletti hőmérsékleten!
- Ha a lakása takarítását Ön végzi, akkor használjon közben orra és szája elé maszkot!
- Porszívózzon hetente nagy teljesítményű porszívóval, porszívójához használjon mikrofiltert (HEPA)!
- Csökkentse lakásában, de legalább a hálószobájában a levegő páratartalmát gyakori szellőztetéssel, pártalanítóval 50% alá!
- Lakásában, de legalább a hálószobájában a hőmérséklet legyen 20 C° alatti!
- A mosható plüss játékokat rendszeresen mossa ki 60° C feletti hőmérsékleten, vagy tartsa két napig -20 C° alatt a mélyhűtőben!
- Portólásra mindig nedves ruhát használjon!
- Soha ne fésülködjön a hálószobában, és a poros ruhát, cipőt se ott cserélje le!
- Ha van szellőztető vagy légkondicionáló berendezése, ezeket lássa el légszűrővel (HEPA) és azt rendszeresen cserélje!

- Ha tehets, menjen magas hegyekre üdülni, ugyanis 1600 m tengerszint felett nincsenek atkák!

ÁLLATI SZŐR VAGY HÁM

A hazai felmérések szerint a macskaszőr és hám allergén szerepe jelentős, a kutyaé és a többi hobbiállat (hórcsóg, tengerimalac, b) ehhez képest lényegesen csekélyebb. A védekezés a hobbiállat elkerülésével, a lakásból való eltávolítással lehetséges. A szőrtörmelekek azonban még hónapokkal később is kimutathatók a lakásban. A ragasztókódás a kedvencekhez, az allergén forrás fenntartásával súlyosbodó panaszokat okozhat.

A madártoll (tyúk, kacsa, liba, papagáj) allergiát okozó szerepe kisebb a többi állathoz viszonyítva.

Jó tanácsok állatszőr allergiás betegek részére:

- Kerüljön Ön és a család tagjai a kontaktust az allergiát okozó állatokkal!
- Ha háziállatot tart, tartsa azt a lakáson kívül!
- Rendszeresen mossa ki mindent, amihhez az állat hozzáfér!
- A panaszt okozó állat lakásból való eltávolítása után nagyon alapos takarítás javasolt!

Ha nem tudja lakásából eltávolítani a panaszokat okozó állatot, az alábbiak javasoltak:

- Hetente porszívózzon HEPA filteres porszívóval!
- Távolítsa el minden olyan dolgot, amiben az állati szőr megbújhat: szőnyegek, függönyök, bútor kárpitok. Csúspáez padló, kárpit nélküli bútor és az ablakokra roló javasolt.
- Ha kutyára allergiás, akkor kutyáját hetente kétszer furdassék meg!

MODERN ALLERGENÉK ÉS TRIGGER ANYAGOK

Új életkörülmények, változó munkahelyi viszonyok helyileg megjelenő allergén vagy trigger faktorok megjelenését okozhatják.

Svábogarak (Blatella germanica) allergénjét a háziporban mutatták ki, a környezetben lakók csaknem 50%-os allergiás szenzitivitásával együtt.

Latex allergia: egészségügyi dolgozók és betegek körében jelentkezik. A bőr-temészetes izzadása a gumiessztyúk anyagából kinyúl és lizozim anyagokat szabadít fel. Ezek az enzimek helyi bőrreakciót okoznak, de az anaphylaxiás sokk sem ritkaság. A közlekedésben, az autók gumikereteknek néhány mikrométeres darabjai a légutakba kerülve allergiás rhinitist vagy aszmát provokálhatnak.

Élelmiszerek, adalékanyagok

Ritkábban nutritív allergének (tej, tojás, dió, hal, mogoró stb.) is okoznak allergiás rhinitist. Ezek fogyasztása kapcsán jelentkező felső légúti panaszok esetén szelektív diéta javasolt.

Az élelmiszer kereskedelem globalizációja új allergének megjelenését eredményezheti, melyek elsősorban bőr és gyomor-bélrendszeri panaszokat okoznak, de szénanátha vagy asztma is provokálódhat. A tengeri halak, rákok, kagylók mellett fűszerek és trópusi gyümölcsök is okozhatnak allergiás reakciókat. Új konyhatechnikai eljárások szintén felszínre hozhatnak új, korábban nem ismert allergéneket.

A tüneteket okozó nutritív allergén kimutatása sokszor nehéz, a bőrteszt és vérvizsgálat mellett étrendi megszorítás kipróbálása, vagy ételtarhelys lehet szükséges.

Irritánsok

Elsősorban kémiai, légszennyező anyagok helyi légúti irritációt okozhatnak. Ilyen lehet a füst, pára, szén-monoxid, nitrogén-oxidok, klor (juszodák levegőjében), kén-dioxid vagy formaldehid (cigantartásban vagy ragasztók, festékek oldószerként), Foglalkozási ártalomként számos esetben okoznak náthát vagy asztmát.

5.3. Felvilágosítás prick bőrtesztiről és beleegyező nyilatkozat

Mi a bőrteszt?

Allergiás eredetű nátha gyanúja esetén alapvető allergén keresési módszer a prick bőrteszt. A bőrteszt a bőrbe juttatott allergén és a bőr hőzöszélein lévő specifikus immunglobulin E által kiváltott azonnali reakción alapul. Bőrtesztet csak a beteg relatív tünetmentes-, és az eredményt befolyásoló bizonyos gyógyszerektől mentes állapotában lehet végezni.

Milyen allergénekkel vizsgáljuk?

A házai rutin bőrtérda sorozatban házipor-atka, lisztatka, különböző allergizáló növények virágporaszemei, kutyaszőr, macskaszőr, toll, gombakavereték szerepel. Ez a sor szükség esetén bővíthető. Az allergén tartalmú oldat egy-egy cseppje leg többször több allergént tartalmaz. Hogy hány ilyen oldat felhasználása szükséges Onnel, azt a vizsgáló orvos dönti el a panaszai alapján.

Hogyan végezzük a bőrtesztet?

Bőrteszt során az alkar hajlító oldalán, a bőr felszínére cseppentett oldaton keresztül pontosan háromüteműen a bőr felszínes hámrétegén.

Hogyan értékeljük a bőrtesztet?

A bőrtesztet 15-20 perc múlva olvassuk le. Az allergén tartalmú oldaton kívül két, allergén nem tartalmazó oldatot is felhelyezünk, ezek a negatív (csak oldószert) és pozitív (hisztamin tartalmú) kontroll oldatok. Ez utóbbiak által kiváltott bőrreakcióhoz hasonlítjuk az allergén tartalmú oldatokkal kapott reakciókat. Pozitív reakciónak

tartjuk az adott bőrtesztet, ha a keletkezett csalárgöb legalább akkora, mint a hisztamin oldat által kiváltott bőrválasz, feltéve, hogy a negatív kontroll nem okozott elváltozást a bőrben.

Jár-e valamilyen kellemtelenséggel, szövődménnyel a bőrteszt?

A bőrteszt minimális fájdalommal járó vizsgálat. A teszt felhelyezése után már néhány perc múlva jelentkezhet viszketés, égő érzés a bőrben, és nagyon ritkán az egész szervezetet érintő allergiás reakció is előfordulhat: szédülés, verejtékezés, tényleg- vagy talpvizketés, ájuláserzés, köhögés, fulladás, test szerte csalárgöb. Ilyen tünetek jelentkezésekor azonnal szójón az asszisztensnőnek vagy az orvosnak, és megfelelő gyógyszer adásával a további súlyosabb allergiás reakció megelőzhető.

Mi a teendő bőrteszt után?

A bőrteszt nyomán keletkező csalárgöb és bőrirritáció általában 24 órán belül spontán elmúlik. Nem szabad dörzsölni, vakarni. Antihisztamin tartalmú krémekkel vékonyan be lehet kenni, és leges borogatás elősegíti a gyulladáts megszüntését. Ovjuk a bőrt a felületfertőtlenítéstől (munkahelyi- vagy otthoni szennyezés, uszodavíz stb.) Szokatlanul nagy bőreakció vagy erős viszketés esetén antihisztamin tartalmú tablettát is be lehet venni a bőrteszt után, és szükség esetén másnap is.

Alulírott szül.év./hó./nap.....

előlvastam a tájékoztatót, megértettem, beleegyezem a bőrteszt elvégzésébe..

Dátum:.....

Vizsgáló orvos aláírása, pecsétje

beteg aláírása

5.4. Beteglátékoztató allergén-specifikus immunterápiában részesülő betegek részére

Az allergén-specifikus immunterápia (SIT) az allergiás rhinitisben szenvedő betegek számára –az allergén elkerülésén kívül- az egyetlen kezelési lehetőség, amelyik a panaszokat kiváltó okra hat, tehát oki kezelés.

A tüneti kezeléssel szemben, amely csak a gyógyszerek használata alatt biztosítja a tünetek enyhülését, esetleg panaszmentességet, a SIT a kezelés befejezése után éveken át képes tünetmentességet biztosítani.

Haszálható pollen, házipor-atkák, penészgombák, állati szőrök és rovarcseppek kiváltotta allergia esetében.

Nem alkalmazható latex vagy gyógyszerallergia esetén, ételallergiában is csak limitáltan.

A SIT hagyományos formája a bőr alá adott injekciókból áll, amely során a panaszokat kiváltó allergént a beteg, növekvő dózisban és töménységben kapja. A kezelés hátránya, hogy rendszeres orvosi megjelenéshez kötött. A kezelés kezdetén hetente, majd az ún. fenntartó kezelés során havonta kell az orvosnál megjelenni. A teljes kezelés 3-5 évig tart.

A kezelés során szövődmények léphetnek fel, amelyeknek két formája ismert. Lehet az injekció beadása helyén vörösség, duzzanat és viszketés. Ezeket helyi

melékhatásoknak nevezzük, és rendszerint nem igényelnek orvosi beavatkozást. Hideg, jeges borogatás, antihisztamin tartalmú krém vagy tablettá szedése elegendő. Ezekkel a gyógyszerekkel a kezelés megkezdése előtt orvosa el fogja látni. Ritkán azonban súlyos, az egész szervezetet érintő túlérzékenységi reakció (un. anaphylaxia) következhet be, ami azonnali orvosi beavatkozást igényel. Emiatt az injekciókat csak immunterápiában jártas orvos adhatja be olyan intézetben, amelyik intenzív betegellátó részleggel rendelkezik. Mivel ezek a súlyos reakciók az injekció beadását követő 30 percen belül alakulnak ki, fél óráig a beadás után a betegnek a rendelésben kell maradnia.

Bizonyos gyógyszerek, az un. béta-blokkolók (vényomáscsökkentő, ritmusszabályozó szer) szedése megakadályozza a súlyos tünetek kezelését, ezért ezeket a gyógyszereket a SIT alatt TILOS alkalmazni. Ha valaki ezt szedi, a SIT kezelés megkezdése előtt konzultálnia kell kezelőorvosával, hogy más típusú gyógyszerre átváltsa-e.

Várandós anyáknál nem kezdünk SIT-t, azonban ha valaki a kezelés alatt válik terhessé, és nem volt a kezelés során semmilyen mellékhatás, az előny-kockázat megfelelő mérlegelése után a SIT folytatható.

A SIT újabb, alternatív formája az un. sublingvális (nyelv alatti) allergén-specifikus immunterápia, a SLIT. Ezen kezelési formában az allergénkivonatot a nyelv alá helyezzzük gyorsan feloldódó tablettá, vagy oldat formájában. A kezelés hatásmechanizmusa, hatékonysága meggyezzik az injekciós formával. Előnye, hogy a kezelést a beteg – az első alkalmat kivéve, ami tanácsos, ha kezelőorvosa jelenlétében történik – otthonában végezheti.

A SLIT azonos hatékonyság mellett biztonságosabbnak bizonyult az injekciós formánál. A kezelés során mellékhatások nagyon ritkán fordulnak elő, és azok is enyhék. Ilyen az átmeneti, nyelv alatti nyálkahártya, ill. nyelvduzzanat, valamint a száj és torok viszketése. Ilyen esetben antihisztamin tartalmú tablettá elszopogatása vagy lenyelése javasolt. Súlyos, az egész szervezetet érintő mellékhatás gyakorlatilag nem fordult elő.

Mindkét kezelési forma megköveteli azonban a beteg tartós, fegyelmettségű együttműködését a terápia alatt. Elvárt, hogy pontosan kövesse az orvosa utasításait ugyanúgy, mint az általa használt allergénkivonatok alkalmazásai útmutatóit, a kezelés sikere és saját biztonsága érdekében.

Hogy az Ön esetében melyik kezelési forma javasolt, azt beszélje meg kezelőorvosával!