

Аллергический ринит и аллергический конъюнктивит: механизм взаимосвязи и тактика лечения



Аллергический ринит (АР) характеризуется воспалением слизистой оболочки полости носа, вызываемым этиологически значимым аллергеном.

Несмотря на то, что при АР внимание обычно сконцентрировано на назальных симптомах, более 80% пациентов испытывают симптомы со стороны глаз.

Симптомы круглогодичного АР могут быть спровоцированы бытовыми аллергенами: клещами домашней пыли, плесенью, перхотью животных. Для сезонного характерна четкая сезонность – развитие симптомов в определенное время года, вызванное контактом с пыльцой растений.

Обострения сезонного АР так же тесно связаны с климатическими особенностями региона и видовым составом растений (далеко не все виды растений могут провоцировать АР) [1].

Когда ожидать потока пациентов? В средней полосе России – 3 основных пика пыления растений:

1. Конец апреля – середина мая (пыльца березы, ольхи, лещины)
2. Июнь – начало июля (сенсibilизация к пыльце луговых трав)
3. Конец июля – сентябрь (гиперчувствительность к пыльце сложноцветных и маревых трав) [1]

Лечение АР

Цели:

- устранение симптомов заболевания
- снижение риска развития осложнений

- повышение качества жизни пациентов [1]

Препараты для лечения АР:

- антигистаминные (рекомендуются в качестве лекарств первого выбора)
- кромогликаты
- интраназальные глюкокортикостероиды [1]

Исследования показали, что глазные симптомы повышают роль ринита как провоцирующего фактора развития бронхиальной астмы и влияют на дневную активность у детей [1].

С одной стороны, механизм формирования глазных симптомов – это прямое попадание аллергена на слизистую оболочку глаз, однако в последние годы считается, что одной из причин может быть назоокулярный рефлекс, возникающий в результате стимуляции парасимпатических нервов медиаторами аллергического воспаления слизистой полости носа, в первую очередь гистамином. Поэтому, таблетированные антигистаминные средства способны купировать симптомы не только АР, но и аллергического конъюнктивита [2].

Например, применение антигистаминного препарата - левоцетиризина эффективно при назальных и глазных симптомах аллергии, что позволяет улучшить качество жизни пациентов и сократить расходы на терапию [1].

Помимо лекарственной терапии в ряде случаев проводится аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ), основанная на введении постепенно возрастающего количества аллергена для уменьшения выраженности симптомов, связанных с последующим воздействием причинного аллергена [3].

АР и риски? Есть ли они?

АР связан с риском развития серьезных осложнений со стороны дыхательных путей и ЛОР-органов. Например, его считают

фактором риска развития бронхиальной астмы (БА), т.к. он выявляется у 80–90% пациентов, страдающих БА. У 68% детей с АР выявляется гиперреактивность бронхов. Тесная связь между БА и АР позволяет говорить о них, как о едином заболевании, в рамках концепции «единых дыхательных путей». АР часто осложняется синуситом, средним отитом, фарингитом, ларингитом, храпом и апноэ сна [3].

Именно поэтому, стоит обращать внимание на пациентов с АР, пока он не осложнился более тяжелыми заболеваниями.

Сравнительные характеристики препаратов.

Биодоступность интраназальных кортикостероидов [4].		
Препарат	Биодоступность при интраназальном введении, %	Биодоступность при пероральном приеме, %
Беклометазона дипропионат	44	20-25
Триамцинолона ацетонид	-	10,6-23,0
Флунизолид	40-50	21
Будесонид	34	11
Флутиказона пропионат	0,5-2,0	-
Мометазона фураат	-	-

Сравнительная характеристика кортикостероидов и других лекарственных средств для лечения АР [5].						
Симптом	Пероральные АГ	ИН АГ	ИН КС	ИН ДК	М-хб (ипратропия бромид)	Кромоны
Ринорея	++	++	+++	0	++	+
Чихание	++	++	+++	0	0	+
Зуд	++	++	+++	0	0	+
Заложенность носа	+	+	+++	++++	0	+
Конъюнктивит	++	+++	++	0	0	+++
Начало действия	1 ч	15 мин	12 ч	5-15 мин	15-30 мин	15-30 мин
Длительность действия	12-24 ч	6-12 ч	12-24 ч	3-6 ч	4-12 ч	2-6 ч

Примечание: АГ – антигистаминные, ИН АГ – интраназальные антигистаминные, ИН КС – интраназальные кортикостероиды, ИН ДК – интраназальные деконгестанты, М-хб – М-холиноблокаторы.

Помните, подход к лечению в каждом конкретном случае индивидуален и зависит от наличия тех или иных симптомов, их интенсивности, длительности, частоты возникновения и наличия осложнений.

Литература:

1. Л.В. Лусс, О.И. Сидорович. Аллергический ринит и аллергический конъюнктивит: механизм взаимосвязи и тактика лечения. Астма и аллергия. 1/2015. С: 31-34.
2. Астафьева Н.Г. // Рос. аллергол. журн. 2010. № 3. С. 74.
3. Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Хон Е.М. Оптимизация лечения больных аллергическим ринитом // РМЖ. Оториноларингология. 2016. № 4. С. 221–225.
4. Емельянов А.В., Лукьянов С.В. Назальные глюкокортикоиды // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. М.: Литтера, 2004. С. 93–97
5. Лопатин А.С. Алгоритмы диагностики и лечения аллергического и вазомоторного ринита // РМЖ. 2002. Т. 10. № 17