

Alergická rinitida u dětí

MUDr. Barbora Koubková

Oddělení alergologie a klinické imunologie FN Olomouc

Alergická rinitida je nejčastější neinfekční rinitidou s prevalencí 10–20 % obyvatelstva v rozvinutých zemích. V dětské populaci se jedná především o děti starší 5 let, ale v posledních letech se první projevy objevují již v batolecím a předškolním věku. Nedostatečná terapie alergické rinitidy může vést k progresi astmatických a kožních atopických projevů u dětských pacientů. Tyto aspekty, spolu se snížením kvality života dítěte, jsou hlavní důvody k důsledné diagnostice a terapii alergické rinitidy založené na doporučeních iniciativy ARIA 2019.

Klíčová slova: alergická rinitida u dětí, diagnostika a terapie, doporučení ARIA 2019.

Allergic rhinitis in children

Allergic rhinitis is the most common non-infectious rhinitis with a prevalence of 10–20% of the population in the developed countries. In the pediatric population it mainly concerns children older than 5 years, but in recent years the first symptoms appear already in toddler- and preschool-age. Inadequate therapy of allergic rhinitis can lead to the progression of asthma and skin atopic manifestations in pediatric patients. These aspects, together with the decrease of the child's quality of life, are the main reasons for consistent diagnosis and therapy of allergic rhinitis based on the recommendations of the ARIA 2019 initiative.

Key words: allergic rhinitis in children, diagnostics and therapy, ARIA 2019 recommendations.

Úvod

Alergická rýma je definována jako zánět nosní sliznice, který je u predisponovaných osob způsoben hypersenzitivní reakcí I. typu na antigeny prostředí, které jsou zdravými jedinci běžně tolerovány (1).

V České republice se dle SZÚ sezónní alergická rýma vyskytovala v letech 1996–2016 u 13 % dětí s progresí s věkem, nejčastější diagnózou byla u dětí sezónní alergická rýma pylová, jejíž výskyt vzrostl z 6 % na 12 % (2). Podstatný je rovněž její souběh s bronchiálním astmatem – až u 60–70 % dětských astmatiků trpí alergickou rýmou (1).

Alergická rýma se klasifikuje jako sezonní nebo celoroční, dle doporučení iniciativy ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma) se dále dělí na intermitentní (s projevy trvajícími méně než 4 dny v týdnu či méně než 4 týdny/

rok) a perzistující s déletrvajícími projevy. Dle tíže se rozlišuje lehká – středně těžká – těžká podle vlivu na kvalitu života pacienta, jeho denní aktivity a spánek. Těžší formy alergické rinitidy mohou u dětí vést k poruchám soustředění a zhoršení školního prospěchu (1, 3).

Vzhledem k dosud dobré dostupnosti odborné péče, bývají v ČR pacienti v péči alergologů s možnostmi podrobné diagnostiky a adekvátní terapie již od časných fází perzistující a těžší formy alergické rinitidy (3).

Diagnostika

Základem diagnostického procesu zůstává důsledná anamnéza, včetně rodinné alergické zátěže, míry a charakteru klinických projevů, vazby na denní nebo roční dobu, výskyt pylů v ovzduší nebo kontakt s dalšími možnými inhalačními alergeny.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research in Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Pediatr. praxi.* 2025;26(4):222-225

<https://doi.org/10.36290/ped.2025.043>

Článek přijat redakcí: 3. 7. 2025

Článek přijat k tisku: 18. 8. 2025

MUDr. Barbora Koubková

barbora.koubkova@fnol.cz

V klinickém obraze dominují příznaky rinokonjunktivitidy se svěděním nosu a očí, slzením, otoky očních víček, kýčáním, vodnatou sekrecí, později i obstrukcí nosní dutiny zbytnělou sliznicí až se zhoršením čichu. U dětí se může vyskytnout typický vzhled obličeje – facies allergica – s tmavými stíny pod očima, příčnou rýhou na kořeni nosu způsobenou opakovaným třením nosu dlaní. Typický je sklon k častému dýchání ústy. Zároveň se často vyskytují i kožní projevy alergie (pruritus, kopřivka, progrese atopické dermatitidy v pylové sezóně), při zkřížené reaktivitě pyl–potravina také orální alergický syndrom (svědění až mírný otok sliznice orofaryngu) (1).

Mezi základní diagnostické metody patří kožní prick testy (SPT) s využitím dostupných diagnostických alergenů. V diagnostickém procesu jsou srovnatelné se stanovením specifických IgE, jsou však levnější a rychlejší. Hodnotí se velikost pupenu za 15–20 minut po aplikaci, za pozitivní je většinou považován nad 3 mm. Při podezření na pylovou alergii je snaha vyšetření SPT načasovat mimo danou pylovou sezónu k minimalizaci nežádoucí reakce. Při testování by mělo být onemocnění ve stabilizovaném stavu. SPT mohou být ovlivněny medikací antihistaminiky a dalšími léčivými, proto se doporučuje před provedením testu vysadit antihistaminika na 5–7 dní k zamezení poklesu kožní reaktivity. Lékař odesílající k alergologickému vyšetření by měl na tuto skutečnost pacienta či jeho rodiče upozornit (1).

Základní testovací řada SPT zahrnuje pyl (břízovité, trávy, plevely), roztoče, epitelie (kočka, pes), vzdušné plísňe, pozitivní a negativní kontrolu. Dle potřeby lze doplnit další alergeny, ale problémem může být aktuální dostupnost standardizovaných alergenů. Jako pozitivní kontrola je používán histamin, negativní kontrolou bývá většinou fyziologický roztok či roztok používaný jako vehikulum testovaných alergenů. Pouze při pozitivní reakci na pozitivní kontrolu a negativitě reakce na negativní kontrolu je výsledek možno považovat za spolehlivý. Reaktivitu pokožky snižují již zmíněná antihistaminika, lokální kortikosteroidy v místě testu, alergenová imunoterapie či například atopická dermatitida.

Vyšetření specifických IgE protilátek proti alergenovým extraktům, komponentám

či jednotlivým molekulám je indikováno při nedostupnosti daných diagnostických alergenů pro SPT nebo když není možné kožní testy provést (např. závažnější formy atopické dermatitidy, nemožnost vysadit léky snižující kožní reaktivitu, vysoké riziko anafylaxe). Využívá se rovněž, pokud výsledek kožních testů nekoreluje s klinickým obrazem.

Je potřeba zdůraznit, že vyšetřením SPT a specifických IgE protilátek je diagnostikována senzibilizace organismu k danému alergenu. Každá senzibilizace nevede vždy k rozvoji klinických projevů alergie a neznamena to automaticky indikaci k zahájení terapie. Senzibilizace tedy neznamena vždy přítomnost alergie.

K diagnostice alergické rýmy může přispět rovněž typický nálezný na sliznici horních cest dýchacích v rámci ORL vyšetření, kde sliznice bývá překrvená, zarudlá až lividní, s vodnatou sekrecí. Některá pracoviště využívají rinomanometrické vyšetření nosní průchodnosti k odlišení funkční (způsobené překrvením nosní sliznice) a organické (anatomicky dané) obstrukce. Méně rozšířenou metodou je rovněž stanovení nazální frakce vydechovaného oxidu dusnatého, kdy pozorujeme jeho elevaci u nekomplikované alergické rinitidy a pokles při nosní obstrukci (např. polypy) (1).

V potaz je třeba brát i možnou existenci lokální alergické rinitidy, u které je přítomen lokální eosinofilní zánět nosní sliznice bez průkazu senzibilizace při SPT či vyšetřením specifických IgE v periferní krvi. Diagnostika tohoto typu alergické rinitidy probíhá cestou nazálních provokačních testů, jejichž dostupnost v ČR je problematická. Při odpovídajících klinických projevech je tedy na místě zahájit lokální či standardní farmakoterapii alergické rinitidy i bez průkazu senzibilizace běžně dostupnými metodami. Tito pacienti by měli být rovněž pravidelně kontrolováni, zvláště pro včasný záchyt rozvíjejícího se alergického astmatu.

Dle doporučení ARIA je vhodné doplnit i spirometrické vyšetření k vyloučení souběžného alergického astmatu (4).

Péče o děti s alergickou rýmou spočívá v multioborové spolupráci praktického lékaře pro děti a dorost s alergologem a ORL specialistou.

Terapie

Velký význam u alergické rýmy mají nefarmakologická režimová opatření. V prvé řadě je potřeba zdůraznit pacientovi, potažmo rodičům alergika, důležitost snahy eliminovat kontakt s příčinným alergenem ke snížení klinických projevů i omezení jeho další senzibilizace. Je jasné, že zamezit kontaktu s venkovními aeroalergeny nelze, mezi základní proveditelná opatření tak patří omezení větrání v pylové sezóně, sprchování (včetně vlasů) a převlékání po pobytu venku. Pomáhá i využití čističky vzduchu.

Co se týče alergenů domácího prostředí, nejvýznamnější jsou roztoči, kteří se množí při vyšší teplotě a relativní vlhkosti. Důležitá je zvláště péče o lůžkoviny – zvolit vhodný typ pratelných polštářů a přikrývek, používání protiroztočových povlaků (i na matrace), denní větrání přikrývek, častá výměna ložního prádla a praní při vyšší teplotě 60 °C. V bytě je vhodné omezit koberce, zvláště s vysokým vlasem, čalouněné a plyšové předměty a hračky. Samozřejmě je pravidelné vytírání prachu, nejlépe na vlhko.

U domácích mazlíčků, zvláště koček a psů, je eliminace alergenu v domácnosti nemožná. Psi a kočky vylučují alergeny hlavně mazovými žlázkami, jsou velmi přilnavé a bývají tedy přenášeny i na místa, kam se zvířata běžně nedostanou. Problémem je i jejich přetrvávání v domácnosti i měsíce poté, co ji zvíře opustilo. Pořizování mazlíčka do rodiny alergika se obecně nedoporučuje, alergici se senzibilizací na pyl a plísňe mají násobně vyšší riziko rozvoje alergie na zvířecí alergeny. Pokud zvíře v domácnosti setrvává, je důležité jeho časté koupání, čištění spacího místa a jeho nevpouštění do ložnice alergika (1).

U většiny pacientů je však kromě režimových opatření souběžně nutná mnohdy dlouhodobá farmakoterapie. K té jsou využívány:

Antihistaminika – kompetitivní antagonisté histaminových H1- receptorů – patří s nazálními kortikosteroidy k základním lékům alergické rýmy. Využití mají jak v akutní, tak preventivní medikaci. Výraznější efekt mají na potlačení svědění nosu s hypersekrecí a kýčáním, menší na nosní obstrukci. Pozitivní je i určitý protizánětlivý efekt, zvláště při pravidelném užívání. Toho se využívá u antihistaminik s imunomodulačním pro-

tialergickým účinkem (desloratadin, levocetirizin, rupatadin, bývá sem řazen i bilastin a fexofenadin), která mohou mít pozitivní vliv i na pocit nosní obstrukce a zároveň tlumí i další projevy alergie. Doporučuje se využití jen antihistaminik II. generace, která jsou bez výraznějšího sedativního a anticholinergního efektu (např. sucho v ústech). Většinou se dávkuje 1× denně, u batolat a malých dětí je výjimka u cetirizinu s dvěma nižšími dávkami za den (1).

Nazální kortikosteroidy (INS) jsou využívány pro svůj výrazný protizánětlivý efekt. Pozitivně ovlivňují veškeré projevy alergické rýmy včetně nosní obstrukce a dráždění očí. Důležité je zdůraznit, že plný účinek nastupuje až po 5–7 dnech pravidelné aplikace. Compliance pacienta a jeho rodičů, je tedy pro plný efekt klíčová. Výhodou je aplikace 1–2× denně a vysoká bezpečnost i u dětí daná minimálním vstřebáváním z nosní sliznice (1). Výhodné kombinace nosních kortikosteroidů s lokálními antihistaminiky s rychlým nástupem účinku jsou zatím schváleny pouze pro děti od 12 let (5).

U dětí se souběžným alergickým astmatem je s výhodou využití **antileukotrienů** i k potlačení projevu alergické rinitidy.

Inhibitory degranulace mastocytů (kromony) jsou používány lokálně k léčbě nosních a očních alergických projevů. Výhodné jsou pro nízkou toxicitu a minimum nežádoucích účinků. Lze je aplikovat u dětí starších 6 let, u mladších dle uvážení ošetřujícího lékaře (6).

K potlačení akutní obstrukce nosní dutiny či očních projevů je možno využít lokální **dekongestanty** (alfa-sympatomimetika), mnohdy v kombinaci s antihistaminikem. Jejich efekt je rychlý, je však potřeba mít na paměti riziko rebound fenoménu až rhinitis medicamentosa při dlouhodobém užívání (1). Délka užívání by neměla přesáhnout 10 dní. Není doporučeno jejich podávání dětem mladším 12 let pro nedostatek důkazů o bezpečnosti a efektivitě v nižší věkové skupině (7).

Mezi léky doporučené k léčbě alergické rýmy u dětí nepatří systémové kortikosteroidy včetně depotní formy, ani lokální přípravky obsahující anticholinergikum ipratropium bromid.

Dle iniciativy ARIA 2019 nejnovější algoritmus terapie alergické rinitidy vychází z doporu-

Tab. 1. Symptomatická terapie dle doporučení GRADE

Perorální a intranazální H1-antihistaminika jsou méně účinná než INS v léčbě všech symptomů rýmy, ale jsou dostatečně účinná u mnoha pacientů s mírnou či středně těžkou rýmou (mnoho pacientů preferuje perorální formu terapie)
U pacientů s těžkou rýmou jsou INS lékem první volby (dosažení plného efektu je očekávatelné za několik dní)
Kombinace orálního H1-antihistaminika a INS není účinnější než INS v monoterapii
Kombinace INS a intranazálního H1-antihistaminika v jednom aplikátoru je účinnější, je indikována u těžké alergické rinitidy při nedostatečném efektu INS a u pacientů požadujících rychlé odstranění symptomů
Veškeré uvedené léky jsou bezpečné v doporučených dávkách
Antihistaminika I. generace nemají být podávána (sedativní účinek), depotní a intramuskulární formy kortikosteroidů jsou v léčbě alergické rinitidy kontraindikovány

ručení GRADE – Grading od Recommendations Assessment, Development and Evaluation – s vyhodnocením dat z reálného života (3, 4).

Alergenová imunoterapie (AIT)

Ve zkratce se jedná o desenzibilizaci přesně definovanou dávkou příčinného alergenu ve formě nativních alergenů či alergoidů, tzn. navození imunotolerance. Je to t. č. jediná kauzální terapie alergických onemocnění.

Je indikována u pacientů se středně těžkou až těžkou rinitidou či rinokonjunktivitidou s klinickými projevy vázanými na expozici danému alergenu a pozitivním SPT či specifickými IgE. Dále může být indikována i jako prevence rozvoje alergického astmatu nebo při mírné alergické rýmě s vysokou expozicí alergenu (3).

Aplikuje se formou sublinguální či subkutánní, účinnost obou forem je srovnatelná (8). Obě formy AIT mají rovněž prokázaný pozitivní efekt na snížení rizika progresu alergického astma bronchiale (9, 10). Každá má své výhody a úskalí a je potřeba s nimi srozumitelně a pečlivě seznámit pacienta či jeho rodiče. Obecně je doporučena délka aplikace AIT 3 až 5 let.

Subkutánní forma je indikována u dětí od 5 let věku. Léčba se dělí na iniciační fázi, ve které je postupně zvyšována dávka alergenového extraktu a fázi udržovací, ve které je užívána konstantní (maximálně tolerovaná) dávka. Pro riziko častějšího výskytu závažnějších nežádoucích účinků této formy AIT (8) je po aplikaci je vždy nutná minimálně 30minutová observace ve zdravotnickém zařízení a v den aplikace je třeba dodržovat klidovější režim. Běžná je lokální reakce v místě aplikace (11).

Sublinguální alergenová imunoterapie (SLIT) je dostupná ve formě roztoku (aplikátor s pumpičkou) či rozpustných tablet. Výhodou této formy AIT je domácí aplikace po užití

iniciační dávky pod dohledem lékaře (opět s observací 30 minut), obecně je spojena s menším výskytem závažných nežádoucích účinků proti subkutánní formě (8). Pacienty je třeba předem upozornit na možnost lokálního dráždění v úvodní fázi SLIT – mohou se vyskytnout známky orálního alergického syndromu, dráždění v nose a očích. Tyto projevy nebývají závažné a po určité době aplikace vyhasínají. V případě sezónních alergenů je léčba hrazena zdravotními pojišťovnami většinou po dobu šesti měsíců v kalendářním roce, u celoročních alergenů se užívání během roku nepřerušuje. Tekuté formy SLIT je možno aplikovat dětem od 5 let věku, u tabletové SLIT se věková hranice zahájení léčby liší od konkrétního kauzálního alergenu a výrobce přípravku (12, 13).

V ČR je indikace, preskripce a aplikace AIT vázána na alergologická pracoviště, která jsou povinně personálně i materiálně vybavena ke zvládnutí nežádoucích reakce. Přesto je nezbytné, aby byli praktičtí lékaři edukováni v provedení AIT a byli schopni pacientovi či jeho rodičům poskytnout správné informace (3).

Závěr

V posledních dekádách stoupá počet dětských pacientů s projevy alergické rinokonjunktivitidy a tyto se objevují u stále mladších dětí. Souběžně se prodlužují čekací doby na vstupní vyšetření ve specializovaných alergologických ambulancích. Praktičtí lékaři jakožto lékaři prvního kontaktu v rámci diferenciální diagnostiky vyslovují podezření na alergický podklad obtíží a zahajují léčbu. Je tedy s výhodou, pokud dokáží pacienty motivovat nejen k patřičné farmakoterapii, ale edukovat je i stran základních režimových opatření a přiblížit jim další možnosti diagnostiky a specifické terapie, se kterými se následně setkají v ambulancích alergologů.

LITERATURA

1. Petrů V a kol. Dětská alergologie, 2., přepracované a doplněné vydání. Maxdorf. 2021.
2. Studie zdravotního stavu obyvatelstva – alergie [Internet]. Státní zdravotní ústav; [cited 2025-08-15]. Available from: <https://szu.gov.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/studie-zdravotniho-stavu-obyvatelstva/deti/alergie/>.
3. Seberová E. Alergická rýma. Doporučení ČSAKI [Internet]. ČSAKI. [cited 2025-08-15]. Available from: <http://www.csaki.cz/alergicka-ryma>.
4. Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guideline for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol*. 2019;143(3):879-893.
5. Dymistin nas. spr., Ryaltris nas. spr. SPC. Souhrn údajů o přípravku. Databáze léků [Internet]. SÚKL. [cited 2025-08-15]. Available from: <http://www.sukl.cz>.
6. Allergocrom nas. spr. SPC. Souhrn údajů o přípravku. Databáze léků [Internet]. SÚKL. [cited 2025-08-15]. Available from: <http://www.sukl.cz>.
7. Souhrn údajů o přípravku. Clarinase Repetabs. SPC. Databáze léků [Internet]. SÚKL. [cited 2025-08-15]. Available from: <http://www.sukl.cz>.
8. Yang J, Lei S. Efficacy and safety of sublingual versus subcutaneous immunotherapy in children with allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Front Immunol*. 2023;14:1119315.
9. Rhyou HI, Nam YH. Efficacy of Allergen Immunotherapy for Allergic Asthma in Real World Practice. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2020;12(2):282-297.
10. Contoli M, Porsbjerg C, et al. Real-world, long-term effectiveness of allergy immunotherapy in allergic rhinitis: Subgroup analyses of the REACT study. *J Allergy Clin Immunol*. 2023;151(3):824-835.e10.
11. Phostal injekční suspenze, Pollinex Rye/Tree injekční suspenze. SPC. Souhrn údajů o přípravku. Databáze léků [Internet]. SÚKL. [cited 2025-08-15]. Available from: <http://www.sukl.cz>.
12. Staloral sublingvální roztok. SPC. Souhrn údajů o přípravku. Databáze léků [Internet]. SÚKL. [cited 2025-08-15]. Available from: <http://www.sukl.cz>.
13. Acarizax sublingvální lyofilizát. SPC. Souhrn údajů o přípravku. Databáze léků [Internet]. SÚKL. [cited 2025-08-15]. Available from: <http://www.sukl.cz>.