



## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

<sup>2</sup>Дустбабаева Н. Д.,  
<sup>2</sup>Айдарова Н. П.,  
<sup>1</sup>Мирпайзиева М. А.,  
<sup>1</sup>Каюмова С. Ш.,  
<sup>3</sup>Юсупов У.Р.,  
<sup>4</sup>Бобониязова С. У.

Ташкентская медицинская академия<sup>1</sup>  
Республиканский научно-специализированный  
аллергологический центр<sup>2</sup>

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии<sup>3</sup>  
Детский многопрофильный медицинский центр Навоийской  
области<sup>4</sup>

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7952206>

### ARTICLE INFO

Received: 18<sup>th</sup> May 2023

Accepted: 19<sup>th</sup> May 2023

Online: 20<sup>th</sup> May 2023

### KEY WORDS

### ABSTRACT

На сегодняшний день одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний, которое вызвано повышенной чувствительностью к пыльце аллергенных растений является пыльцевая аллергия [1]. Пыльцевая аллергия известна еще с начала XIX века. Впервые о ней доложил Джон Босток в 1819 году на заседании Лондонского медицинского общества – он представил свою историю болезни «летнего катара» или «сенной лихорадки». В 1873 году коллега Дж. Бостока врач Дэвид Блэкли показал, что заболевание связано с попаданием пыльцы на конъюнктиву и слизистую оболочку носа [2]. Заболевание характеризуется острым аллергическим воспалением слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кожи. Пыльцевая аллергия отличается четкой, из года в год повторяющейся сезонностью, по времени совпадает с пылением определенных аллергенных растений [3]. Пыльцевая аллергия не относится к числу тяжелых заболеваний, однако она является причиной существенного снижения качества жизни больных, нарушения сна, ограничений в обучении и профессиональной деятельности, требует от общества значительных финансовых затрат [4].

По данным мировой литературы в разных странах мира пыльцевая аллергия встречается у 1,6 - 40,9 % населения [5], наиболее часто страдают лица в возрасте 10–40 лет. Среди детей младше 3 лет пыльцевая аллергия встречается редко. Среди городского населения заболеваемость в 4–6 раз выше, чем у сельских жителей [1]. На распространенность пыльцевой аллергии оказывают большое влияние климатогеографические, экологические, этнографические и диагностические факторы. Пыльцевая аллергия чаще встречается в регионах с пышным растительным покровом,



сухим и жарким климатом. Для каждой климатогеографической зоны характерны свои пыльцевые аллергены [6].

Проблема изучения частоты встречаемости пыльцевой аллергии, и факторов, способствующих её распространению, актуальна и в Республике Узбекистана. Данные официальной статистики о частоте встречаемости пыльцевой аллергии на территории Республики Узбекистана основаны исключительно на обращаемости в аллергологические кабинеты и не отражают реальную картину заболеваемости. Кроме того, принципиально важным является изучение климатогеографических особенностей региона, которые в значительной мере определяют видовое разнообразие аллергенных растений на её территории, а также сроки наступления, длительность и интенсивность пыления [7].

Пыльцевая аллергия - аллергическое заболевание, обусловленное аллергической реакцией немедленного типа. Пыльцевые аллергены, попадая на слизистые оболочки носа, глаз, нижних дыхательных путей, благодаря факторам проницаемости проходят сквозь эпителий и вызывают IgE-опосредованный ответ. Ещё одним из наиболее важных факторов для развития пыльцевой аллергии является генетическая предрасположенность к аллергическим заболеваниям. У этих больных отмечается ряд дефектов: дефицит секреторного иммуноглобулина А (IgA), нарушение защитной функции гранулоцитов и макрофагов, цилиарная дискинезия, снижение продукции вещества, тормозящего активность фактора проницаемости пыльцы, нарушение трахеобронхиального клиренса [8].

Для Узбекистана характерны три основных периода поллинииции аллергенных растений:

- весенний период - пыление деревьев (наибольшей сенсibiliзирующей активностью обладает пыльца орешника, дуба, ясеня, ольхи, березы);
- ранний летний период (первая половина лета) - пыление злаковых трав (ежа, тимофеевка, овсяница, райграс, мятлик, лисохвост, пырей, рожь, кукуруза, и др.);
- поздний летний период (конец лета и ранняя осень) - пыление сорных трав (полынь, лебеда и т.д.).

Согласно результатам, полученным Назаровым А.А. и соавт. (1987), в Узбекистане аллергенными растениями являются пыльца лебеды, полыни и злаковых растений. Кроме того, такие растения, как хлопчатник, чинара, грецкий орех, тополь, пыльца которых также обладает аллергенными свойствами.

Специалистами установлено, что пыльцевую аллергию вызывает не любая пыльца, а только обладающая определенными свойствами, при определенных условиях. Таковыми являются: 1) аллергенные свойства пыльцы; 2) принадлежность пыльцы к роду растений, широко распространенных в стране, она должна обладать летучестью и продуцироваться в значительных количествах, чтобы создавать определенную, довольно высокую, концентрацию в воздухе; 3) размер зерен пыльцы, от которого зависит способность ее проникать в дыхательные пути, пыльца диаметром около 25 мкм проникает глубоко в дыхательные пути и вызывает их сенсibiliзацию, пыльца, диаметр которой более 30 мкм, задерживается в верхних дыхательных путях [9].



Аллергенный состав пыльцы весьма сложен, и пыльца одного и того же растения может содержать разные антигены. Установлено, что пыльца березы содержит до 8 антигенов, тимофеевки – до 11, полыни – до 15 аллергенных фракций. Развитие молекулярной биологии и появление новых методов идентификации белковых молекул в последние десятилетия позволили получить информацию о структурных и функциональных свойствах растительных аллергенов [10].

Необходимо помнить, что существует антигенная общность между пыльцой растений, его стеблями, плодами и листьями, а также между родственными растениями. Поэтому симптомы пыльцевой аллергии могут развиваться в любое время года при употреблении в пищу растительных продуктов, имеющих общие антигены с пыльцой растений, вызывающих сезонное заболевание. Например, у больных с аллергией к пыльце деревьев могут возникнуть аллергические реакции при употреблении в пищу орехов, меда, яблок, черешни, моркови, сельдерея, лука, огурцов, киви, а также при использовании фитопрепаратов (березовые почки, ольховые шишки и т.д.). У пациентов с аллергией к пыльце злаков может проявиться пищевая непереносимость овса, пшеницы, ячменя. При аллергии к полыни могут возникать аллергические реакции на цитрусовые, подсолнечное масло, цикорий, мед; при аллергии к лебеде - на свеклу и шпинат; при аллергии к амброзии - на дыню и продукты из подсолнечника. Пациенты с аллергией к сорным растениям, как правило, плохо переносят лекарственные фитопрепараты (из полыни, ромашки, календулы, мать-и-мачехи, девясила, череды). Эти перекрестные реакции необходимо учитывать для профилактики обострений поллиноза и аллергических реакций вне сезона цветения [11].

Самое частое проявление пыльцевой аллергии — это аллергический ринит (АР), он встречается в 95—98% случаев. Аллергическое воспаление в слизистой оболочке носа приводит к появлению приступообразного чихания, обильных водянистых выделений из носа, зуда, щекотания в носу, в носоглотке, иногда в ушах, заложенности носа. Ежегодно симптомы ринита появляются в одни и те же месяцы и даже числа, за исключением очень жаркой или холодной, дождливой погоды, когда палинация растений начинается раньше обычного или запаздывает [12]. Часто к симптомам ринита присоединяются симптомы аллергического конъюнктивита — зуд век, слезотечение, покраснение глаз, иногда отек век, ощущение инородного тела в глазах. Установлена связь между аллергическим ринитом и бронхиальной астмой (БА). Пациенты, страдающие пыльцевым аллергическим ринитом, значительно чаще заболевают бронхиальной астмой, чем здоровые лица. Ринит предшествует развитию астмы у 32—49% пациентов. В редких случаях (4%) бронхиальная астма бывает единственным симптомом пыльцевой аллергии. Как правило, у таких больных пыльцевая бронхиальная астма протекает особенно тяжело [13,14].

У 17—20% пациентов наряду с типичными проявлениями пыльцевой аллергии развивается так называемая пыльцевая интоксикация — нарушение сна, раздражительность, иногда повышение температуры до субфебрильных значений, слабость, потливость, снижение аппетита, работоспособности.



Встречаются кожные проявления пыльцевой аллергии: крапивница, ангиоотек, атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, который возникает при обильном попадании пыльцы на открытые участки кожи. Для этих проявлений также характерна четкая сезонность, связь с пребыванием в определенной местности. Дерматологические симптомы могут развиваться и вне пыльцевого сезона при использовании кремов, мазей, лосьонов, содержащих растительные компоненты [15].

Возможно развитие редких, нетипичных проявлений пыльцевой аллергии. К редким проявлениям поллиноза относятся поражение уrogenитального тракта (вульвовагиниты, уретрит, цистит, нефрит) и желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, боли в эпигастрии, расстройства стула).

У больных, сенсibilизированных к пыльцевым аллергенам, нередко развивается перекрестная пищевая аллергия к продуктам растительного происхождения (фруктам, овощам, орехам, пищевым злакам, бобовым, бахчевым культурам и др.). Перекрестная пищевая аллергия может проявляться синдромом пероральной аллергии (зуд в ротовой полости, жжение, покалывание, отечность языка, губ, нёба), симптомами со стороны верхних и нижних дыхательных путей (ринорея, зуд крыльев носа, приступы чихания, заложенность носа, кашель, бронхоспазм), острой крапивницей, ангиоотеком, гастроинтестинальными симптомами (боли в животе, тошнота, рвота, диарея). Иногда возникает контактная крапивница (при приготовлении салатов, чистке овощей), она может сочетаться с респираторными проявлениями. Самое грозное проявление перекрестной пищевой аллергии — анафилактические реакции. Симптомы перекрестной пищевой аллергии могут возникать при приеме в пищу продуктов, имеющих перекрестную реактивность с пыльцой в любое время года [16].

Для диагностики пыльцевой аллергии большое значение имеет хорошо собранный анамнез. Следует обращать внимание на сезонность обострений, зависимость от погоды, пребывания на улице, за городом, сочетание у больного аллергического ринита, конъюнктивита, бронхиальной астмы, непереносимость продуктов растительного происхождения, фитопрепаратов, наследственность по атопии (у 50–60%) [17]. Специфическая диагностика включает кожные, провокационные тесты, результаты лабораторных исследований. Кожные тесты проводят вне сезона пыления растений. Используют тесты уколом (prick-тесты), скарификационные, внутрикожные. При расхождении данных анамнеза и результатов кожного тестирования возможно применение провокационных тестов: назальные (используются часто), конъюнктивальные (используются значительно реже), ингаляционные (используются крайне редко). При невозможности исследования на самом больном (тяжелое состояние, сопутствующие заболевания, невозможность отмены препаратов перед обследованием) проводят определение специфических IgE-антител лабораторными методами [18].

Основные принципы лечения аллергических заболеваний используются и в лечении пыльцевой аллергии: элиминация аллергенов, предсезонная аллергенспецифическая иммунотерапия и фармакотерапия в период обострения [19]. Важную роль играют образовательные программы для пациентов. Наиболее эффективным методом специфического лечения является элиминация аллергенов.



При аллергии к пыльце растений пациентам рекомендуется: 1.ограничить время пребывания вне помещений; 2. ограничить или исключить выезды на природу, дачу, ограничить прогулки; 3. герметизировать окна, при открытии форточек использовать специальные защитные сетки из влажной марли; 4. при поездке в автомобиле держать окна закрытыми; 5.ежедневно проводить в квартире влажную уборку, кондиционировать воздух в помещении; 6. исключить употребление в пищу пищевых продуктов с перекрестной реактивностью; 7.не использовать для лечения фитопрепараты, не применять растительные косметические средства (мыло, шампуни, кремы, бальзамы и т.п.); 8. менять одежду после прогулок, после пребывания на улице следует принимать душ; 9.на улице следует носить защитные очки. В настоящее время для лечения больных с тяжелыми проявлениями пыльцевой аллергии сконструированы без аллергенные палаты, снабженные системой тонкой очистки воздуха от пыльцы и специальной системой рационального распределения воздуха в палате [20].

Много лет с успехом применяется аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) или специфическая алерговакцинация. АСИТ имеет принципиальные преимущества перед другими методами терапии пыльцевой аллергии, так как действует не на симптомы болезни, а изменяет характер реагирования организма на аллерген, вмешивается в патогенез заболевания. Введение очищенных и стандартизированных экстрактов, строгое определение показаний, противопоказаний и правил утвердили АСИТ как наиболее эффективный и надежный профилактический метод лечения пыльцевой аллергии. Для достижения максимального эффекта ее следует использовать на ранних стадиях развития заболевания [21].

Фармакотерапия поллиноза состоит в использовании фармакологических средств, направленных на устранение основных симптомов ринита, конъюнктивита, бронхиальной астмы. В большинстве случаев именно медикаментозное лечение позволяет контролировать симптомы пыльцевой аллергии. Разные группы препаратов оказывают различные клинические эффекты. В арсенале современной медицины имеется целый ряд медикаментозных препаратов, направленных на купирование и предотвращение симптомов поллиноза. К ним относят антигистаминные лекарственные средства, кромоны, интраназальные деконгестанты, антилейкотриеновые препараты, интраназальные и ингаляционные глюкокортикостероиды и др. Решение о выборе того или иного средства для лечения поллиноза принимает врач-аллерголог с учетом диагноза аллергического заболевания и степени его тяжести.

Пыльцевая аллергия — важная проблема современной аллергологии. Несмотря на то что симптомы заболевания возникают в определенное время года, лечение необходимо проводить заранее. Своевременное обследование у аллерголога, выявление виновных аллергенов, идентификация клинических проявлений болезни, лечение, начатое на ранних этапах болезни, позволяют остановить его прогрессирование и избежать осложнений.



## References:

1. Вишнева Е.А. Современные принципы терапии аллергического ринита у детей. Педиатрическая фармакология. 2014;11(1):6–14.
2. Пухлик Б. М. Поллиноз. – 2017.
3. Горячкина Л. А., Терехова Е. П. Поллиноз: современный взгляд на актуальную проблему //Фарматека. – 2013. – Т. 1. – С. 49-56.
4. *ARIA2001–2010. Аллергический ринит и его влияние на бронхиальную астму. Руководство с дополнениями.*
5. Горячкина Л.А., Дробик О.С., Насунова А. Ю. Поллинозы: современный взгляд на проблему// Вестник семейной медицины 2012. № 1. С. 10–6.
6. Аллергический ринит и его влияние на астму (ARIA, 2008). Возможности использования в России новой версии документа // Росс. аллергол. журнал 2008. № 5. С. 3–6.
7. Джумаева З. У. и др. Пыльцевая аллергия в городе Самарканде //Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом института фармации, химии и биологии НИУ «БелГУ» (протокол № 11 от 20.05. 2022) Рецензенты: ВН Скворцов, доктор ветеринарных наук, руководитель Белгородского филиала. – 2022. – С. 47.
8. Княжеская Надежда Павловна, Потапова Марина Олеговна, Яковенко Ирина Владимировна Поллиноз // Практическая пульмонология. 2005. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pollinoz> (дата обращения: 11.05.2023).
9. Хайтов К. Н., Абидов Х. А. АСПЕКТЫ ПОЛЛИНОЗА //УЧЕНЫЙ XXI ВЕКА. – С. 4.
10. Передёва Е. В. Пыльцевая аллергия //Consilium medicum. – 2009. – Т. 11. – №. 3.
11. Княжеская Надежда Павловна, Потапова Марина Олеговна, Яковенко Ирина Владимировна Поллиноз // Практическая пульмонология. 2005. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pollinoz> (дата обращения: 11.05.2023).
12. Lake IR, Jones NR, Agnew M, Goodess CM, Giorgi F, Namaoui-Laguel L, et al. Climate change and future pollen allergy in Europe. Environ Health Perspect. 2017; 125(3): 385-391.
13. Передкова Е. В. Пыльцевая аллергия //Астма и аллергия. – 2013. – №. 1. – С. 3-5.
14. Белевский А. С. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (2011) //Под ред. АС Белевского/М.: Российское респираторное общество. – 2012.
15. Schiavoni G, D'Amato G, Afferni C. The dangerous liaison between pollens and pollution in respiratory allergy. Ann Allergy Asthma Immunol. 2017; 118 (3): 269-275.
16. Treudler R. Simon JC. Pollen-related food allergy: an update. Allergol J Intern. 2017; 26: 273-282.
17. Семенова И. В., Выхристенко Л. Р. Проблема пыльцевой аллергии в Беларуси //Медицинские новости. – 2012. – №. 5. – С. 4-10.
18. Романова И. В., Гончаров А. Е., Дударева Н. И. Применение маркеров активации и дегрануляции базофилов для диагностики пыльцевой аллергии //Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2019. – Т. 15. – №. 4. – С. 405-413.



19. Кунельская Н. Л. и др. Аллергический ринит как одна из граней поллиноза (диагностика и лечение) // Медицинский совет. – 2015. – №. 3. – С. 28-34.
20. Мачарадзе Д. Ш. Амброзийная аллергия. Особенности диагностики и лечения // Медицинский оппонент. – 2019. – №. 2. – С. 48-55.
21. Передкова Е. В. Новые возможности сублингвальной аллергенспецифической иммунотерапии в лечении пыльцевой аллергии // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №. 21. – С. 8-17.
22. Терехова Е. П. Современные методы лечения сезонной аллергии: роль антигистаминных препаратов // Эффективная фармакотерапия. – 2017. – №. 7. – С. 14-25.