

Поллиноз — вспомним о знакомой проблеме

Поллиноз относится к широко распространенным аллергическим заболеваниям, которые вызываются пылью растений. Поллиноз характеризуется острыми аллергическими воспалительными изменениями в слизистых оболочках, главным образом дыхательных путей и глаз.

Несмотря на стремление к унификации подходов к медицинской терминологии и широкое использование таких названий нозологических форм, как «сезонный аллергический ринит», «сезонный аллергический конъюнктивит», достаточно часто практикующие врачи используют название «поллиноз» как широкое интегральное понятие, отражающее главный этиологический фактор и многогранные проявления заболевания.

История поллиноза имеет древние корни, но первое официальное сообщение о случае сезонного поражения глаз сделал в 1819 г. английский врач Босток. Заболевание было названо сенной лихорадкой, так как его причиной считалось сено. Позже, в 1873 г., английский врач Блэкли описал причину и особенности клинического течения поллиноза. Это заболевание известно также под названиями «пыльцевая аллергия», «пыльцевая ринопатия», «пыльцевая бронхиальная астма».

Эпидемиология и этиопатогенез

Поллиноз — распространенное аллергическое заболевание, которое встречается, по данным разных авторов, у 5–30% населения. Чаще им страдают лица молодого возраста, но заболевание может наблюдаться в любом возрасте. Распространенность поллиноза колеблется в разных регионах и зависит от многих факторов — климатогеографических особенностей региона и связанных с ними особенностей распространенности тех или иных растений и степени их аллергенности. Эти свойства пыльцы обеспечиваются ее летучестью, накоплением в воздухе в значительных концентрациях, строением (диаметр 20–60 мкм), благодаря чему она может проходить сквозь эпителий слизистой оболочки. Современными исследованиями было доказано, что причиной поллиноза может быть не только пыльца растений, но и споры грибов.

В настоящее время известно более 700 видов аллергенных растений и их пыльцы. На территории Украины произрастает более 300 видов растений-аллергенов. Наиболее частой причиной поллиноза является пыльца березы, дуба, ольхи, тополя, реже — акации, сосны, таких сорняков, как амброзия, полынь, лебеда, а также луговых трав — мятлики, тонконога, злаковых — ржи, овсяницы, ежи, тимopheвки, райграса).

В Украине отмечается три пика обострений поллиноза:

- весенний — с начала апреля до середины мая — связан с цветением таких деревьев, как береза, ольха, дуб, и одуванчиков;
- летний — с конца мая до конца июля (повышение в воздухе концентрации пыльцы цветущих луговых злаковых трав);
- летне-осенний — с конца июля до октября и связан с цветением сложноцветных — полыни, лебеды и амброзии.

В зависимости от метеорологических условий эти сроки могут сдвигаться на 7–10 дней. Концентрация пыльцы в воздухе зависит от температуры воздуха, атмосферного давления, скорости ветра. Содержание пыльцы в воздухе снижается во время и сразу после дождя, при высокой влажности и в безветренную погоду. Максимальная концентрация пыльцы, которую вырабатывают растения, как правило, приходится на ранние утренние часы.

Поллиноз является типичным примером аллергических заболеваний, протекающих по механизмам аллергических реакций первого типа [3].

Патогенез поллиноза связан с оседанием гранул пыльцы на слизистой оболочке носа, глотки, конъюнктивы, где они очень быстро достигают иммунокомпетентных клеток. При контакте аллергена преимущественно с Т-хелперами 2 типа начинают продуцироваться интерлейкины 3, 4, 5. Вследствие этого активированные В-лимфоциты превращаются в плазматические клетки, продуцирующие IgE, увеличивается количество тучных клеток, на поверхности которых возрастает число рецепторов к IgE, активизируются эозинофилы. При повторном поступлении этого же аллергена он связывается с образовавшимися против него специфическими IgE. При этом происходит дегрануляция тучных клеток с выделением из них медиаторов (в основном гистамина), которые и вызывают клинические проявления аллергии, зависящие от места развития аллергической реакции — ранняя фаза аллергической реакции. За развитие поздней фазы ответственны эозинофилы. При активации тучной клетки образуется большое количество метаболитов арахидоновой кислоты — сульфидопептидных лейкотриенов, действие которых в 1000 раз превосходит действие гистамина, способствуя усилению отделения слизи в воздухоносных путях, усилению действия других медиаторов аллергии [3]. Все эти медиаторы, возбуждая рецепторы органов-мишеней, индуцируют отек слизистых оболочек, повышение продукции слизи, спазм гладкой мускулатуры, что и определяет клиническую картину заболевания.

Клиническая картина

Основными клиническими проявлениями поллиноза служат сезонный аллергический ринит, сезонный аллергический конъюнктивит и пыльцевая бронхиальная астма.

Аллергический ринит при поллинозе — сезонный аллергический ринит (САР) — отличается четкой сезонностью развития симптомов заболевания и проявляется ринореей (выделениями из носа), чиханьем, нарушением носового дыхания, зудом носа, неба. Поражение слизистой полости носа, как правило, двустороннее. Чихание может развиваться внезапно или ему может предшествовать зуд в носу. Ринорея характеризуется обильным выделением водянистого секрета, которое приводит к раздражению крыльев носа и верхней губы. Заложенность носа обусловлена аллергическим отеком слизистой оболочки его полости и приводит не только к затруднению носового дыхания, но и к снижению обоняния и слуха, появлению головной боли. Все симптомы наиболее выражены по утрам в период максимальной концентрации пыльцы в воздухе. В разгар сезона пыления «виновных» растений у больных могут отмечаться общие симптомы: легкая утомляемость, раздражительность, депрессия, отсутствие аппетита, похудение и др. После окончания сезона пыления симптомы САР, как правило, исчезают. Иногда они могут сохраняться в течение 1–3 недель после прекращения пыления растений, что

связано с неспецифической гиперреактивностью слизистой оболочки носа у больных поллинозом, особенно проживающих в экологически неблагоприятных регионах. Загрязнение окружающей среды удлиняет сроки палинации растений, изменяет антигенную структуру пыльцы, усиливая ее аллергенность. Усиление и продление симптоматики САР может быть связано и с присоединением вторичной инфекции или неспецифических раздражителей.

Сезонный аллергический конъюнктивит, так же как и САР, характеризуется четкой сезонностью развития симптомов со стороны глаз и наблюдается у 47–92% больных поллинозом. Основными симптомами являются зуд глаз, слезотечение, чувство инородного тела в глазах, иногда — светобоязнь. Чаще у больных поллинозом отмечается сочетание симптомов САР и сезонного аллергического конъюнктивита [2].

Кроме риноконъюнктивальных симптомов, при поллинозе может наблюдаться аллергическое поражение бронхолегочной системы [12]. Известно, что в среднем в 40% случаев поллиноз трансформируется в бронхиальную астму или эти заболевания могут сосуществовать. Современными исследованиями доказан факт ремоделирования трахеобронхиального дерева у больных с аллергическим ринитом, проявляющийся нарушением структуры и разрушением мерцательного эпителия бронхов, что ускоряет появление клинических симптомов в виде приступов бронхоспазма. При поллинозе также отмечается четкая сезонность развития симптомов удушья и других симптомов бронхиальной астмы, соответствующая периоду пыления причинно-значимых растений.

К более редким проявлениям поллиноза относятся поражения кожи, нервной, эндокринной системы, урогенитального тракта и других органов и систем. К алергодерматозам, обусловленным сенсibilизацией к пыльце растений, наиболее часто относятся крапивница, ангионевротический отек, а также атопический дерматит, которые отмечаются у 4–8% больных. Для этих заболеваний характерны четкая сезонность и развитие симптомов при контакте с пылью. Нередко симптомы крапивницы или дерматита у больных с сенсibilизацией к пыльце растений развиваются после прогулки босиком по цветущему луку. В основе таких реакций может лежать связывание растительного аллергена в виде гаптена с эпидермальным белком больного, что приводит к ответу клеток лимфоидного ряда и возникновению реакций гиперчувствительности замедленного типа при повторном контакте кожи больного с пылью растений. Симптомы атопического дерматита могут появиться после использования кремов, мазей, лосьонов, содержащих пыльцу или компоненты растений. У больных поллинозом могут развиваться перекрестные аллергические реакции с пищевыми продуктами, напитками, имеющими общие антигены с фитоаллергенами [6, 10].



Г.П. Победенная

Диагностика

Диагностика поллиноза, как правило, трудностей не вызывает и основывается на анализе аллергологического анамнеза с учетом календаря цветения растений, характера клинических симптомов и результатов объективного специфического аллергологического обследования больного.

Кожные тесты (прик-тест, скарификации) с аллергенами, которые ставятся вне сезона пыления растений, дают возможность не только подтвердить диагноз, но и выявить причинный аллерген.

В крови больных выявляются специфические IgE-антитела к пыльце растений, хотя, по мнению большинства исследователей, диагностическая значимость их у больных поллинозом ниже, чем информативность кожных тестов.

Дифференциацию диагноза «поллиноз» следует проводить при инфекционном рините и конъюнктивите, неаллергических формах ринита и конъюнктивита.

Лечение

Лечение поллиноза должно включать элиминацию аллергена; в период обострения — фармакотерапию; вне периода обострения — алергенспецифическую иммунотерапию (АСИТ); образовательные программы для пациентов.

Элиминация аллергенов подразумевает следующие рекомендации.

— В сезон пыления растений по месту проживания желательно выехать в регионы, где «виновные» растения не растут, либо сезон пыления уже прошел или не наступил. Для больных поллинозом из восточных областей страны рекомендуется уезжать в западные регионы или проходить реабилитационное лечение в этот период в спелеоцентрах Украинской аллергологической больницы пос. Солотвино Закарпатской области и научно-практического объединения «Реабилитация» г. Ужгорода.

— Если нет возможности уехать, то больному рекомендуется как можно меньше находиться на улице, особенно в ранние утренние часы и в сухую жаркую погоду, что связано с максимальной концентрацией пыльцы в это время. Прогуливаться рекомендуется в вечернее время и после дождя.

— Не рекомендуется пребывание в местах массового цветения растений (выезды на природу, дачные участки, в сельскую местность).

— Нельзя открывать окна в утренние часы, необходимо занавешивать их влажной марлевой сеткой, а для очистки воздуха помещений использовать современные очистители.

— При выходе на улицу рекомендуется пользоваться защитными очками, при

возвращении в помещение желательно промыть глаза, нос, прополоскать горло.
— Нельзя употреблять в пищу продукты, имеющие перекрестные свойства с причинными аллергенными растениями.

При сенсibilизации к грибам большим поллинозом не рекомендуется употреблять пиво, квас, шампанское, вино, ликер, сыры, особенно с наличием плесневых грибов, дрожжевое тесто, квашеную капусту и др.

Фармакотерапия поллиноза включает лечение всех его клинических проявлений: сезонного аллергического ринита и сезонного аллергического конъюнктивита, пыльцевой бронхиальной астмы, при необходимости — кожных проявлений [7-9].

При легкой форме САР рекомендуются стабилизаторы мембран тучных клеток — кромоны (недокромил натрия, кромогликат натрия). Они безопасны и практически лишены побочных эффектов. Эти препараты имеют высокий уровень безопасности, но они значительно уступают по противовоспалительной активности и длительности терапевтического эффекта топическим глюкокортикостероидам. Кроме того, показаны пероральные H₁-гистаминовые блокаторы, преимущественно II и III поколения — левоцетиризин, дезлоратадин (эффект дезлоратадина сравним с эффектом псевдоэфедрина), фексофенадин. Эти препараты эффективно уменьшают симптомы ринита — зуд в носу, чихание, ринорею, заложенность носа, действуют быстро (в течение 0,5-1 ч) и продолжительно (до 24 ч), что позволяет назначать их 1 раз в сутки. Основ-

ной механизм их действия заключается в блокировании действия гистамина на H₁-рецепторы по механизму конкурентного ингибирования. Эти препараты также купируют обусловленный гистамином спазм гладких мышц, уменьшают

проницаемость капилляров и отек тканей, устраняют гипотензивный и другие эффекты гистамина, при этом не вызывают седативного и других побочных эффектов.

Деконгестанты-симпатомиметики (нафазолин, тетризолин, ксилометазолин и др.) оказывают сосудосуживающий эффект и при кратковременном применении не вызывают нежелательных побочных явлений. Продолжительность их применения при поллинозе не должна превышать 3-5 дней. Длительное применение этих препаратов приводит к морфологическим изменениям слизистой оболочки носа, тахифилаксии, медикаментозному риниту.

Интраназальные антихолинэргические средства представлены ипратропия бромидом, который за счет блокады мускариновых рецепторов уменьшает только ринорею, поэтому рекомендуется в сочетании с сосудосуживающими препаратами. В настоящее время хорошую эффективность при лечении САР продемонстрировал препарат, сочетающий ипратропия бромид с ксилометазолином.

Механизм действия антагониста лейкотриеновых рецепторов монтелукаста связан с ингибированием аллергического воспаления, опосредованного лейкотриенами.

При умеренной и тяжелой форме САР рекомендуются эндогенные кортикостероиды — беклометазона дипропионат, флутиказона пропионат, флутиказона фураат, мометазона фураат. При тяжелом течении заболевания иногда могут назначаться системные глюкокортикостероиды коротким курсом. Не рекомендуется их введение внутримышечно, а также местно, под слизистую оболочку из-за выраженных побочных эффектов и развития синдрома отмены, снижения чувствительности стероидных рецепторов, что

в дальнейшем будет ограничивать эффективность топических (эндогенных) кортикостероидов.

При сезонном аллергическом конъюнктивите рекомендуется применять пероральные антигистаминные препараты, глазные капли кромонов или глазные H₁-блокаторы (олопатадин).

Лечение пыльцевой бронхиальной астмы производится в соответствии со степенью тяжести обострения в период обострения заболевания согласно приказу МОЗ Украины № 128 от 19.03.2007 г. В этот период применяются бронхолитические ингаляционные препараты — β₂-агонисты короткого действия, топические ингаляционные глюкокортикостероидные препараты, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, анти-IgE-препараты [1].

В период вне обострения при отсутствии противопоказаний следует рассмотреть возможность использования алергенспецифической иммунотерапии.

АСИТ — единственный метод лечения, который позволяет добиться длительной ремиссии заболевания, предотвратить развитие его более тяжелых форм и осложнений, поэтому АСИТ следует рассматривать как один из основных методов лечения поллиноза при отсутствии противопоказаний к его проведению. Принцип метода заключается во введении в организм больного специальной алерговакцины, приготовленной из пыльцы растений, вызвавших заболевание, в постепенно возрастающих концентрациях. Врач-аллерголог индивидуально подбирает для больного наборы и схемы введения алергенов. При правильном применении этот метод эффективен и безопасен. Проведение АСИТ при САР рекомендовано приказом МЗ Украины № 128 от 19.03.2007 г. [5]. В рекомендациях ARIA также есть указания на использование метода АСИТ при

САР. На сегодняшний день аллергологи Украины широко используют метод АСИТ для лечения САР и сезонного аллергического конъюнктивита с хорошими результатами [4, 11]. При этом важно использовать алергены из пыльцы регионально произрастающих растений.

Однако, несмотря на усилия аллергологов, иногда не удается достичь устойчивого эффекта в лечении поллиноза даже при применении самых современных средств и технологий.

Литература

1. Дитятковская Е.М. Современные подходы к профилактике и лечению сезонной бронхиальной астмы / Е.М. Дитятковская // Астма та алергія. — 2010. — № 1-2. — С. 11-14.
2. Зайков С.В. Современные представления о лечении поллиноза / С.В. Зайков // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2008. — № 3 (14). — С. 49-54.
3. Клиническая алергологія / Под ред. акад. РАМН, проф. Р.М. Хаитова. — М.: МЕДпрессинформ, 2002. — 623 с.
4. Корицька І.В. Сучасні підходи до лікування алергічних захворювань / І.В. Корицька // Здоров'я України. — 2008. — № 3/1. — С. 60-61.
5. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пulьмонологія».
6. Недельская С.Н. Поллиноз: современные аспекты изучения проблемы / С.Н. Недельская, Е.Д. Кузнецова, Т.Г. Бессикало // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2008. — № 3/1 (спецвыпуск). — С. 19-23.
7. Пухлик Б.М. Аллергический ринит / Б.М. Пухлик // Здоров'я України. — 2008. — № 3/1. — С. 66-67.
8. Пухлик Б.М. Аллергический конъюнктивит / Б.М. Пухлик // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2008. — № 3/1 (спецвыпуск). — С. 24-30.
9. Пухлик С.М. Аллергический ринит / С.М. Пухлик, С.Б. Безшапочный // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2008. — № 3/1 (спецвыпуск). — С. 31-36.
10. Романюк Л.И. Поллиноз и перекрестная пищевая реактивность: диагностика, лечение, профилактика // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2008. — № 3/1 (спецвыпуск). — С. 66-71.
11. Романюк Л.И. Современные подходы к диагностике и лечению больных поллинозом и перекрестной пищевой аллергией / Л.И. Романюк, Н.В. Немировская // Семейная медицина. — 2005. — № 2. — С. 11-13.
12. Фещенко Ю.И. Бронхиальная астма — одна из главных проблем современности / Ю.И. Фещенко // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 2. — С. 16-19.



Анкета читателя

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України»,
ул. Народного Ополчения, 1, г. Киев, 03151.

Укажите сведения, необходимые для отправки
тематического номера «Пulьмонологія. Алергологія.
Риноларингологія»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улица дом

корпус квартира

Телефон: дом

раб.

моб.

E-mail:

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Пulьмонологія. Алергологія.
Риноларингологія»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Пulьмонологія.
Алергологія. Риноларингологія»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении
врачебной квалификации?

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоров'я України». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись