

kurz & bündig

Beratung zu Allergie

TEXT: STEFANIE FASTNACHT

Hintergrund

Eine Allergie ist eine Überreaktion des Körpers auf von außen kommende Stoffe (Allergene). Einmal sensibilisiert, reagiert der Organismus bei erneutem Kontakt mit der Freisetzung von Entzündungsmediatoren wie Histamin aus den Mastzellen. Am häufigsten kommt es hierzulande zu Heuschnupfen (allergische Rhinokonjunktivitis), auf dessen Therapie sich die im Text vorgestellten OTC-Arzneimittel (Dosierung f. Erw.) beziehen. Auslöser von Heuschnupfen sind Aeroallergene wie Baum-, Gräser- oder Kräuterpollen, aber auch Ausschei-

dungen und/oder Bestandteile von Milben, Pilzen und Tierhaaren. Dabei reagiert zunächst die Schleimhaut der oberen Atemwege mit Schwellung und Absonderung von Sekret, auch die Augen können betroffen sein. Allergene wie Bienen- und Wespengift verursachen beim Einbringen in die Haut, Venen oder Muskeln allergische Reaktionen. Kontaktallergene wie Nickel oder Chrom spielen vor allem im beruflichen Umfeld eine Rolle, während Nahrungsmittelallergene nach dem Verzehr bestimmter Lebensmittel Probleme bereiten.



Selbstmedikation, ja oder nein?

Werden die Symptome einer allergischen Rhinokonjunktivitis nicht ausreichend behandelt, kann das Geschehen auf die unteren Atemwege übergreifen und sich allergisches Asthma entwickeln. Bei Dauerschnupfen und/oder ständig gereizten Augen ist deshalb der Besuch beim Facharzt zur weiteren Abklärung wichtig. Dieser kann durch Haut-, Provokations- und Bluttests Rückschlüsse auf die Sensibilität gegenüber bestimmten Allergenen ziehen und therapeutische Maßnahmen einleiten. Basismaßnahme bei Heuschnupfen ist Allergenkenz. Dazu trägt abendliches Duschen und Haarewaschen bei. Allergenbelastete Kleidung sollte nicht im Schlafzimmer ausgezogen werden. Ratsam ist ferner, nur stoßweise und zu pollenarmen Zeiten zu lüften: auf dem Land eher abends, in der Stadt bevorzugt morgens. Auch Pollenvlies vor den Fenstern hält Pollen aus der Wohnung fern. Nikotinverzicht beugt zudem weiteren Schleimhautreizungen vor. Für die Selbstmedikation der allergischen Rhinokonjunktivitis stehen Mastzellstabilisatoren, Vasokonstriktoren und Glukokortikoide sowie H1-Antihistaminika zur Verfügung.

Mastzellstabilisatoren und Vasokonstriktoren

Cromoglicinsäure (z. B. Vividrin® antiallergische AT, 4 x tgl. 1 Tr.) hemmt die Histaminfreisetzung aus den Mastzellen. Da die Wirkung erst nach einigen Tagen eintritt, wird die Therapie circa zwei Wochen vor Beginn der Pollenbelastung begonnen und meist über die Zeit der Allergenbelastung fortgeführt. Kurzfristig einsetzbar – Achtung Reboundeffekt – sind alpha-Sympathomimetika. Zum Abschwellen der Nasenschleimhaut gibt es Nasensprays, etwa mit Oxymetazolin (z. B. Nasivin®, max. 3 x tgl. über 7 d) und Xylometazolin (z. B. Olynth®, max. 3 x tgl. über 7 d). Gegen Augenreizungen helfen Augentropfen mit Vasokonstriktoren wie Naphazolin (z. B. Duraultra® N sine, 2 x tgl. 1 Tr., max. 7 d) oder Tetryzolin (z. B. Visine® Yxin, 2–3 x tgl. 1 Tr., max. 5 d). Zur oralen Einnahme stehen Kombinationen mit dem alpha-Sympathomimetikum Pseudoephedrin und den H1-Antihistaminika Cetirizin (max. 14 d, z. B. Reactine® Duo) oder Triprolidin (max. 10 d, z. B. Rhinopront® Kombi) zur Verfügung.



Glukokortikoide

Voraussetzung für die Abgabe in der Selbstmedikation ist die ärztlich gestellte Diagnose saisonale allergische Rhinitis und ein Alter von 18 Jahren. Rezeptfrei erhältlich sind lokal wirksame Nasensprays mit Beclometason (z. B. Rhinivict® nasal 0,05 ND, 2 x tgl.), Fluticason (z. B. Otri-Allergie® Nasenspray Fluticason, 1 x tgl.) und Mometason (z. B. Mometahexal® Heuschnupfenspray, 1 x tgl.). Kunden sollten stets darauf hingewiesen werden, dass die Präparate erst nach einigen Tagen ihre volle antiallergische, juckreizstillende, entzündliche und immunsuppressive Wirkung entfalten. Da es sich bei den Sprays galenisch nicht um Lösungen, sondern um Suspensionen handelt, müssen die Fläschchen vor jeder Anwendung geschüttelt, und der Inhalt muss damit homogenisiert werden. Tritt nach sieben Tagen keine Besserung ein, ist die Therapie zu beenden.

wiesen werden, dass die Präparate erst nach einigen Tagen ihre volle antiallergische, juckreizstillende, entzündliche und immunsuppressive Wirkung entfalten. Da es sich bei den Sprays galenisch nicht um Lösungen, sondern um Suspensionen handelt, müssen die Fläschchen vor jeder Anwendung geschüttelt, und der Inhalt muss damit homogenisiert werden. Tritt nach sieben Tagen keine Besserung ein, ist die Therapie zu beenden.

H1-Antihistaminika

Sie lindern schnell und effektiv die allergische Entzündung und die Begleitsymptome. Zur lokalen Therapie gibt es Augentropfen mit Azelastin (z. B. Pollival®, 2 x tgl. 1 Tr. über 6 Wo.) und Levocabastin (z. B. Livocab® direkt, 2 x tgl. 1 Tr.). Augentropfen mit Ketotifen, einem H1-Antihistaminikum der ersten Generation (z. B. Ketotifen Stulln® UD, 2 x tgl. 1 Tr.) stabilisieren zusätzlich die Mastzellen und wirken auch prophylaktisch. Azelastin (z. B. Vividrin® Azelastin, 2 x tgl. 1 Sprühst.) und Levocabastin (z. B. Levocamed®, 2 x tgl. 2 Sprühst.) sind auch als Nasensprays verfügbar. Reicht die Lokaltherapie nicht aus, können Oralien mit H1-Antihistaminika der 2. Generation wie Desloratadin (z. B. Desloratadin Stada® 5 mg, 1 x tgl. 1 Tbl.), Loratadin (z. B. Loranol® akut 10 mg, 1 x tgl. 1 Tbl.), Levocetirizin (z. B. Levocetirizin-ratiopharm® 5 mg, 1 x tgl. 1 Tbl.), Cetirizin (z. B. Zyrtec® 10 mg, 1 x tgl. 1 Tbl.) probiert werden. Seit kurzem gibt es auch ein OTC-Präparat mit Bilastin (Allegra® Allergietbl. 20 mg, 1 x tgl. 1 Tbl.).

