

PRO АЛЛЕРГО ДИАГНОСТИКА

№9 Сентябрь 2020

В ЭТОМ НОМЕРЕ:



Почему и когда
развивается
поллиноз ... Стр. 2



Диагностика
поллиноза ... Стр. 5



Лечение
и профилактика ... Стр. 6

ЧТО ТАКОЕ ПОЛЛИНОЗ?

В настоящее время распространенность аллергических заболеваний во всех странах мира неуклонно растет. Столь резкий рост ученые связывают с интенсивной индустриализацией, изменением характера питания, стрессами, широким распространением гормональной контрацепции, повсеместном использовании ископаемого топлива, повышением концентрации различных токсинов в атмосфере и многими другими факторами.

Пыльца растений – это важнейший ингаляционный аллерген. К тому же зёрна пыльцы могут непосредственно взаимодействовать в атмосфере с окружающими поллютантами, которые повышают её аллергенные свойства. В Российской Федерации поллиноз (лат. pollen – пыльца) составляет от 12 до 45% в структуре аллергопатологии. В нашей стране поллинозом страдает 0,1–10% человек. Данное заболевание не влияет существенно на продолжительность жизни, смертность, однако значительно ухудшает качество жизни больных, приводит к нарушению трудоспособности, значительному социально-экономическому ущербу. Часто аллергический сезонный ринит предшествует возникновению более тяжелого заболевания – бронхиальной астмы. Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы становится предметом обсуждения многих специалистов.

История поллиноза

Поллиноз (пыльцевая аллергия, сенная лихорадка) – заболевание, в основе которого лежит аллергическая реакция немедленного типа. Оно характеризуется острым аллергическим воспалением слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кожи. Реже в процесс вовлекаются пищеварительная, сердечно-сосудистая, мочеполовая и нервная системы. Развитие заболевания по времени совпадает с пылением определенных растений, поэтому характеризуется сезонностью и повторяемостью.

Считают, что впервые симптомы «простуды» и астмы после контакта с розами – «розовую лихорадку» описал Леонардо Боталло (1530–1575). Но только в начале XIX в. было сделано первое научное описание реакции на пыльцу растений. В 1819 г. Джон Босток (John Bostock) выступил в Лондонском медико-хирургическом обществе с докладом о случае периодического поражения глаз и груди, в котором описал симптомы собственной болезни. Свою болезнь он назвал «сенной лихорадкой», так как предположил, что сезонность ее появления связана с сеном. В 1831 г. Джон Элиотсон (John Elliotson) предположил, что причиной сезонного катара является пыльца трав. В 1873 г. Чарльз Блекли (Charles Blackley), который также страдал сенной лихорадкой, дал подробное описание клинических симптомов заболевания. Если ранее причиной болезни считали пыль, инсоляцию, запах цветущих растений, то он представил убедительные доказательства, что сенная лихорадка обусловлена именно пыльцой растений. На основании результатов его экспериментов были разработаны кожные и провокационные тесты. В России первое сообщение о поллинозе было сделано Л. Силичем в 1889 г. На заседании Общества русских врачей в Санкт-Петербурге. Кроме того, он представил данные о распространенности пыльцевой аллергии и изменении интенсивности симптомов в зависимости от погоды.

Почему и когда развивается поллиноз?

Распространенность поллиноза и спектр причинно-значимых аллергенов зависят от многих факторов: географических, климатических, агрокультуры, аллергенности растений, степени загрязнения окружающей среды и т. д.

Наиболее часто первые симптомы поллиноза появляются в молодом возрасте (от 8 до 20 лет), но заболевание может возникнуть и у детей раннего возраста, и у людей старших возрастных групп. Интересно, что среди горожан заболеваемость в четыре — шесть раз выше, чем среди жителей сельской местности. Начало болезни совпадает с периодом цветения растений, к пыльце которых у больного имеется аллергия, симптомы заболевания повторяются ежегодно в одно и то же время. Так как развитие поллиноза связано с характером растительности и климатогеографическими условиями местности, во многих странах Европы, Америки, Канады, России и др. составлены флористические карты и перечень растений, цветущих в краях и областях.

Обострения поллиноза чаще наблюдаются в сухую, ветреную погоду — в периоды максимальной концентрации пыльцы в воздухе и, наоборот, облегчение симптомов поллиноза наблюдается в сырую, дождливую погоду, когда отмечается снижение концентрации пыльцевых аллергенов в воздушной среде. Таким образом, зная календарь цветения отдельных видов растений, характерных для каждой климатогеографической зоны, можно, сопоставляя начало цветения тех или иных растений с началом заболевания, установить группу предполагаемых пыльцевых аллергенов, на которые больной реагирует.

Из нескольких тысяч растений только 50 могут стать причиной поллиноза. Чтобы стать причиной аллергического заболевания, пыльцевые зерна должны иметь диаметр от 20 до 50 мкм, обладать летучестью и выраженной антигенной активностью. Растения, имеющие яркую окраску и приятный запах, а также опыляемые насекомыми, редко вызывают аллергию. Большое значение также имеет концентрация пыльцы в воздухе — от десяти до 50 зерен в 1 м³. Именно такая пыльца, попадая как в верхние дыхательные пути больших, так и в средние и мелкие бронхи, является оптимальной для развития сенсibilизации. К тому же зёрна пыльцы могут непосредственно взаимодействовать в атмосфере с окружающими поллютантами, которые повышают её аллергенные свойства.

Концентрация пыльцы в атмосфере связана с повышением температуры воздуха, атмосферного давления и увеличением скорости ветра. Засуха и дождливая погода нарушают процессы созревания, продукции пыльцы, способствуя резкому снижению ее концентрации в воздухе (вплоть до отсутствия). Установлено, что в период перед грозой происходит повышение концентрации пыльцы, так как из-за интенсивного движения воздушных масс в нижних слоях атмосферы, осевшие на земле

пыльцевые зерна, поднимаются в воздух и, разрываясь осмотическим ударом, выбрасывают аллергенные частицы, которые, проникая в нижние отделы дыхательных путей, вызывают астматический приступ.

Известно, что для каждого региона существует свой «график пыления» растений, который зависит от метеорологических условий. В южных регионах, по сравнению со средней полосой России, состав пыльцы отличается. В Ростовской области наибольшая концентрация пыльцы наблюдается в летне-осенний период, это связано с цветением сорных трав — лебеды, полыни, циклохены. В Краснодарском крае основным «виновником» заболевания является амброзия. На территории Северного Кавказа и Северной Осетии, выделяющихся очень высокими уровнями заболеваемости, главную роль в этиологии поллинозов играет пыльца амброзии полыннолистной. Широко распространен амброзийный поллиноз среди населения Грузии, особенно в западной ее части. В северных регионах России (Ленинградская область) и в средней полосе ведущую роль в развитии поллинозов играет пыльца деревьев из семейства березовых и пыльца злаковых трав (тимофеевка, овсяница, пырей и др.) и только 27% приходится на сорняки полынь, лебеду.

Так как аллергены пыльцы могут присутствовать на остатках растений, таких как фрагменты листьев, стеблей, симптомы поллиноза, при определенных климатических условиях, могут проявляться и вне сезона пыления.

В средней полосе России выделяют три основных периода пыления:

весенний — с середины апреля до конца мая, связан с пылением деревьев (березы, дуба, орешника, ольхи, клена, ясеня, платана, вяза, тополя);

летний — с начала июня до конца июля, обусловлен пылением луговых злаковых трав (тимофеевки, овсяницы луговой, ежи сборной, пырея, мятлики лугового, костера, лисохвоста, райграса), культивируемых злаков (ржи, пшеницы, кукурузы);

летне-осенний — с конца июля до конца сентября, ассоциируется с цветением сорных трав (полыни, лебеды, амброзии, подсолнечника).

Основные черты заболевания

Поллиноз относят к генетически детерминированным атопическим заболеваниям, в основе которых лежит IgE-зависимая гиперчувствительность (I тип аллергических реакций по P. Gell, R. Coombs, 1975), характеризующаяся развитием интенсивного воспалительного процесса в результате действий иммунных механизмов в организме в ответ на проникновение антигенов. Однако наследуется не само заболевание, а предрасположенность к атопии. По данным разных исследователей, наследственная предрасположенность выявляется у 60% пациентов. Дебют патологии часто приходится на дошкольный и школьный возраст.

На первом этапе этого контакта с аллергеном происходит сенсибилизация организма. Для этого периода характерно образование специфических IgE-антител. При повторном контакте с аллергеном в сенсибилизированном организме происходит его взаимодействие с IgE-антителами, связанными с рецепторами на поверхности тучных клеток. В результате подобной реакции происходит выделение биологически активных веществ, т.е. медиаторов аллергии, которые и обуславливают возникновение аллергического воспаления. В течение первых минут развивается ранняя фаза аллергической реакции, проявляющаяся отеком слизистой носа и повышенным образованием слизи. Через 4–6 ч более чем у половины больных отмечают позднюю или отсроченную фазу аллергического воспаления. Слизистая носа приобретает выраженную гиперреактивность на различные неспецифические триггеры или ирританты.

Для поллиноза характерно острое и рецидивирующее течение. Как отмечалось ранее, тяжесть сезонного обострения зависит от концентрации пыльцы в воздухе, длительности пыльцевого сезона и индивидуальной чувствительности пациентов.

К наиболее частым проявлениям поллиноза относят аллергический ринит — 95–98% случаев, аллергический конъюнктивит — 91–95%, бронхиальную астму — 30–40% больных. Типичным проявлением поллиноза является риноконъюнктивальный синдром: зуд и покраснение глаз, ощущение инородного тела в глазах, светобоязнь, слезотечение, в тяжелых случаях блефароспазм. Одновременно имеют место зуд в носу, носоглотке, ушных проходах, профузный насморк, приступы чихания, затруднение носового дыхания (чаще всего двустороннее, разной степени), гиперемия и мацерация кожи преддверия и крыльев носа, обонятельные расстройства, такие как anosmia или гипоosmia. В аллергическое воспаление могут вовлекаться пазухи носа, носоглотка, слуховые трубы, гортань, обуславливая развитие синусита, евстахиита, фарингита, ларингита. Периодические могут быть нарушения слуха, которые вызваны закупоркой евстахиевых труб вследствие аллергических отеков. С аллергией могут быть связаны аудиовестибулярные симптомы — временная потеря слуха, головокружения.

При прогрессирующем течении в среднем через три — пять лет от дебюта поллиноза может развиваться бронхиальная астма (БА), для которой также характерна сезонность проявлений. В большинстве случаев БА сочетается с аллергическим риноконъюнктивитом, однако у 4% пациентов встречается

Среди особенностей поллиноза выделяют:

- связь с периодом цветения растений;
- связь с пребыванием в определенной местности;
- сочетание с аллергией на препараты растительного происхождения;
- сочетание с перекрестной пищевой аллергией;
- зависимость течения от погоды (обострение симптомов в сухую, солнечную, ветреную погоду и облегчение в сырую, дождливую погоду, что обусловлено снижением концентрации пыльцы в воздухе);
- в период обострения развитие синдрома синергичной аллергии (клинические проявления возникают на аллергены, на которые пациенты реагируют вне сезона пыления);
- в период палинации обострение хронических заболеваний (ишемической болезни сердца, язвенной болезни и др.);
- приступообразность (наиболее выраженные проявления в утренние и дневные часы, когда в воздухе находится максимальное количество пыльцы).

как изолированный симптом поллиноза. Изолированная БА отличается тяжелым течением и формированием астматических статусов.

Около 20% пациентов, страдающих поллинозом, в сезон пыления причинно-значимых растений жалуются на головную боль, резкую слабость, повышенную утомляемость, потливость, озноб, гипертермию, нарушение сна (бессонницу или сонливость), раздражительность, плаксивость. Различные сочетания указанных симптомов составляют астенический синдром, обусловленный так называемой пыльцевой интоксикацией.

У некоторых пациентов отмечаются кожные проявления аллергии: контактная крапивница, атопический дерматит и контактный дерматит. Контактная крапивница характеризуется четкой сезонностью, в редких случаях может быть единственным клиническим проявлением поллиноза.

Синдромом оральной аллергии

У некоторых больных при попадании в организм перекрестно-реагирующих антигенов, которые содержатся в некоторых фруктах и овощах, развивается оральная аллергический синдром. Синдромом оральной аллергии (СОА) страдают от 40 до 70% больных поллинозом.

Под этим термином понимают клинические проявления IgE-опосредованных аллергических реакций на слизистой оболочке рта. Ведущими симптомами СОА являются зуд и покалывающая боль слизистой рта, дисфония, внезапно начинающийся отек губ, языка, мягкого неба и глотки, иногда сопровождаемые зудом в ушах и ощущением «комка в горле». Симптомы возникают в момент употребления пищи и обычно постепенно самостоятельно уходят в течение нескольких минут. Классическим примером СОА является возникновение вышеупомянутых симптомов у пациентов с аллергией на пыльцу березы, при употреблении ими в пищу фруктов семейства Розовых из порядка Розоцветных (Rosaceae): яблок, груш, вишни, персика, и т. д.

Наличие СОА значительно ухудшает качество жизни больных поллинозом. Реакции на растительную пищу, в отличие от ре-

акций на пыльцу, возникают круглогодично. Дети младшего возраста, страдающие поллинозом и СОА, зачастую не могут адекватно рассказать о возникающих симптомах пищевой аллергии. Родители, будучи не всегда осведомлены о возможных перекрестных реакциях, воспринимают нежелание употребления свежих овощей и фруктов, как каприз своего ребенка. Поэтому у части больных еще до появления первых симптомов поллиноза наблюдают отказ от приема в пищу косточковых фруктов, меда и орехов.

Рацион питания пациентов, особенно при наличии сочетанной сенсибилизации к нескольким видам пыльцы и многим овощам, фруктам, орехам и специям существенно обедняется в связи с отказом от употребления в пищу аллергенных продуктов. Организм больного, страдающего СОА, не получает жизненно важных ингредиентов на протяжении практически всей жизни.

Продукты, содержащие перекрестно-реагирующие аллергены.

Вид растений	Пыльца, листья, стебли растений	Растительные пищевые продукты	Лекарственные средства растительного происхождения
Деревья	Береза, ольха, лещина, яблоня и др.	Березовый сок, яблоки, груши, киви, черешня, сливы, персики, абрикосы, вишня, маслины, оливки, фундук, грецкие орехи, миндаль, морковь, зелень и специи (сельдерей, укроп, карри, анис, тмин, лук), картофель, помидоры, огурцы	Березовый лист, березовые почки, ольховые шишки, кора крушины и др.
Злаковые травы	Тимофеевка, овсяница, ежа, овес, пшеница, ячмень, рожь, кукуруза и др.	Пиво, квас, кукуруза, арахис, бобовые, крупяные каши, макаронные изделия, хлеб и хлебобулочные изделия, другие продукты из злаков или продукты, в состав которых входит их мука, клубника, земляника, цитрусовые, щавель	Все злаковые травы
Сорные травы	Лебеда, амброзия, георгин, маргаритки, одуванчик, хризантема, василек, подсолнечник и др.	Подсолнечное масло и халва, майонез, горчица, цикорий, напитки, приготовленные с использованием полыни (вермуты, бальзамы), бахчевые культуры, зелень и специи (сельдерей, укроп, тмин, петрушка, карри, перец, анис, мускатный орех, корица, имбирь и кориандр), морковь, чеснок, цитрусовые, бананы, свекла, шпинат, киви, манго, морковь, помидоры, горох, лесной орех, арахис	Полынь, ромашка, календула, мать-и-мачеха, девясил, череда, тысячелистник, пижма, подорожник и др.

К этим компонентам относятся прежде всего витамины групп С и Е, поступающие в организм с косточковыми фруктами и орехами.

В разных областях поллиноз обусловлен сенсibilизацией к пыльце растений различной таксономической принадлежности. Также различаются пищевые привычки населения и способы приготовления растительной пищи. Так, например, в Северной Европе наиболее значимой причиной поллиноза является пыльца березы и 70% (а по некоторым данным 80%) пациентов с поллинозом страдают от клинических проявлений СОА. При этом наиболее значимыми продуктами являются орехи (фундук и грецкий орех), а также фрукты семейства Rosaceae и киви. В южноевропейских странах при преобладании поллиноза, вызванного сенсibilизацией к пыльце сорных и злаковых трав, также самой частой причиной СОА являются фрукты семейства Rosaceae.

Аллергия к дыне и бананам наиболее часто встречается в Северной Америке и ассоциирована с поллинозом к пыльце

амброзии. Интересен тот факт, что на территориях, свободных от пыльцы березы и амброзии, только один из пяти пациентов с поллинозом имеет проявления СОА. Так, в Японии, где пыльцевая аллергия в основном обусловлена пыльцой японского кедр, СОА встречается лишь у 7–17% больных, при этом пищевую аллергию у них чаще всего вызывают дыня и киви.

В России существуют географические различия в распространенности поллиноза и СОА. Если для средней полосы характерно преобладание сенсibilизации к пыльце березы, то в южных районах на первое место по сенсibilизирующей значимости выходит пыльца злаков и сорных трав.

Также в последние два десятилетия изменился характер питания населения России: диета обогатилась экзотическими фруктами и овощами, рацион употребляемой растительной пищи перестал претерпевать выраженные сезонные изменения. Многие плоды длительно транспортируются и хранятся, а значит, содержат больше потенциальных аллергенов.

Диагностика поллиноза

Основные методы диагностики поллиноза:

- жалобы и анамнез;
- объективное обследование;
- инструментальное обследование (риноскопия)
- кожное тестирование;
- лабораторные исследования;
- провокационные тесты.

При сборе анамнеза нужно задать следующие обязательные вопросы:

- были ли раньше аллергические реакции;
- что их вызывало;
- зависимость от погодных условий, пребывания на улице, за городом
- аллергические заболевания у родственников;
- имеет заболевание круглогодичный или сезонный характер;
- непереносимость пищевых продуктов и препаратов растительного происхождения
- реакции на введение различных медикаментов, сывороток и вакцин;
- жилищно-бытовые условия (наличие домашних животных, ковров, пуховых подушек и одеял, старой мебели, признаков поражения жилого помещения плесневыми грибами);
- профессиональные вредности;
- предшествующее лечение и его эффективность.

Кожные пробы

Кожные пробы проводят только врачи-аллергологи в условиях аллергологического кабинета или стационара при отсутствии противопоказаний для данного тестирования.

Скарификационные пробы или прик-тесты проводят с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами в период ремиссии основного заболевания. Тестирование проводят на коже предплечья или спины. Результат оценивают по специальным шкалам через 15–20 мин. К недостаткам кожного тестирования относят риск развития побочных реакций организма на дополнительную антигенную нагрузку, возможность возникновения ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Кожные пробы могут быть субъективными для лечащего врача и трудны для интерпретации.

Лабораторная диагностика

1. Клинический анализ крови.
2. Цитологическое исследование секрета из полости носа
3. Определение общего и специфических Ig E.

Известно, что проведение кожного тестирования имеет ряд противопоказаний и не может быть проведено, когда пациент принимает противоаллергические препараты. Поэтому большое значение для поиска «виновного аллергена» приобретает диагностика *in vitro*.

Основными преимуществами методов специфической аллергодиагностики *in vitro* являются безопасность для больного и высокая информативность. Определение специфических IgE *in vitro* является одним из самых распространенных методов диагностики аллергии немедленного типа. Основными методами исследований являются иммуноферментный (ИФА), иммунохемилюминисцентный (ИХЛА), иммунофлюоресцентный (ИФЛА) анализы. В настоящее время большинство лабораторий используют одну из трех технологий. Однако наибольшее распространение получил иммуноферментный метод из-за его высокой специфичности и экономической доступности.

Последние годы все более часто применяют молекулярную аллергодиагностику. Для ее проведения используют тест-систему «АллергоИФА-специфические IgE» и аллергокомпоненты» Алкор Био. Данный тест позволяет дифференцировать истинную аллергию от перекрестной реактивности. Молекулярная аллергодиагностика признана диагностическим подходом третьей линии после сбора анамнеза (первая линия), выполнения кожных тестов с аллергенами и определения аллергенспецифических IgE (вторая линия). Она применяется, если методы первой и второй линии не позволяют установить точный диагноз.

Компания Алкор Био разработала широкий спектр диагностических аллергенов и аллергокомпонентов для молекулярной диагностики. Биотинилированная форма аллергенов обеспечивает высокую чувствительность и специфичность

иммуноферментного анализа. Тест-системы «АллергоИФА специфические-IgE» производства Алкор Био являются оптимальным инструментом для подтверждения сенсibilизации у разных категорий больных.

Провокационный назальный тест

Проводят в случае противоречивости данных анамнеза и других методов диагностики, а также при необходимости выбрать ведущий аллерген для проведения АСИТ. В один носовой ход закапывают 1 каплю тест-контрольной жидкости. В другой носовой ход последовательно закапывают по 1 капле аллергена (в разведении 1:100, 1:10, затем цельный аллерген). Тест считается положительным при появлении симптомов ринита.

Лечение и профилактика

Цель лечения — полный контроль над симптомами поллиноза. Его основными принципами являются:

- предотвращение или сокращение контакта с аллергенами;
- обучение пациента;
- проведение аллергенспецифической иммунотерапии;
- применение фармакотерапии.

Как избежать контакта с пылью растений?

Пыльца находится в воздухе и воздействует на Вас всякий раз, когда Вы вне дома, — например на даче, в лесу, в поле, едете на автомобиле и т. д. Симптомы аллергии могут причинять Вам беспокойство и в закрытом помещении, так как пыльца проникает через открытые окна или двери. Если Вы будете придерживаться следующих рекомендаций, то сможете ограничить контакт с пыльцевыми аллергенами:

- Рекомендована климатотерапия — выезд в климатическую зону с другим календарем пыления (Южный берег Крыма, Среднегорье или др.). Планируя очередной отпуск, необходимо узнать сроки цветения растений в районе выбранного Вами курорта. В воздухе морских курортов и в горах концентрация пыльцы ниже.
- Не рекомендуется выезжать за город. Запрещены «сельскохозяйственные» работы.
- Не следует открывать окна; спите с закрытыми окнами.
- Наибольшая концентрация пыльцы в воздухе наблюдается рано утром и в сухие жаркие дни, поэтому в этот период времени особенно не рекомендуется выходить на улицу. После возвращения с улицы следует поменять одежду
- Принимайте душ не реже двух раз в день. Примите душ, когда пришли с улицы. Обязательно вымойте волосы

- Закрывайте окна в машине во время поездки, особенно за городом
- Не сушите вещи после стирки на улице (на балконе), т. к. на них оседает пыльца.
- Ежедневно проводите влажную уборку в квартире
- Рекомендовано использование очистителя воздуха. Рекомендовано использование кондиционера с фильтрами воздуха на выходе

В лечении аллергического ринита, как наиболее частого клинического проявления поллиноза, необходимо соблюдать принципы ступенчатой терапии и индивидуального подхода. Ступенчатый подход к лечению заключается в увеличении объема терапии/переходе на ступень вверх в отсутствие контроля симптомов АР и снижении объема терапии/переходе на ступень вниз в случае достижения, а также поддержания контроля над заболеванием. Выбор схемы лекарственной терапии зависит от степени тяжести заболевания и включает: антигистаминные препараты; интраназальные глюкокортикостероиды; стабилизаторы мембран тучных клеток; сосудосуживающие препараты; антихолинергические средства.

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) — является основным патогенетическим методом лечения аллергического риноконъюнктивита и атопической БА. АСИТ основана на введении постепенно возрастающего количества аллергена для уменьшения выраженности симптомов, связанных с последующим воздействием причинного аллергена. АСИТ с использованием ингаляционных аллергенов клинически эффективна в лечении АР и астмы, индуцируя клиническую и иммунологическую толерантность, что сопровождается долгосрочной эффективностью и может предотвратить развитие тяжелых форм аллергических заболеваний, значительно улучшить качество жизни больных.

Общие рекомендации больному поллинозом

Вам следует придерживаться следующих рекомендаций, чтобы профилактика нежелательных реакций, диагностика и лечение поллиноза были успешными. Любому больному аллергией следует соблюдать осторожность при приеме некоторых лекарственных средств и предупредить возможные осложнения, если Вам планируются некоторые виды диагностических процедур.

- Запрещен прием лекарственных трав, лекарственных препаратов и косметических средств, в состав которых входят пыльца, части или экстракты значимых в вашем случае растений. В большинстве случаев не рекомендуется фитотерапия (траволечение). С осторожностью следует относиться к приему гомеопатических средств, т. к. в их состав часто входят различные растения.

- Без предварительной оценки переносимости не рекомендуется применение некоторых препаратов: группы пенициллина (в т. ч. карбенициллина, ампициллина, оксациллина, др.), новокаина. Не рекомендовано внутримышечное или внутривенное введение некоторых препаратов: витаминов группы В, никотиновой кислоты, йодсодержащих препаратов.

- При необходимости экстренных операций, при проведении инвазивных методов обследования (гастроскопия, бронхоскопия и др.), при внутривенном введении рентгеноконтрастных

диагностических веществ обязательным считается проведение премедикации: Дексаметазон 4–8 мг в/м (Преднизолон 30–60 мг), Тавегил 2,0 в/м. Желательно предварительно проконсультироваться с аллергологом.

- Обязательно имейте при себе паспорт больного аллергическим заболеванием. Его Вам может выдать врач-аллерголог после консультации и обследования. Предъявляйте его при обращении за любой медицинской помощью.

- Больным поллинозом показаны курсы специфической иммунотерапии причинными аллергенами, которая проводится в условиях аллергологического стационара или амбулаторно.

- Вне сезона пыления показаны прогулки на свежем воздухе, активные занятия спортом.

- Необходимо соблюдать гипоаллергенную диету, особенно в сезон пыления причинно-значимых аллергенов.

Клинический случай

Больная М., 25 лет обратилась к аллергологу в мае с жалобами на ежедневные обильные слизистые выделения из носа в течение последнего месяца, приступообразное чихание, зуд век, слезотечение. Также больную беспокоит дискомфорт и першение в горле, нарушение сна в связи с изменением носового дыхания, общая слабость. Кроме того, в течение последних трех лет стала отмечать появление зуда в полости рта при употреблении в пищу орехов (фундука), свежих персиков, черешни, некоторых сортов яблок.

Женщина считает себя больной около 6 лет, ринит связывала с затянувшимся течением ОРВИ. Однако, в последнее время отметила, что симптомы повторяются в весенний период (с марта по май).

Самостоятельно применяла сосудосуживающие капли, различные антигистаминные препараты с временным эффектом. За медицинской помощью ранее не обращалась, не обследовалась.

Аллерген	Уровень IgE антител	
Alternaria	0,18	-
Aspergillus	0,20	-
Береза	30,72	++++
Тимофеевка	1,06	+
Полынь	0,30	-
Собака	0,30	-
Кошка	0,74	+
Домашняя пыль	0,62	+
Клещ птерониссинус	0,34	-
Клещ farina	0,34	-

В клиническом анализе крови обращает внимание повышение уровня эозинофилов, абсолютное количество которых составило 370 кл/мкл. При передней риноскопии – значительное количество водянистого секрета, резкий отек носовых раковин, ярко-красный цвет слизистой оболочки.

Пациентке назначено аллергообследование. Учитывая, выраженные клинические проявления кожное тестирование противопоказано. В данном случае для поиска «виновного» аллергена возможна только лабораторная диагностика. Пациентке выполнено определение IgE к пыльцевым и бытовым аллергенам в сыворотке крови.

Определение IgE в сыворотке крови провели методом ИФА с использованием тест-системы «АллергоИФА-специфические IgE» и биотинилированных аллергенов производства ООО «Компания

Алкор Био», Россия. Дополнительно определили уровень общего IgE, который был повышен и составил 340 МЕ/мл.

На основании данных анамнеза и результатов проведенного обследования установлен диагноз: Сезонный аллергический ринит, персистирующее течение, средней степени тяжести. Аллергия на пыльцу деревьев (береза). Сенсибилизация к пыльце луговых трав (тимфеевка), кошке, домашней пыли. Синдром оральной аллергии. Пациентке назначена фармакотерапия: пероральный блокатор H1-гистаминовых рецепторов II поколения и интраназальный кортикостероид. Даны рекомендации по гипоаллергенному быту и диете. После окончания сезона цветения и купирования симптомов аллергического ринита необходима повторная консультация аллерголога для решения вопроса о проведении аллерген-специфической иммунотерапии.

Заключение

Поллиноз не относят к числу тяжелых заболеваний, однако он является причиной существенного снижения качества жизни больных, нарушения сна, ограничения в обучении и профессиональной деятельности. Поэтому данное заболевание эксперты рассматривают как медико-социальную проблему, которая причиняет значительный социально-экономический ущерб. Своевременное выявление «винов-

ного аллергена» очень важно для назначения элиминационных мероприятий, разработки рекомендаций по диете, а также выбора препарата для проведения АСИТ. В том случае, когда выполнение провокационных исследований связано с риском развития системных реакций, а для проведения кожных проб имеются противопоказания, особенно важны методы диагностики *in vitro*.

Автор статьи: **Козлова Яна Игоревна**, к.м.н., врач аллерголог-иммунолог, доцент кафедры клинической микологии, аллергологии и иммунологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

ГРУППА КОМПАНИЙ

АЛКОР БИО





**ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННЫЕ
КОНТРОЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
ДЛЯ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ**

«АллергоПро IgE-специфические контрольные сыворотки» № P3H 2019/9043

Кат. № 300-061 Отрицательная КС содержит менее 0,35 МЕ/мл специфических IgE к **15 аллергенам** групп d, e, g, m, t, w, f

Кат. № 300-062 Положительная пищевая КС содержит более 0,35 МЕ/мл специфических IgE к **4 аллергенам** группы f

Кат. № 300-063 Положительная ингаляционная КС содержит более 0,35 МЕ/мл специфических IgE к **9 аллергенам** групп d, e, g, t, w



Использование **АллергоПро** позволяет оценивать **правильность** и **воспроизводимость** лабораторных результатов количественного определения специфических IgE в исследуемых образцах, подтверждать качество проведенного исследования. Анализ проводится в соответствии с Приказами Минздрава №45 от 07.02.2000 и №220 от 26.05.2003.

Основные характеристики:

- Самый широкий спектр специфических IgE в контрольных сыворотках
- Аттестованы относительно Третьего Международного стандарта ВОЗ 11/234
- Лиофилизированная форма выпуска, срок годности 2 года при +2...+8°C
- Срок хранения сыворотки после восстановления до 3 месяцев
- Каждый флакон рассчитан на 15 определений

Контрольные сыворотки АллергоПро IgE аттестованы с набором «АллергоИФА-Специфические IgE» и биотинилированными аллергенами производства ООО «Компания Алкор Био».