

Т.В. Бездетко, д.м.н., профессор Харьковского национального медицинского университета, главный внештатный аллерголог УОЗ облгосадминистрации Харьковской области

Поллиноз: вопросы диагностики и лечения

Поллиноз от латинского «pollen» (пыльца) – это аллергическое заболевание, вызываемое пылью растений, которое проявляется аллергическим воспалением слизистых оболочек и других тканей и сопровождается симптомами сезонного ринита, конъюнктивита, приступами бронхообструкции и дерматита. Поллиноз относится к числу наиболее распространенных аллергических заболеваний людей любого возраста и пола.

Распространенность поллиноза колеблется в разных регионах и зависит от многих факторов – климато-географических особенностей региона и связанной с ними распространенности тех или иных растений.

Из нескольких тысяч видов растений, распространенных на земном шаре, лишь около 50 продуцируют пыльцу, способную вызывать поллиноз. В основном это ветроопыляемые растения, выделяющие огромное количество мелкой (0,02–0,04 мм) пыльцы, переносимой ветром на большие расстояния. Проникновению пыльцы через слизистую оболочку дыхательных путей и глаз способствует содержащийся в ней специальный фермент.

Немаловажную роль в возникновении заболевания играют плесневые грибы.

В зависимости от времени цветения выделяют несколько групп аллергенных растений, вызывающих в нашей стране три пика обострений поллиноза (табл. 1).

Наиболее высокой антигенной активностью обладает пыльца амброзии, луговых и сорных трав. В то же время пыльца хвойных деревьев крайне редко является причиной поллиноза. Существует антигенная общность между пыльцой растения (его листьями, стеблями, плодами) и родственными растениями. Подобную поливалентную аллергию необходимо учитывать для профилактики обострений поллиноза. Лишь небольшой перечень возможных перекрестных аллергических реакций представлен в таблице 2.

Этиология поллиноза в Харьковской области связана с пылью луговых трав. У городских жителей заболевание встречается в шесть раз чаще, чем у жителей сельской местности, что подтверждает влияние загрязнения внешней среды поллютантами на частоту и распространение данной патологии. Проведенные скрининг-исследования по выявлению аллергических заболеваний в Харьковской области в 2010 г. показали, что у 5789 из 9560 здоровых людей были выявлены симптомы аллергии. При дообследовании у 689 человек диагностирован поллиноз.

Лечашему врачу, а также каждому больному поллинозом очень важно иметь информацию о виде пыльцы (спор грибов) и ее количестве в 1 м³ вдыхаемого воздуха в течение всего сезона опыления растений. На сегодняшний день уровень внедрения круглогодичного мониторинга пыльцы и спор в европейских странах достиг высокого уровня. Информация о концентрации пыльцы

в воздухе ежедневно сообщается через средства массовой информации. В России станции аэробиологического мониторинга работают в Москве и Санкт-Петербурге. К сожалению, аэробиологический мониторинг в нашей стране практически не проводится.

Поллиноз является классическим аллергическим заболеванием, протекающим по первому типу аллергической реакции, и характеризуется наследственной предрасположенностью и повышенной продукцией иммуноглобулинов класса IgE. Роль наследственности в развитии поллиноза связана с передачей от родителей определенных генов, ответственных за формирование аллергического фенотипа. Если поллинозом болеет только мать, ген передается в 25% случаев, если отец и мать – в 50% случаев.

Попадание аллергенной пыльцы в организм больного поллинозом способствует выработке иммуноглобулинов класса IgE. Последние, соединяясь с аллергеном, активируют ферменты мастоцита и базофила, что приводит к выделению биологически активных веществ: гистамина, простагландинов, лейкотриенов, фактора активации тромбоцитов, брадикинина и др. После назальной провокации аллергеном у сенситивизированных лиц происходит ранний аллергический ответ, включающий зуд/чихание, которые сопровождаются выделениями из носа и заложенностью. Максимально выраженное проявление симптомов развивается через 15–30 мин и связано с повышенной циркуляцией в крови медиаторов воспаления: гистамина, триптаза, лейкотриенов С₄, D₄, E₄. У части пациентов развивается поздний аллергический ответ, достигающий максимума через 6–12 ч. Поздний ответ характеризуется выбросом Т-клеток и их активацией, тканевой эозинофилией. Поздний аллергический ответ проявляется назальной обструкцией и клинически менее выражен.

Клинические проявления поллиноза зависят от локализации аллергического воспаления. Аллергический ринит выявляют в 98% случаев, аллергический конъюнктивит – в 90%, аллергическое воспаление придаточных пазух носа – у 48%, астенизиацию с головными болями – у 60%, аллергические дерматиты – у 21% больных поллинозом. У 18% пациентов отмечается сезонная бронхиальная астма.

Описаны и другие локализации аллергического воспаления, но встречаются они реже (гастрит, гепатит и даже менингит). Чаше всего у больного развивается сезонный аллергический ринит. При этом больной жалуется на чихание, насморк, выделения из носа, зуд в носу и нарушение дыхания. Воспаление может распространиться на слуховые трубы, придаточные пазухи носа, глотку и гортань. При аллергическом конъюнктивите отмечается отечность глаз, слезотечение, зуд в глазах, светобоязнь. Если воспаление распространяется на бронхи, больной жалуется на кашель, затрудненное дыхание, хрипы, одышку. При воспалении открытых кожных покровов лица и рук развивается крапивница, отек Квинке, дерматит. По тяжести течения различают четыре степени развития заболевания: легкое эпизодическое; легкое постоянное; течение средней тяжести; тяжелое. В качестве критериев служат: работоспособность, общие симптомы, степень распространения процесса на другие органы, выраженность патологии.

Диагностика заболевания состоит из двух этапов. Первый этап проводят врачи различных специальностей. Он включает тщательный аллергологический анамнез, осмотр пораженного органа (носа, глаз, кожи), инструментальные методы диагностики (аускультацию, рентгенографию), лабораторные методы (анализ крови, носовой слизи, мокроты) и др. Второй этап осуществляют врачи-аллергологи для выявления конкретного этиологического фактора. С этой целью проводят пробы с различными пыльцевыми аллергенами (прик-тесты), определяют содержание специфических иммуноглобулинов класса IgE в крови и носовом секрете.

Лечение поллиноза должно включать элиминацию аллергена, фармакотерапию (в период обострения), аллергенспецифическую иммунотерапию, а также проведение для пациентов образовательных программ.

Для фармакотерапии применяют препараты, которые подавляют аллергическое воспаление или снижают активность симптомов: антигистаминные, симпатомиметики, кортикостероиды.

В период вне обострения при отсутствии противопоказаний следует рассмотреть возможность использования аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ).

Иммунотерапия аллерговакцинами основана на постепенном увеличении количества аллергена, которое вводят больному аллергией с целью достичь той максимальной дозы, которая будет эффективно снижать симптомы заболевания при последующем контакте больного с причинным аллергеном.

АСИТ является единственным методом лечения, который позволяет добиться длительной ремиссии заболевания, предотвратить развитие его более тяжелых форм и осложнений. В процессе АСИТ снижается тканевая чувствительность к аллергенам, уменьшается неспецифическая гиперреактивность тканей к различным медиаторам, уменьшаются признаки аллергического воспаления.

АСИТ тормозит пророст специфического IgE, а после повторных курсов нарастает его снижение. АСИТ отличается от фармакотерапии длительным сохранением клинического эффекта после завершения курсов лечения. Чем раньше начата АСИТ на ранних этапах заболевания, тем эффективнее ее лечебное действие. Своевременно проведенное специфическое лечение предупреждает



Т.В. Бездетко

переход заболевания из легких форм в более тяжелые. Стойкий клинический эффект достигается при завершении 3–5 курсов АСИТ. Внедрены в практику неинъекционные методы АСИТ (пероральный, сублингвальный, интраназальный, эндобронхиальный).

АСИТ могут проводить только врачи-аллергологи, которые имеют стандартизированные аллергены. Проводить АСИТ необходимо в период ремиссии заболевания и после санации очагов инфекции. Назначать АСИТ целесообразно в тех случаях, когда элиминация аллергена невозможна. Проводят иммунотерапию после уточнения причинного аллергена по данным анамнеза, клинического обследования и специфических аллергологических тестов (кожных, провокационных, иммунологических). АСИТ более эффективна при аллергиях, в патогенезе которых ведущую роль играют IgE, – первый тип реакций (атопий). Назначение АСИТ не исключает применение других методов лечения, сочетание АСИТ с лекарствами в комплексе даже более эффективно. Однако одновременное их применение, особенно антигистаминных препаратов, может маскировать легкие аллергические реакции и в дальнейшем привести к тяжелым системным реакциям или шоку. Иммунотерапию применяют при аллергическом рините, конъюнктивите, бронхиальной астме и атопическом дерматите. Хороший эффект получают при лечении пыльцевыми, а также бытовыми и эпидермальными аллергенами.

АСИТ не рекомендуют проводить у больных активной формой туберкулеза любой локализации, а также при заболеваниях жизненно важных органов (печени, почек, сердца, мозга) с нарушением их функции, при психических заболеваниях, заболеваниях эндокринной системы (гипофиза, щитовидной железы, надпочечников), при беременности, в возрасте моложе 7 лет и старше 60 лет, при заболеваниях с сердечно-сосудистой недостаточностью, в фазе обострения заболевания.

К основным мерам профилактики относится элиминация аллергена (пыльцы растений): прежде всего необходимо прервать контакт с веществом, вызывающим аллергию. На время цветения растений, к которым больной сенситивизирован, желательно уезжать из местности, где произрастают эти растения, в другой регион страны или за границу на весь сезон их цветения, иногда до шести месяцев. Можно применять специальные маски – респираторы – или находиться весь сезон в закрытом помещении с очистителями воздуха от пыльцы растений. Такие методы профилактики весьма дороги, но не всегда применимы, если больной работает или учится. За время существования нашего Центра аллергологии и иммунологии на базе областной клинической больницы было проведено 456 гипосенсибилизаций, и у 87% пациентов была достигнута стойкая ремиссия заболевания. Доказано, что если ежегодно перед сезоном пыления не проводить пациенту лечение поллиноза, то в дальнейшем заболевание будет протекать более тяжело.

Врачи должны помнить о том, что аллергии вылечить невозможно, но при правильном ведении больного можно значительно улучшить качество его жизни.

3

Таблица 1. Календарь максимального выделения пыльцы некоторыми растениями

Период	Растения
Весенний	Тополь, дуб, береза, орех, орешник, клен, ольха, платан и др.
Весенне-летний	Мятлик, пырей, овсяница, ежа, лисохвост, костер, рожь, кукуруза и др.
Летне-осенний	Амброзия, полынь, лебеда и др.

Таблица 2. Возможные перекрестные аллергические реакции на различные этиологические факторы

Этиологический фактор (пыльца)	Возможные перекрестные аллергические реакции		
	Пыльца, листья и стебли растений	Растительные пищевые продукты	Лекарственные растения (фитопрепараты)
Береза	Лещина, ольха, яблоня	Яблоки, черешня, персики, сливы, орехи (фундук), морковь, сельдерей, картофель, помидоры, огурцы, лук, киви	Березовый лист (почки), ольховые шишки
Злаки		Пищевые злаки (овес, пшеница, ячмень и др.), щавель	
Полынь	Георгин, ромашка, одуванчик, подсолнечник	Цитрусовые, подсолнечное семя (масло, халва), цикорий, мед	Полынь, ромашка, календула, мать-и-мачеха, девясил, череда
Лебеда		Свекла, шпинат	
Амброзия	Подсолнечник, одуванчик	Дыня, бананы, подсолнечное семя	