

Увеличивающаяся частота поллиноза и существенные социальные последствия, которые приводят к снижению работоспособности и качества жизни больных, обосновывают необходимость рассмотрения данного аллергического заболевания как серьезной медико-социальной проблемы. Вопросы профилактики развития сезонных обострений и снижения интенсивности их проявлений представляются значимой задачей для современного здравоохранения. С симптомами поллиноза сталкиваются врачи разных специальностей.

Распространенность и последствия

Поллиноз представляет собой хроническое аллергическое заболевание, вызываемое пылью растений. Проявляется аллергическим воспалением слизистых оболочек и других тканей, может сопровождаться симптомами интермиттирующего ринита, конъюнктивита, астматического бронхита и атопического дерматита, реже в аллергический процесс вовлекаются пищеварительная, сердечно-сосудистая, мочеполовая, нервная системы.

Первое описание заболевания, напоминающего поллиноз, встречается в трудах классика античной медицины Галена. Голландский естествоиспытатель Ван Гельмонт отмечал сезонность обострений бронхиальной астмы, что, возможно, связано с воздействием пыли растений. В 1819 г. английский врач Джон Босток сделал официальное сообщение, посвященное данному заболеванию, в Лондонском медико-хирургическом обществе. Им же был введен термин «сенная лихорадка» для обозначения этого заболевания, отражающий предполагаемую связь между сезонным обострением аллергии и заготовкой сена. Лишь в 1873 г. было установлено, что возникновение симптомов аллергии коррелирует с появлением пыли цветущих растений.

Заболевание отличается четкой, из года в год повторяющейся сезонностью развития аллергических реакций, что совпадает с периодом цветения определенных растений. Причиной появления сезонной аллергии является вдыхание пыли деревьев, трав, злаковых, сложноцветных, а также спор некоторых грибов. Следует отметить, что колебания концентрации аллергенов в воздухе мало влияют на выраженность обострения, имеет значение прежде всего протяженность периода цветения. Наибольшая концентрация пыли в воздухе наблюдается рано утром и в сухие жаркие дни. Периодичность развития заболевания связана с тем, что пыление различных растений происходит в определенные сроки, в зависимости от этого выделяют весенний, раннелетний и летне-осенний периоды. Наиболее аллергенной является пыльца ветроопыляемых растений, которая распространяется на большие расстояния с движением воздуха; пыльца растений, опыляемых насекомыми, является менее выраженным аллергеном. Размеры пыли растений, вызывающих поллиноз, варьируют от 20 до 40 микрон (мелкие и средние размеры). Установлено, что пыльца трав обладает более выраженными аллергенными свойствами, чем пыльца деревьев. Так, у 97% больных поллинозом доминирующим аллергеном является пыльца трав и только у 3% пациентов — пыльца деревьев. При аллергии на пылью деревьев сезонные аллергические реакции могут появляться в апреле-мае, на цветение злаков и луговых трав — в июне-июле, сорных трав — в июле-сентябре, небольшие отклонения от данной периодичности могут быть обусловлены географическими и погодными особенностями. На первом месте среди аллергенных деревьев береза, далее — ольха, лещина, клен и ясень. Ветроопыляемые голосеменные деревья (ель, пихта, сосна, кедр) имеют относительно крупную пыльцу, аллергия на которую возникает достаточно редко.

Врачам разных специальностей, как и самому больному, важно учитывать, что очень часто наличие поллиноза коррелирует с аллергией на антибиотики, своевременное выявление которой имеет огромное значение. Сочетанное применение антигистаминных препаратов снижает остроту аллергической реакции на антибактериальное лекарственное средство, в результате она может протекать скрыто, затрудняя постановку диагноза, что приводит к печальным последствиям. В связи с этим пациентам с поллинозом требуется назначать антибиотики с особой осторожностью, кроме того, применение последних не рекомендуется одновременно с антигистаминными препаратами.

Проблема поллиноза: современные аспекты профилактики и терапии

Тяжесть обострения заболевания зависит от концентрации пыли в воздухе и степени индивидуальной чувствительности организма к данным аллергенам. Течение обострения сезонного поллиноза определяется как легкое, когда его симптомы не влияют на сон и дневную активность, а также на работу и учебу. О средней тяжести заболевания свидетельствуют нарушение сна и повседневной активности ребенка или взрослого, заметное ухудшение качества жизни. Тяжелая форма заболевания предполагает наличие мучительных симптомов, которые существенно снижают качество жизни пациента.

Клинические проявления поллиноза зависят от локализации аллергического воспаления. Исследования показывают, что признаки аллергического ринита выявляются при данном заболевании примерно в 98% случаев, аллергический конъюнктивит развивается в 90% случаев, аллергическое воспаление придаточных пазух носа — в 48%, астенизация с головной болью — в 60%, аллергические дерматиты — в 21% случаев. Кроме того, у больных поллинозом примерно в 18% случаев возникает поражение нижних дыхательных путей. Риск развития реакции в виде бронхоспазма возрастает, если аллергический процесс продолжительное время остается без медикаментозного контроля.

Интермиттирующий аллергический ринит сопровождается выделениями из носа, наличием зуда в носу, нарушением дыхания. Воспаление может распространиться на слуховую трубу, придаточные пазухи носа, глотку и гортань. При аллергическом конъюнктивите отмечаются отечность глаз, слезотечение, зуд в глазах, светобоязнь. При поражении кожи лица и рук возникает сыпь, отек Квинке, атопический дерматит. Описаны и другие локализации аллергического воспаления, которые в клинической практике встречаются реже. Помимо спровоцированной поллинозом бронхиальной астмы особое беспокойство специалистов вызывают сочетанные поражения с вовлечением в воспалительный процесс желудочно-кишечного тракта.

По разным данным, поллинозом страдают от 0,2 до 39% населения. Заболевание распространено не только среди взрослых — у детей доля поллиноза в общей структуре аллергозов составляет 26-36%. Интересна гендерная специфика заболеваемости: так, у детей обоих полов до 3 лет заболевание встречается редко, в возрасте от 3 до 14 лет в 2 раза чаще поллинозом заболевают мальчики, в возрасте от 15 лет — преимущественно лица женского пола. У взрослых поллиноз встречается чаще, чем у детей, и преобладает в возрасте от 18 до 40 лет.

Распространенность пылевой аллергии зависит от природно-климатических, экологических и этнографических особенностей. Заболевание менее характерно для лиц, проживающих в сельской местности, — по сравнению с ними у жителей городов показатели заболеваемости поллинозом в 4-6 раз выше, что объясняется загрязненностью воздуха мегаполисов. Во всех странах мира количество детей с данной патологией увеличивается.

Изучена роль наследственной детерминированности поллинозов. В настоящее время найдены гены восприимчивости к различным аллергенам, которые чаще передаются по материнской линии. Проведены исследования, в которых подтверждена связь между наличием мутаций определенных генов и развитием конкретного вида поллиноза, например, обусловленного непереносимостью пыли растения тимофеевки.

Механизм развития поллиноза

Поллиноз относят к классическому аллергическому заболеванию, протекающему по первому типу аллергической реакции, который характеризуется наследственной предрасположенностью и повышенной продукцией иммуноглобулинов класса E — IgE (атопия). Таким образом, попадание аллергенной пыли в организм больного поллинозом провоцирует гиперпродукцию IgE. Последние, соединяясь с аллергеном, запускают каскад реакций, приводящих к выделению ряда биологически активных веществ — гистамина, простагландинов, лейкотриенов, фактора активации тромбоцитов, брадикинина и др. В развитии и прогрессировании воспалительной реакции принимают участие Т-лимфоциты, эозинофилы, базофилы, тучные и другие клетки.

Клеточный ответ включает:

- хемотаксис, направленное продвижение и трансэндотелиальную миграцию клеток;
- высвобождение цитокинов и хемокинов;
- активацию и дифференциацию различных типов клеток, включая эозинофилы, Т-клетки, тучные и эпителиальные клетки, а также продление их выживаемости;
- выделение медиаторов этими активированными клетками (среди них основными медиаторами являются гистамин и цистеинил-лейкотриены).

Аллергическое воспаление вызывает ряд патофизиологических нарушений в пораженном органе: расширение капилляров, замедление кровотока, повышение проницаемости эндотелия стенок сосудов, трансудацию плазмы крови. Увеличивается секреция слизи, угнетается функция мерцательного эпителия, снижается артериальное давление. В некоторых случаях аллергическая реакция может приводить к повышению давления спинномозговой жидкости, появлению высыпаний на коже по типу крапивницы, развитию спазма гладкой мускулатуры бронхов.

По данным разных авторов, для 40-70% больных поллинозом характерно наличие пищевой аллергии. Перекрестные реакции между пищевыми и аэроаллергенами возникают в таких случаях:

- при полной идентичности вдыхаемого и пищевого аллергена;
- при аллергенной идентичности, связанной со скрытым наличием в пище основного аллергена;
- при наличии общих эпитопов в пище и вдыхаемых аллергенных частицах разного происхождения.

В случае перекрестной реактивности между вдыхаемыми и пищевыми аллергенами сенсибилизация к вдыхаемым аллергенам является первичной, а реакция на пищу — вторичной.

У пациента с поллинозом часто определяют сочетанную патологию носа и легких. Эпидемиологические, клинические, патофизиологические и анатомические исследования подтвердили тесную связь между наличием аллергического ринита и бронхиальной астмы. Так, у 30% больных бронхиальной астмой определяют аллергический ринит.

Неспецифическая назальная гиперреактивность является характерным симптомом аллергического ринита. Она определяется как усиление реакции слизистой оболочки на физиологические стимулы и проявляется чиханьем, заложенностью и/или выделениями из носа. Интермиттирующий ринит может быть вызван воздействием пылевых аллергенов. Отмечено, что воспалительные изменения возникают во время поздней фазы аллергической реакции.

Согласно новой концепции, развитие персистирующей аллергической реакции связано с наличием персистирующего воспаления. У пациентов с персистирующим аллергическим ринитом экспозиция аллергенов изменяется в течение года. Отмечаются периоды, когда экспозиция аллергенов минимальна, однако, несмотря на отсутствие клинических проявлений, у этих пациентов отмечается воспаление слизистой оболочки носа. Понимание механизмов патогенеза заболевания обеспечивает основу его рациональной терапии, которая заключается в необходимости влияния, прежде всего, на комплекс воспалительной реакции, а не только на симптомы аллергии.

Актуальные вопросы профилактики поллинозов

Самоизлечение поллиноза, как правило, не наступает, в связи с этим данное заболевание нуждается в медикаментозной коррекции, профилактике обострений и модификации образа жизни больных. Для лиц, страдающих сезонной аллергией, рекомендуется соблюдение следующих правил:

- избегать длительного проветривания помещений в период активного пыления растений;
- четко знать период цветения растений, которые вызывают аллергию (включая те из них, которые могут обусловить перекрестную реакцию), и по возможности избегать пребывания на территориях, где они произрастают;

Продолжение на стр. 40.

Проблема поллиноза: современные аспекты профилактики и терапии

Продолжение. Начало на стр. 39.

— при возможности планировать выезд в другие климатические зоны на период пыления аллергенных растений;

— выходя из помещения в период пыления аллергенных растений, надевать солнцезащитные очки, а по возвращении — промывать слизистые оболочки носа и глаз, принимать душ;

— при наличии перекрестной пищевой аллергии строго соблюдать гипоаллергенную диету;

— исключать использование фитопрепаратов, пищевых добавок, косметических средств, содержащих пыльцу и растительные экстракты.

К вопросам модификации образа жизни в профилактике поллиноза также относят: исключение активного и пассивного курения, контроль над содержанием пыльцы в воздухе помещения с использованием увлажнителей и очистителей воздуха, ограничение контакта с лаками и красками и др.

В качестве профилактики развития поллиноза у детей с отягощенным семейным анамнезом подчеркивается значимость ограничения контактов ребенка с пылью аллергенных трав. Так, в качестве профилактики развития наследственного поллиноза рекомендуется планировать рождение ребенка в зимний период. Результаты исследований свидетельствуют, что ребенок, родившийся в период цветения злаковых трав или деревьев, рискует приобрести поллиноз быстрее и в более тяжелой форме, чем родившийся в ноябре-январе. Особую опасность в отношении возникновения данного заболевания представляют последние месяцы внутриутробного развития и первые полгода с момента появления на свет.

Помимо модификации образа жизни больным поллинозом рекомендуется проводить медикаментозную профилактику заболевания. Как правило, пациентам с поллинозом рекомендуют начинать профилактический прием соответствующих препаратов за несколько недель до начала цветения растения-аллергена.

Современные подходы к медикаментозной терапии поллинозов

Подходы к лечению поллиноза зависят от степени тяжести, тех или иных признаков заболевания, а также наличия осложнений. При лечении поллиноза используют лекарственные средства, которые подавляют аллергическое воспаление или снижают выраженность симптомов: антигистаминные, препараты кромоглициевой кислоты, симпатомиметики, кортикостероиды. Наиболее часто назначаемыми при аллергии лекарственными средствами, быстро устраняющими признаки аллергии, являются антигистаминные препараты. Это объясняется тем, что с высвобождением гистамина связано большинство симптомов аллергии: от незначительных (зуд глаз и кожи, выделения из носа) до жизнеугрожающих (одышка, снижение артериального давления и отек гортани). Применять лекарственные средства, направленные на устранение проявлений поллиноза, необходимо ежедневно, в течение всего периода цветения растений. Важной составляющей успеха является приверженность пациента к терапии и образ жизни, направленный на минимализацию контакта с аллергеном.

Общепризнанным и эффективным методом лечения поллиноза является специфическая иммунотерапия (СИТ), заключающаяся в применении вакцин, созданных на основе ведущего аллергена. На сегодняшний день СИТ является единственным методом лечения, который позволяет добиться длительной ремиссии и предотвращает дальнейшее развитие заболевания и его осложнений. Основной принцип СИТ — введение в организм больного индивидуально подобранной вакцины в постепенно возрастающих концентрациях. Иммунотерапия аллерговакцинами проводится специалистом-аллергологом и основана на постепенном увеличении количества аллергена, которое вводят больному аллергику с целью достичь той максимальной дозы, которая будет эффективно снижать симптомы заболевания при последующем контакте пациента с аллергеном, вызвавшим заболевание.

Проводить СИТ необходимо в период ремиссии заболевания после санации очагов инфекции. Особенно значимым использование данного метода может быть в тех случаях, когда элиминация «виновного» аллергена невозможна или когда лекарственная терапия оказалась малоэффективной.

Иммунотерапию проводят после уточнения «виновного» аллергена по данным анамнеза, клинического обследования и специфических аллергологических тестов, (кожных, провокационных, иммунологических). Исследования показывают, что СИТ более эффективна при аллергиях, в патогенезе которых ведущую роль играют IgE (первый тип реакций, атопия). Назначение СИТ не исключает применение других методов лечения, сочетание СИТ с лекарствами в комплексе даже более эффективно. Однако следует учитывать, что одновременное применение СИТ и антигистаминных препаратов может маскировать легкие аллергические реакции и в дальнейшем привести к тяжелым системным реакциям.

Иммунотерапию применяют при аллергическом рините, конъюнктивите, бронхиальной астме и атопическом дерматите. Хороший эффект получают при лечении пыльцевыми, а также бытовыми и эпидермальными аллергенами. Ремиссия, достигаемая благодаря применению СИТ, может длиться несколько лет.

Обязательным условием выбора тактики лечения остается индивидуальный подход к каждому больному, учитывающий клинические особенности формы и тяжести патологии, а также социальные, поведенческие и психологические аспекты, являющиеся существенными для конкретного пациента. Окончательный выбор метода терапии всегда остается за врачом, который имеет личный опыт лечения аллергических заболеваний, знает индивидуальные особенности пациента, все желательные или нежелательные эффекты тех или иных методов, а также специфику взаимодействия лекарственных средств.

Список литературы находится в редакции.

Подготовила **Катерина Котенко**



2013

Yalta NeuroSummit V

Мировые эксперты
 Инновационные сессии
 Острые дискуссии
 Незаангажированная подача
 Многогранные тренинги
 Светские события

ЯЛТА
 12-15 сентября 2013
 Отель «Ялта-Интурист»

NEUROSUMMIT. 5-й Юбилейный
 Время собирать камни
www.NeuroSummit.org.ua +380-67-439-72-58

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
 Український науково-дослідний інститут
 соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Міжнародна науково-практична конференція
Когнітивні порушення в психіатрії
 16-17 вересня, м. Алушта

Місце проведення: готельний комплекс «Море»
 (Професорський куточок, вул. Набережна, 25).

Наукові напрями конференції

- М'які когнітивні розлади в неврології та психіатрії: питання діагностики та лікування
- Епілепсії
- Деменції (хвороба Альцгеймера, судинні деменції, погляд через призму психіатрії та неврології)
- Когнітивна недостатність, інфантильні деменції в дітей
- Нейрокогнітивні порушення при психічних розладах (шизофренія, біполярний розлад, рекурентна депресія)
- Когнітивні розлади в судово-психіатричній експертній практиці

Додаткова інформація
 Тел.: +38 (044) 468-32-15 Алла Чайка
 Тел.: +38 (044) 503-87-83 Ірина Коноваленко