

С.М. ПУХЛИК, НАСЕР ШАМХИ АЛИ ЭЛЬ-ХАБИБ, И.В. ДЕДИКОВА

ПОЛЛИНОЗЫ В ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ

Одес. Нац. мед. ун-т (ректор – акад. В.Н. Запорожан)

Поллинозом (сенной лихорадкой) называется сезонное аллергическое заболевание, поражающее, главным образом, верхние дыхательные пути и орган зрения (преимущественно слизистую оболочку полости носа и конъюнктиву глаза).

Если рассмотреть поллиноз через призму его наиболее яркого проявления – сезонного (интермиттирующего) аллергического ринита (САР), то, по мнению международной ассоциации, занимающейся вопросами АР (ARIA – Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, 2008), как представлено в разработанном ею совместно с ВОЗ документе, АР является глобальной проблемой здравоохранения. Это обусловлено:

- *высокой распространенностью (поражает 20-40% населения);*
- *существенным снижением качества жизни больных, включая работоспособность, способность к обучению, отдых;*
- *наносимым экономическим ущербом;*
- *связью с синуситами, конъюнктивитом и пр.;*
- *трансформацией у значительной части пациентов в бронхиальную астму.*

По сведениям ВОЗ, распространенность поллиноза в разных странах мира колеблется от 5 до 30%. В США, например, зарегистрировано около 13,5 млн больных пыльцевой аллергией. В Украине заболеваемость поллинозом недостаточно изучена, а во многих регионах вообще не исследовалась. Однако многие авторы считают, что чаще (в 2,4 раза) болеют женщины, чем мужчины; городские жители, нежели деревенские; лица умственного труда, чем физического. Болезнь не имеет возрастных ограничений, распространенность этой патологии у детей старше 4-5 лет составляет 5-9%, с 8 лет преимущественно заболевают мальчики, с 15 лет – лица женского пола. С возрастом частота заболеваемости возрастает. Проведение активных скрининговых акций в разных регионах Украины показало, что от 70 до 90% обнаруженных пациентов с САР не были ранее зарегистрированы учреждениями здравоохранения. Таким образом, есть все основания считать, что большинство больных САР в нашей стране не известно учреждениям здравоохранения или они выявляются несвоевременно, а значит, не

получают адекватной помощи, что чревато негативными не только медицинскими, но и социальными последствиями.

Очень важным является своевременность определения САР. По данным А.С. Лопатина (2000), в России только 18% обследуемых с АР направляется к специалистам на протяжении первого года заболевания, у 30% интервал между возникновением симптомов и их регистрацией составляет 2 года, у 43% – 3 года, у 10% – более 4 лет.

Распространенность поллиноза колеблется в разных регионах и зависит от многих факторов – климатогеографических особенностей региона и связанных с ними особенностей распространения тех или иных растений и степени их аллергенности.

Если ранее исследователи считали причиной поллиноза «географические различия и образ жизни», то в настоящее время основная роль отводится техногенным загрязнителям атмосферного воздуха. Так, известно синергетическое влияние на организм человека пыльцы растений и пылевых частиц в атмосфере (химических веществ, частичек неорганической пыли и др.). Имеются данные о том, что загрязнители воздуха вызывают повреждение пыльцы, ее антигенов, а загрязненная пыльца индуцирует цитотоксические реакции, сенсibilизацию, повышает реактивность слизистой оболочки полости носа и бронхов. Одним из факторов, обуславливающих рост заболеваемости поллинозом в промышленных регионах, является увеличение времени жизнеспособности пыльцы аллергенных растений в зонах промышленных выбросов (территорий предприятий) [1], что свидетельствует о воздействии экозагрязнителей на генетический аппарат пыльцы.

В Украине первые аэропаллинологические исследования являются единичными и проводились в основном врачами-аллергологами в Киеве (1967), Одессе (1977-78), Луганской области (1981) [2,3,4]. В последнее время содержание аллергенной пыльцы в воздухе изучалось также палинологами во Львове (1999), Виннице (1998-2000), Каневе (2000), Киеве (1991-2000) [5,6,7]. Они свидетельствуют о том, что в различных климато-географических зонах структура поллинозов резко отличается. Так, в Вин-

Образец анкеты

Впишите или подчеркните

Дата « _____ » _____ 200__ р.

АНКЕТА № _____

Фамилия, имя, отчество _____

пол (жен, муж)

Дата рождения _____

Жалуетесь на: приступы удушья (*да, нет*), одышки или затрудненного дыхания (*да, нет*), удушающего кашля (*да, нет*), периодические хрипы (свисты), которые слышны на расстоянии (*да, нет*) Частую или постоянную заложенность носа (*да, нет*), выделения из носа без простуды (*да, нет*), зуд глаз, век, носа (*да, нет*)-круглогодично (*да, нет*) или в в весенне-летний период (*да, нет*), сыпь на коже (*да, нет*), отеки на коже (*да, нет*) Вышеприведенные жалобы возникают после применения лекарств (*да, нет*), пищевых продуктов (*да, нет*), бытовой химии (*да, нет*), контакта с различными веществами на производстве (*да, нет*).

У Вас ранее были выявлены **бронхиальная астма** (*да, нет*), **аллергический насморк** (*да, нет*), **аллергический дерматит** (*да, нет*), **другие аллергические заболевания** (*да, нет*), **опасные реакции на укусы насекомых** (*да, нет*).

нижкой области ведущими «причинными» аллергенами служат представители семейства злаковых [6], тогда как в Луганской области – семейства астровых (полынь – *Artemisia*) и лобода (лутига – *Atriplex*) [5].

Цель исследования: определить особенности поллиноза в Одесском регионе.

Методы обследования

Методы обследования, которые применялись при выполнении этой работы, следует разделить на 2 категории. К 1-й категории относятся методы, применявшиеся при клинико-эпидемиологическом обследовании – анкетирование с помощью специальных анкет.

Во 2-ю категорию включено обследование с помощью микст-аллергенов. Комплект микст-аллергенов (смесей аллергенов) для скрининга аллергических заболеваний (АЗ) состоит из 5 микст-аллергенов: 4 микст-аллергена из пыльцы растений (№1 – из пыльцы березы, лещины, ольхи; № 2 – из пыльцы ежи, лисохвоста, овсяницы, мятлика, рейграсс; № 3 – из пыльцы костер, пырея, ржи, тимopheевки; № 4 – из пыльцы сорняков: полыни, лебеды, амброзии, подсолнечника) и пятый микст-аллерген из разных серий домашней пыли и пера подушек, производства Винницкого ООО «Иммунолог».

Показанием для тестирования этим набором были результаты предварительного анкетирования (положительный ответ обследованных).

При обнаружении положительной реакции на микст-аллерген проводилось дообследование с помощью соответствующей группы моноаллергенов.

Обследование с использованием аллергенов – кожное тестирование было проведено у 897 лиц (см. ниже).

Обследование аллергологическое лабораторное – иммунотермистометрия – у 281 человек (1377 тестов).

В табл. 1 приведено распределение поллинозов в зависимости от вида гиперчувствительности к определенным пыльцевым аллергенам. Поскольку у части больных имела место гиперчувствительность к нескольким группам аллергенов, в данной таблице мы учитывали сенсibilизации по группе аллергенов, к которым эта сенсibilизация была наиболее выраженной.

В табл.2 приведено распределение пациентов с поллинозом в зависимости от выявленного у них характера полисенсibilизации (гиперчувствительности к растениям одной или нескольких групп).

Как видно из табл. 2, полисенсibilизация наблюдалась у подавляющего числа обследуемых, однако у 57,5% это была полисенсibilизация к пыльце одного вида растений. В 11,8% случаев выявлена полисенсibilизация к 2 видам растений и в 5,7% – к 3 видам растений. Это были, главным образом, взрослые лица.

Клиника поллиноза у наших больных имела следующий вид (табл. 3). При этом мы выделили изолированный риноконъюнктивальный синдром (РК), а также синдромы, при которых дополнительно были проявления бронхиальной астмы, висцеральные явления (в области желудочно-кишечного, урогенитального тракта), а также кожные.

По «стажу» давности заболевания поллинозом больные распределялись следующим образом (табл. 4).

В 2009-2011 гг. наша клиника участвовала в международном клиническом исследовании, в ходе которого мы имели возможность

Таблица 1

Структура причин поллинозов										
Контингенты больных	Количество лиц с позитивными реакциями на пыльцевые аллергены									
	деревья		луговые травы		сорняки		грибы		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Дети	9	1,0	–	–	76	8,5	–	–	85	9,5
Подростки	10	1,1	28	3,1	104	11,6	–	–	142	15,8
Взрослые	44	5,0	146	16,3	443	49,3	37	4,1	670	74,7
Всего:	63	7,1	174	19,4	623	69,4	37	4,1	897	100,0%

Таблица 2

Распределение больных поллинозом в зависимости от характера полисенсibilизации					
Контингенты	Всего больных поллинозом	Количество больных с полисенсibilизацией			
		всего	в том числе к растениям одной группы	в том числе к растениям двух групп	в том числе к растениям трех групп
Дети	85	52	52	–	–
Подростки	142	97	73	24	–
Взрослые	670	524	391	82	51
Всего	897	673	516	106	51
% в структуре	100,0	75,0	57,5	11,8	5,7

Таблица 3

Клинические синдромы поллиноза среди обследованных лиц					
Контингенты обследуемых	Всего	Синдромы поллиноза			
		РК	астма	висцеральный	кожный
Дети	85	85	–	–	–
Подростки	142	120	22	–	–
Взрослые	670	508	88	15	59
Всего	897	713	110	15	59
% в структуре	100,0	79,5	12,3	1,7	6,5

Таблица 4

Длительность заболевания поллинозом у обследованных лиц						
Количество обследуемых	Всего	Длительность заболевания				
		до 1 года	до 3 лет	до 5 лет	до 10 лет	свыше 10 лет
Абс.	897	62	110	203	241	281
%	100,0	6,9	12,3	22,6	26,9	31,3

улавливать пыльцу в г.Одессе. Аэропаллинологический мониторинг осуществлялся в Одессе волюметрическим методом с помощью сертифицированного аппарата «Burkard Sporewatch Trap» производства Великобритании (фотография). Исследования выполнялись при поддержке Иммунологического Исследовательского Института Новой Англии (IRINE, Бостон, США) и Европейской Аэроаллергенной Сети (EAN). Изучение пленок с пыльцой растений проводилось доцентом В.В. Родненковой (г.Винница).

Аэропаллинологические наблюдения позволили установить, что в сезон цветения растений содержание пыльцы колеблется в широких пределах. Суммарная концентрация пыльцы деревьев в воздухе г.Одессы, по сравнению с данными, полученными в других городах, весьма низкая, что, возможно, связано с высокой влажностью воздуха на побережье Черного моря в сезон цветения древесных пород.

В г.Одессе отмечаются 2 волны пыления растений – весенняя и летне-осенняя. Первая представлена пыльцой деревьев, в основном

березы и тополя, вторая – пылью бурьянов, главным образом, амброзии и полыни. Наиболее выраженную палинационную активность между волнами пыления показывают растения семейства злаковых и крапива двудомная.

Самое большое количество пыльцы в воздух Одессы продуцирует амброзия (32%), за ней идут тополь (18%) и береза (13%). Доля всех остальных представителей аэропаллинологического спектра не превышает 6%.

Периодами, наиболее опасными для людей, чувствительных к пыльце растений, можно считать 14-29 апреля, когда самым интенсивным пылением отличаются береза и тополь, а также 23 августа – 16 сентября, когда значения, считающиеся пороговыми для развития поллиноза, намного превышает концентрация пыльцевых зерен амброзии.

Таким образом, аэропаллинологические исследования выявили наибольшую концентрацию пыльцы амброзии в период с августа по сентябрь, а клинические данные показали наибольшую чувствительность к пыльце полыни, амброзийные поллинозы расположились на втором месте. Наибольшее число пациентов было сенсibilизировано к нескольким аллергенам.

Результаты данного исследования послужили основанием для проведения лечебных мероприятий. Сегодня **реабилитация больных поллинозом строится следующим образом:** после установления диагноза поллиноза врач любой специальности должен направить пациента к аллергологу, который проводит диспансерное наблюдение и назначает лечение. Цель диспансеризации – полная ликвидация клинических признаков поллиноза либо стабилизация хронического аллергического процесса, которая задерживает развитие осложнений (хронической легочной недостаточности, полисенсibilизации и др.).

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) – единственный метод противоаллер-



Аппарат «Burkard Sporewatch Trap», улавливающий пыльцу растений, установленный на крыше Одесской обласной клинической больнице

гической защиты, воздействующий на все звенья патогенеза аллергического заболевания. Метод основан на введении в организм больного возрастающих доз аллергена (или лечебной смеси нескольких аллергенов), к которому у пациента обнаружена повышенная чувствительность, с целью синтеза «блокирующих» защитных антител класса IgG, что приводит к уменьшению или полному исчезновению клинических симптомов. Профилактическая АСИТ должна осуществляться индивидуальным для каждого пациента спектром аллергенов. С учетом местного календаря пыления растений этот метод лечения необходимо начинать не раньше декабря и не позже февраля, индивидуально планируя его окончание для больного за 1-2 нед до предполагаемого периода обострения поллиноза. Кратность повторных курсов АСИТ должна быть не менее двух, а заканчивать лечение следует при отсутствии клинических симптомов заболевания в сезон обострения.

Результаты наших клинических исследований по лечению больных поллинозом методом АСИТ с использованием региональных аллергенов будут представлены в следующих публикациях.

1. Алешина Р.М. Поллиноз в Луганской области // Украинский медицинский журнал. – 1995. – №2. – С. 52-55.
2. Ганжара Н.П. Аэропаллинологические наблюдения в г.Одессе // Вопросы диагностики, этиологии, патогенеза и лечения аллергических заболеваний. – Ташкент, 1980. – С.23-29.
3. Лахно С. Распространенность пыльцы в Киеве // Врачебное дело. – 1967. – №4. – С. 106-108.
4. Медико-географическое изучение поллинозов Ворошиловградской области (Алешина Р.М. и др.) // Методологические основы медицинской географии: Тезисы докладов VI Всесоюзной конференции. – Ленинград, 1983. – С. 99-100.
5. Родненкова В.В. Аэропалінологічний моніторинг у місті Вінниці: актуальність, мета, результати // Астма та алергія. – 2002. – №2. – С. 61-63.
6. Kalinovykh N., Pavlyshyn S. Airborne pollen in Lviv // Second European Symposium on Aerobiology. – Vienna, 2000.
7. Savitsky V.B. et al. Airborne pollen in Kiev (Ukraine): gravimetric sampling // Aerobiologia. – 1996. – №12. – P.209-211.

Поступила в редакцию 14.11.11.

© С.М. Пухлик, Насер Шамхи Али Эль-Хабиб, И.В. Дедикова, 2011