

## Аллергия на пыльцу растений

Аллергическую реакцию на пыльцу ветроопыляемых растений называют поллинозом. Это распространенное заболевание встречается как у детей, так и у взрослых. Как следует из его названия, провоцирующим фактором является пыльца растений, которая выделяется в воздушную среду при цветении.

В средней полосе России выделяются следующие группы растений и их представителей, вызывающих поллиноз:

- *лиственные деревья* - ольха, лещина, береза, ива, верба, клен, ясень, тополь, осина, дуб, липа, вяз;
- *хвойные деревья* - сосна, ель;
- *злаки* - тимофеевка, пырей, ежа, овсяница, пшеница, мятлик, лисохвост, райграс;
- *сорные травы* - лебеда, крапива, одуванчик, подорожник, амброзия, марь белая, волчье лыко, полынь.

### Календарь пыления

Пыльца перечисленных выше групп растений в разных количествах присутствует в воздухе в следующие периоды:

- с марта по июль - лиственные деревья;
- с апреля по август - хвойные;
- с мая по сентябрь - злаковые травы;
- с мая по сентябрь - сорные травы.

Некоторые авторы условно выделяют три периода пыления, исходя из данных о максимальном содержании пыльцы в воздухе:

- весенний - пыльца деревьев;
- летний - злаки;
- летне-осенний - сорные травы.

Показатели текущего года зависят от складывающихся климатических условий.

На специальных интернет-сайтах можно следить за данными мониторинга, узнавать о содержании пыльцевых зерен в воздухе для разных местностей и в интересующий период (календарь пыления). Родителям желательно учитывать данные мониторинга в конкретной местности, поскольку на основании проб воздуха определяются не только общее количество пыльцевых зерен, но и видовой состав.

Известно, что в зависимости от вида растения размер пыльцевых зерен варьируется в среднем от 10 до 50 мкм, поэтому они легко переносятся ветром на значительные расстояния - до нескольких сот километров. Заметим, что в отдельных случаях спровоцировать активную аллергическую реакцию может и низкое количество пыльцевых зерен в окружающей среде. Более того, современные исследования показали, что пыльцевые зерна в жилых Помещениях сохраняются продолжительное время, причем даже разрушенные зерна не теряют своих аллергенных свойств.

## **Сенсибилизация к пыльце**

Пыльцевые зерна имеют поры - апертуры. Как полагают, именно через них во влажной среде (слизистых оболочках носоглотки, глаз, бронхо-легочных путей и т. д.) выделяются аллергенные соединения пыльцы. В свою очередь эти соединения вызывают ответ иммунной системы ребенка. У детей, предрасположенных к аллергии, вначале отмечается постепенная сенсибилизация организма (**скрытый период**, в ходе которого развивается повышенная чувствительность организма к впервые попавшему в него аллергену), затем при последующих контактах развивается активная аллергическая реакция, причем, чаще всего немедленного типа. Стоит заметить, что **активная аллергическая реакция может проявиться не сразу, а в следующий период цветения растений.**

## **Клиническая картина**

Пыльцевые аллергены относятся к группе ингаляционных аллергенов, поэтому **наиболее часто поллинозы проявляются в виде аллергического ринита, аллергического конъюнктивита, бронхиальной астмы, реже - атопического дерматита.**

Считается, что активная стадия заболевания составляет от одного до двух месяцев, т. е. носит сезонный характер. Но это общий случай. Состояние каждого ребенка зависит от реактивности иммунной системы и от наличия в окружающей среде или употребляемых продуктах питания близкородственных перекрестно-реагирующих аллергенных соединений.

Поллютанты (агрессивные запахи, табачный дым, пыль, пониженная температура и др.) могут спровоцировать аллергическую реакцию и в межсезонье. В группу риска входят дети, страдающие другой формой гиперчувствительности, бронхиальной астмой, бронхитом, демонстрирующие дисбаланс иммунной системы (пониженную секрецию иммуноглобулинов класса А), а также дети с удаленными миндалинами.

### **Типичные клинические признаки поллинозов:**

- зуд и покраснение глаз, слезотечение, отечность, иногда светобоязнь;
- зуд или заложенность носа, чихание, обильные выделения из носа;
- зуд неба и языка;
- кашель, свистящие хрипы, одышка, удушье, затрудненное дыхание;
- кожные высыпания, зуд, отеки.

Стоит отметить и такие проявления, как головная боль, понижение слуха, раздражительность, утомляемость.

Обычно выделения из носа прозрачные и слизистые, однако в случае присоединения микробной инфекции цвет и консистенция выделений меняются.

Как следует из приведенного выше перечня, многие симптомы напоминают острые респираторные заболевания, однако при поллинозах обычно не повышается температура (иногда, впрочем, может отмечаться резкий скачок до 39 °С).

**Различают несколько форм заболевания** в зависимости от степени проявления клинических симптомов:

- легкая эпизодическая;
- легкая постоянная;
- среднетяжелая;
- тяжелая.

## **Диагностика**

**Дифференциальная диагностика поллинозов, необходимая для оказания эффективной помощи ребенку,** включает в себя следующие основные этапы:

*1.Исключение острого респираторного заболевания.*

*2.Сбор анамнеза.* Позволяет определить сезон и длительность активной фазы заболевания, узнать о возможной генетической предрасположенности к гиперчувствительности (наличии аллергических заболеваний у родителей), описать основные клинические проявления.

*3.Лабораторные методы исследования* - клинический анализ крови, цитологическое исследование назального секрета, определение содержания общего иммуноглобулина класса E, скарификационные кожные пробы для выявления причинно-значимого аллергена или группы аллергенов (данный наиболее информативный метод можно использовать только в период до или после активной фазы заболевания, причем ограничением служит возраст ребенка (не менее трех лет), а также его способность 20 минут сидеть неподвижно). В любое время можно определить в сыворотке крови специфические иммуноглобулины класса E, направленные против причинно-значимого аллергена, но данный способ дорогостоящий.

Причинно-значимый аллерген с течением времени может меняться, может расширяться и спектр аллергенов, провоцирующих гиперчувствительность. Поэтому важно не только внимательно наблюдать за ребенком, но и **периодически повторно устанавливать значимый аллерген.**

## **Лечение**

**Лечение поллинозов** ведется по трем направлениям:

- медикаментозное;
- иммуноспецифическое;
- элиминационное.

**Медикаментозная** помощь предполагает применение антигистаминных и сосудосуживающих препаратов, в отдельных случаях - глюкокортикостероидов. Подобные препараты следует принимать только по назначению врача согласно прописанной схеме, поскольку они имеют побочные эффекты и возрастные ограничения. Кроме того, в результате продолжительного приема одного препарата (более 5-7 дней) снижается его эффективность.

**Имуноспецифическая терапия в настоящее время признана наиболее эффективным методом предотвращения тяжелых проявлений поллинозов.**

Часто его называют аллергенспецифической иммунотерапией - АСИТ. Суть этого метода заключается во введении нарастающей дозы причинно-значимого аллергена для активации образования специфических иммуноглобулинов класса G и снижения таким образом гиперчувствительности к причинно-значимому

аллергену. АСИТ проводится строго до или после периода пыления (в стадии ремиссии) и только в специализированных кабинетах.

Длительность лечения обычно составляет 3-5 лет, что впоследствии приводит к стойкой ремиссии в течение 5-10 лет. Причем чем меньше возраст ребенка, тем лучше результат проведения АСИТ. Несмотря на эффективность метода, существует ряд ограничений, обусловленных возрастом ребенка (не менее 5 лет) и имеющимися системными заболеваниями.

В особо тяжелых случаях используют такие методы оказания помощи, как гемосорбция\* и плазмоферез\*\*.

**Элиминационные мероприятия** направлены на уменьшение количества пыльцы в окружающей среде и предотвращение контакта аллергика с пыльцой. В приложении приведена памятка по уходу за ребенком-аллергиком в период цветения значимых растений.

### **Обострения в периоды после пыления**

Несмотря на выраженный сезонный характер заболевания, обострения поллиноза могут возникать и в другие периоды. Причина - близкородственные аллергены. Например, для аллергенов пыльцы березы близкородственными являются аллергены лещины и ольхи. Перекрестные реакции могут возникнуть при употреблении яблок, черешни, персиков, слив, орехов, моркови, сельдерея, картофеля и березового сока. Соответственно при аллергии на пыльцу ольхи опасны те же продукты, что и в случае гиперчувствительности к аллергенам пыльцы березы.

При поллинозе, обусловленном аллергенами полыни, возможны перекрестные аллергические реакции на аллергены георгины, ромашки, одуванчика и подсолнечника. Опасно употреблять цитрусовые, подсолнечное семя (масло, халву), цикорий, мед, а также фитопрепараты из полыни, ромашки, череды, календулы и мать-и-мачехи. Аллергикам с гиперчувствительностью к злаковым травам следует с осторожностью употреблять в пищу макаронные и хлебобулочные изделия, зерновые каши и щавель.

Таким образом, поллиноз - сложное заболевание, механизм возникновения которого до конца не ясен. Поллинозы вызывают весьма тяжелые последствия, поэтому родителям и работникам детских садов следует быть внимательными к различным, кажущимся иногда капризами, жалобам ребенка, чтобы вовремя распознать это заболевание.