

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛЛИНОЗОМ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

СЕМЕНОВА И.В., ВЫХРИСТЕНКО Л.Р.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
кафедра клинической иммунологии и аллергологии*

Резюме. В статье представлена структура заболеваемости поллинозом, характерные особенности его течения у взрослого населения Витебской области. Оценено влияние наследственного фактора и длительности заболевания на развитие и течение данной патологии. На основании анамнестических и лабораторных данных выявлена частота и спектр сопутствующей аллергопатологии. Установлены причинно-значимые аллергены при сенсibilизации пациентов, страдающих поллинозом.

Ключевые слова: *поллиноз, сезонный аллергический ринит, аллергический конъюнктивит, причинно-значимые аллергены, сенсibilизация.*

Abstract. The article presents the structure of pollinosis incidence, peculiarities of its course in the adult population of Vitebsk region. The influence of genetic factor and disease duration on the development and course of this disease has been evaluated. On the basis of anamnestic and laboratory data the frequency and spectrum of concomitant allergy have been revealed. The causatively significant allergens in the sensitization of patients with pollinosis have also been determined.

Согласно заключению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), аллергический ринит представляет собой глобальную проблему здравоохранения в связи с его широкой распространенностью и существенным снижением качества жизни больного [Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Initiative - ARIA, WHO, 2001]. Сезонный аллергический ринит, вызванный пылью растений, встречается чаще по сравнению с круглогодичным (персистирующим) ринитом у людей любого возраста и пола. По мнению экспертов ВОЗ, распространенность данного заболевания в разных странах мира колеблется от 1 до 20% [1], однако установить точную частоту слож-

но. Трудности в определении точного числа создают географические различия в составе пыльцы, неправильная интерпретация симптомов пациентами или ошибка врача при постановке диагноза [2].

В Республике Беларусь, согласно официальной статистике, аллергическими заболеваниями страдают от 10 до 15% населения [<http://www.minzdrav.by>]. Ежегодно регистрируется увеличение заболеваемости аллергическим ринитом: в 2002 г. - 102,3 случая на 100 тыс. населения; в 2003 г. - 112,1 [3]. Распространенность поллиноза, наиболее частой клинической формой которого является сезонный аллергический риноконъюнктивит, в Витебской области до настоящего времени не изучена. По данным обращаемости в аллергологические кабинеты г. Витебска, в 2008 году было зарегистрировано 72,6 случая заболевания на 100

тысяч населения, в 2009 г. – 84,8 случая, в 2010 г. – 90,1 случаев, что свидетельствует о неуклонном росте данной патологии.

Однако данные медицинской статистики, основанные на обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, не соответствуют истинным величинам заболеваемости и распространенности поллиноза среди населения. Проведенные в некоторых областях России эпидемиологические исследования продемонстрировали, что распространенность поллиноза в несколько раз превышает зарегистрированные показатели [4]. Чаще всего остаются не выявленными ранние симптомы болезни, так как пациенты обращаются в лечебные учреждения после многолетнего течения уже сформировавшегося заболевания. У части больных с легким течением заболевания поллиноз диагностируется поздно или не диагностируется вообще. Это приводит к отсутствию или позднему началу лечебных и профилактических мероприятий. Имеет место также недостаточная «атопическая настороженность» врачей различного профиля, неадекватное отношение самого пациента к сезонной, «проходящей» проблеме. В результате этиологическая диагностика и адекватное лечение проводятся не в полном объеме и масштаб проблемы недооценивается [5].

Сложность лечебно-диагностического поиска при поллинозе определяется его полифакторным характером. На развитие заболевания существенное влияние оказывают генетические и биологические факторы. Под воздействием неблагоприятных факторов внешней среды отмечается ранняя манифестация аллергического процесса, формирование поливалентной сенсибилизации, тяжелое и полисиндромное течение поллиноза [4].

Клинические проявления поллиноза обусловлены воспалительными изменениями слизистой оболочки, прежде всего глаз и дыхательных путей. Наиболее частыми являются аллергический конъюнктивит (91-95%), ринит (95-98%) и бронхиальная астма (30-40%), которые, как правило, сочетаются друг с другом [6]. Пыльцевая сенсибилизация, являясь причинно-значимой в развитии аллергического ринита, аллергического конъюнктивита, бронхиальной астмы, у ряда больных дополнительно вызывает

аллергические процессы другой локализации, например атопический дерматит, крапивницу, контактный дерматит, реже поражение нервной системы, желудочно-кишечного тракта, что существенно утяжеляет течение заболевания [1].

Сложность детализации характера клинических проявлений и тяжести их течения, недооценка роли изучения патогенетических и терапевтических аспектов болезней, обусловленных пыльцевой сенсибилизацией, отсутствие дифференцированных алгоритмов диагностики и лечения создают трудности для практических врачей в определении тактики ведения пациентов, страдающих поллинозом.

Самоизлечение поллиноза, как правило, не наступает. Существуют многочисленные методы лечения этого заболевания, которые применяют врачи общей практики, гомеопаты, народные целители и экстрасенсы. Однако некорректное лечение ухудшает прогноз течения заболевания и приводит к развитию осложнений. Хирургические, физиотерапевтические, психотерапевтические и другие методики малоэффективны и почти не отличаются от плацебо [4].

Современные подходы к терапии поллиноза базируются на проведении фармакотерапии и аллерген-специфической иммунотерапии. Получены доказательства эффективности проведения превентивной фармакотерапии и особенно аллерген-специфической иммунотерапии при поллинозах у детей и взрослых [7]. Методы аллерген-специфической иммунотерапии непрерывно совершенствуются с целью повышения безопасности, эффективности и упрощения схемы их применения.

В настоящее время остается неясным, насколько влияет возраст, социальный статус и другие медико-биологические аспекты на структуру причинных факторов, клинические проявления и течение поллиноза у взрослого населения. В связи с этим, большую актуальность представляет изучение структуры заболеваемости и определение особенностей формирования поллиноза как проявления атопии на фоне индивидуальных, генетических и средовых факторов [8].

Целью данного исследования явилось изучение заболеваемости и региональных особенностей течения поллиноза, связанных с так-

сономическим разнообразием пыльцы в атмосферном воздухе Витебской области.

Методы

В основу работы положены результаты обследования 1142 пациентов в аллергокабинетах УЗ «Витебский областной диагностический центр», УЗ «Витебская городская поликлиника №2». Методом сплошной выборки отобрано 150 пациентов (13,1%) в возрасте от 18 до 55 лет, проживающих в г. Витебске и Витебской области и страдающих поллинозом. Все больные прошли полное аллергологическое обследование, которое включало сбор аллергоанамнеза, клиничко-лабораторное обследование, проведение кожных скарификационных проб. Для постановки кожных проб использовали стандартные наборы пыльцевых аллергенов (всего 16 видов) производства ФГУП «НПО «Микроген» г. Ставрополь. Выполнено 2700 скарификационных кожных проб. Методику выполнения тестов и оценку результатов осуществляли согласно приказу Минздрава РБ №81 от 22 марта 1999 г. «О дальнейшем улучшении лечебно-профилактической помощи больным с аллергическими заболеваниями». В работе использовали стандартный адаптированный расширенный опросник, разработанный RQLQ (rhinoconjunctivitis quality of life questionnaire) [9]. Статистическая обработка данных осуществлена с применением прикладно-

го программного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, Ink. 1994-2001), адаптированного для медико-биологических исследований.

Результаты и обсуждение

Распределение больных по полу, возрасту, длительности заболевания.

Из 150 обследованных больных 50% составляли мужчины (75 человек), 50% - женщины (75 человек). Средний возраст пациентов составил 31,3 года. Наиболее часто поллиноз встречался в возрастной группе от 20 до 30 лет (56%) (рис. 1), что подтверждает данные о том, что это заболевание поражает в большинстве случаев молодой, трудоспособный сегмент общества.

Согласно полученным анамнестическим данным, в детском возрасте поллиноз развился у $20,67 \pm 3,32\%$ обследованных и в дальнейшем характеризовался длительным, рецидивирующим течением (табл. 1). У 42 человек ($28,0 \pm 3,68\%$) длительность заболевания составила от 6 до 10 лет, у 11 пациентов ($7,33 \pm 2,14\%$) - более 20 лет.

При анализе медицинской документации и анамнестических данных была выявлена поздняя верификация диагноза. Так, время от начала заболевания до постановки диагноза в большинстве случаев (28,0%) составило $6 \pm 3,2$ лет. Полученные данные свидетельствуют о достаточно поздней обращаемости пациентов за специализированной медицинской помощью, так как большинство из них годами лечат «про-

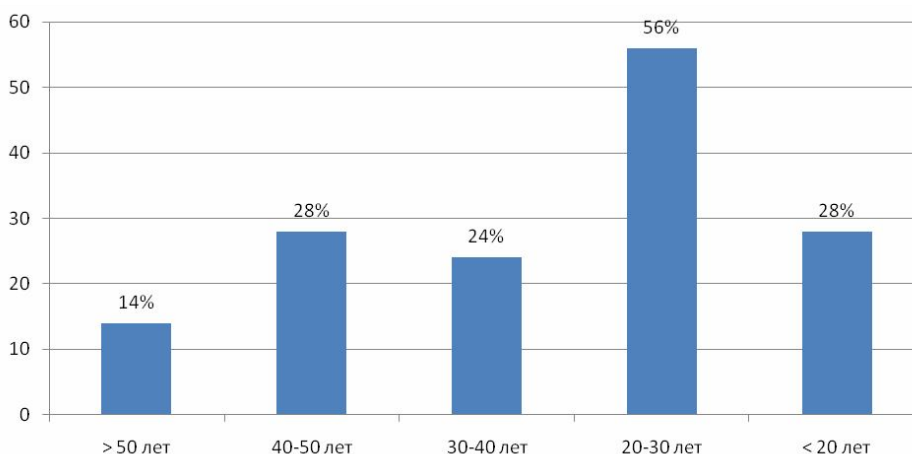


Рис. 1. Возрастные группы больных поллинозом.

Таблица 1

Длительность заболевания поллинозом

| Длительность заболевания | Количество больных | |
|--------------------------|--------------------|------------|
| | Абс. | %± |
| С детства | 31 | 20,67±3,32 |
| От 1 до 5 лет | 24 | 16,0±3,0 |
| От 6 до 10 лет | 42 | 28,0±3,68 |
| От 11 до 15 лет | 28 | 18,67±3,19 |
| От 16 до 20 лет | 14 | 9,33±2,38 |
| Более 20 лет | 11 | 7,33±2,14 |

студу», не подозревая о возможном наличии пыльцевой сенсибилизации.

Наличие наследственной предрасположенности, сопутствующей аллергопатологии

При детализации анамнестических данных пациентов, находящихся под нашим наблюдением, установлено влияние наследственного фактора на развитие заболевания. По данным анамнеза, наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям была выявлена у 64 пациентов (42,7%).

Среди пациентов, страдающих поллинозом, обращает на себя внимание высокая распространенность поливалентной сенсибилизации. Так, у 119 обследованных (79,3%) диагностирована сопутствующая аллергопатология, среди которой наиболее частым оказался круглогодичный (персистирующий) аллергический ринит (табл. 2). Его наличие выявлено у 87

больных (58,0±4,04%). Треть обследованных (50 человек (33,3±3,86%)) имела сочетание поллиноза, атопической бронхиальной астмы, вызванной бытовыми и эпидермальными аллергенами, и круглогодичного аллергического ринита. Достаточно часто у обследованных встречалась лекарственная аллергия (25 пациентов (16,67±3,05%)), идиопатическая крапивница (15 человек (10±2,46%)). Среди относительно редко встречающейся патологии можно выделить холодовую крапивницу (11 обследованных (7,33±2,14%)) и инсектную аллергию (2 человека (1,33±0,94%)). Таким образом, из 150 обследованных у 119 человек (79,3%) была выявлена сенсибилизация к другим аллергенам, и лишь 31 человек (20,7%) страдал только поллинозом. Некоторые больные отмечали одновременную сенсибилизацию к нескольким аллергенам, что свидетельствует о необходимости более тщательного сбора аллергоанамнеза и, при необходимости, дополнительного аллергообследования при обращении пациентов за

Таблица 2

Сопутствующая аллергопатология при поллинозах

| Сопутствующая аллергопатология | Количество больных | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| | Абс. | %± |
| Поллиноз и круглогодичный аллергический ринит | 87 | 58,0±4,04 |
| Поллиноз, круглогодичный аллергический ринит и атопическая бронхиальная астма, вызванная бытовыми и эпидермальными аллергенами | 50 | 33,3±3,86 |
| Поллиноз и лекарственная аллергия | 25 | 16,67±3,05 |
| Поллиноз и идиопатическая крапивница | 15 | 10±2,46 |
| Поллиноз и холодовая крапивница | 11 | 7,33±2,14 |
| Поллиноз и инсектная аллергия | 2 | 1,33±0,94 |

специализированной помощью. Одновременное сочетание нескольких видов аллергии усложняло дифференциальную диагностику и проведение этиотропной терапии.

Клинические формы поллиноза

Возникновение клинических проявлений пыльцевой аллергии происходило одновременно или развивались последовательно на протяжении сезона цветения причинно-значимых растений. Структура клинических проявлений поллиноза представлена в таблице 3.

Полученные данные демонстрируют, что у всех больных поллинозом, проживающих в Витебской области, заболевание проявляется в виде риноконъюнктивального синдрома.

Наиболее тяжелым проявлением поллиноза явилась пыльцевая атопическая бронхиальная астма, которая проявлялась приступами удушья или их эквивалентами (эпизодами приступообразного кашля, затрудненного и свистящего дыхания). Ее наличие диагностировано у 47 пациентов (31,3±3,8%). Полученные данные показывают высокую частоту системного поражения дыхательных путей при пыльцевой аллергии, утяжеляющего течение и прогноз заболевания. По нашему мнению, помимо системного поражения дыхательных путей на тяжесть сезонного обострения заболевания влияет концентрация пыльцы в воздухе, длительность пыльцевого сезона и степень индивидуальной чувствительности. Вероятно, индивидуальная гиперреактивность имела место у 17 больных (11,3%), отмечающих проявления поллиноза после снижения концентрации пыльцы в воз-

духе. В тоже время, нельзя исключить факт неспецифического реагирования верхних дыхательных путей на различные раздражающие факторы (сильный запах, загрязнение воздуха, изменение температурного режима и др.).

Выявлен высокий процент больных поллинозом, имеющих перекрестную пищевую аллергию на продукты растительного происхождения - 46 человек (30,67±3,78%). Пациенты отмечали появление симптомов поллиноза при употреблении в пищу продуктов растительного происхождения, таких, как мед, орехи, семечки, яблоки. У 2 обследованных (4,3%) клинические проявления поллиноза сопровождалось гастроинтестинальным синдромом (тошнота, рвота, боли в животе, понос). Данный симптомокомплекс диагностировался как в период, так и вне периода опыления растений.

Кожный синдром у больных поллинозом наблюдался чаще в виде крапивницы (11 пациентов (7,33±2,14%)), отека Квинке (4 человека (2,67±1,32%)), атопического дерматита на открытых частях тела (4 больных (2,67±1,32%)).

Разнообразие возможных форм проявления поллиноза, сочетание различных клинических вариантов течения сезонного аллергического ринита свидетельствуют о необходимости более тщательного сбора аллергологического анамнеза при обращении пациентов и своевременной аллергодиагностике.

Анализ причинно-значимых аллергенов

По данным кожного тестирования, сенсибилизация к аллергенам пыльцы деревьев была выявлена у 111 больных (74,0±3,59%), луговых – у 132 (88,0±2,66%), злаковых трав - у

Таблица 3

Клинические варианты течения поллиноза

| Клинические варианты течения поллиноза | Количество больных | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|
| | Абс. | %± |
| Аллергический ринит, конъюнктивит | 150 | 100 |
| Аллергический ринит, конъюнктивит, пыльцевая бронхиальная астма | 47 | 31,3±3,8 |
| Аллергический ринит, конъюнктивит, перекрестная пищевая аллергия на продукты растительного происхождения | 46 | 30,67±3,78 |
| Аллергический ринит, конъюнктивит, крапивница | 11 | 7,33±2,14 |
| Аллергический ринит, конъюнктивит, отек Квинке | 4 | 2,67±1,32 |
| Аллергический ринит, конъюнктивит, атопический дерматит | 4 | 2,67±1,32 |

139 (92,67±2,14%), сложноцветных и маревых – у 111 больных (74,0±3,59%). Данные представлены в таблице 4.

При анализе кожных тестов с пыльцевыми аллергенами установлена высокая частота одновременной сенсibilизации к нескольким ботаническим группам пыльцевых аллергенов (рис. 2).

Изолированная пыльцевая сенсibilизация в пределах одной ботанической группы растений, в частности только к пыльце деревьев, отмечалась у 7 пациентов (4,6%), к пыльце двух ботанических групп выявлена у 18 больных (12%), к трем – у 50 больных (33,4%), к четырем – у 75 больных (50%). Таким образом, поливалентная сенсibilизация к пыльце деревьев, луговых, злаковых и сорных трав обнаружена у половины обследованных – 75 человек (50%).

Полученные данные свидетельствуют, что для жителей Витебской области, страдающих поллинозом, наиболее характерной явля-

ется полисенсibilизация ко всем четырем группам причинно-значимых аллергенов (деревья, луговые, злаковые, сорные травы) – 75 человек (50%). Моносенсibilизацию к одной группе пыльцевых аллергенов имеет всего 4,6% обследованных (7 человек).

Таким образом, при проведении аллергологического тестирования необходимо использовать весь спектр пыльцевых аллергенов, даже в тех случаях, когда пациент точно указывает время развития клинических проявлений.

В свете полученных данных очевидно, что поллиноз – хроническое, генетически детерминированное заболевание, поражающее преимущественно лиц трудоспособного возраста, характеризующееся длительным, рецидивирующим течением, для клинических проявлений которого характерно наличие риноконъюнктивального синдрома и в 31,3±3,8% бронхоспастического синдрома. Сезонное обострение поллиноза часто протекает под маской простудных заболеваний,

Таблица 4

Частота выявления сенсibilизации к пыльце растений при поллинозах

| Ботанические группы пыльцевых аллергенов | Количество больных | |
|------------------------------------------|--------------------|------------|
| | Абс. | %± |
| Деревья | 111 | 74,0±3,59 |
| Луговые травы | 132 | 88,0±2,66 |
| Злаковые травы | 139 | 92,67±2,14 |
| Сложноцветные и маревые | 111 | 74,0±3,59 |

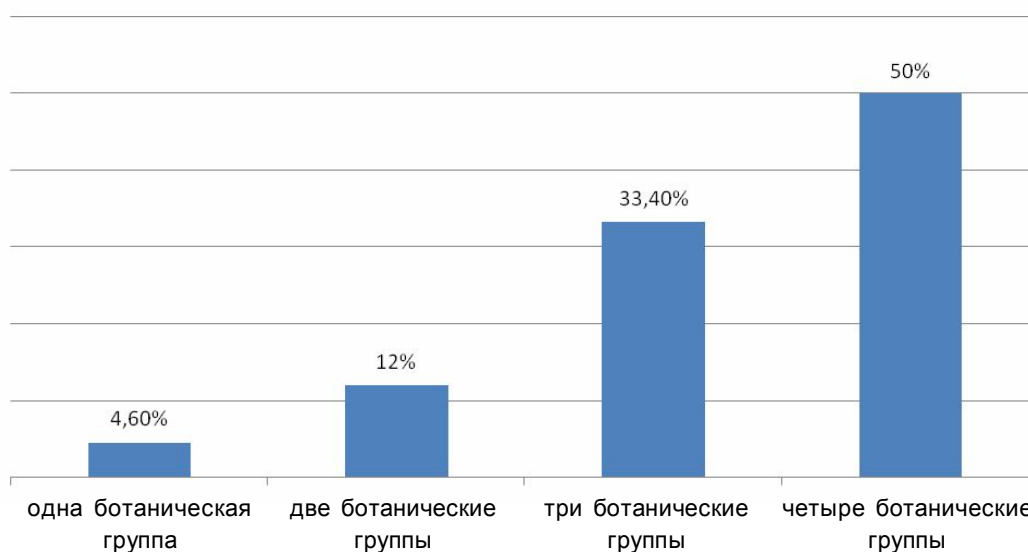


Рис. 2. Распределение пациентов с поллинозами по числу причинно-значимых пыльцевых аллергенов.

что существенно затрудняет своевременную верификацию диагноза. В структуре причинно-значимых аллергенов у жителей Витебской области преобладает полисенсibilизация ко всем ботаническим группам растений. Для пациентов, страдающих поллинозом, характерно наличие сопутствующей аллергопатологии. Многофакторность этиопатогенетических механизмов развития заболевания определяет необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению данной патологии.

Заключение

1. Заболеваемость поллинозом в Витебской области одинаково часто встречается как у женщин, так и у мужчин трудоспособного возраста. Средний возраст людей, страдающих поллинозом, составляет 31,3 года. Данная возрастная группа - люди молодого трудоспособного возраста, определяющие экономический и творческий потенциал общества.

2. Для поллиноза характерны неспецифические клинические проявления с манифестацией сопутствующей аллергопатологии. Наиболее часто (58%) сезонный аллергический ринит сочетался с явлениями круглогодичного аллергического ринита, в 33,3% имело место сочетание поллиноза, атопической бронхиальной астмы и круглогодичного аллергического ринита. У всех обследованных пациентов поллиноз протекал с явлениями риноконъюнктивита. Наиболее тяжелым проявлением поллиноза явилась атопическая (пыльцевая) бронхиальная астма, которая проявлялась приступами удушья или эпизодами приступообразного кашля, затрудненного и свистящего дыхания (47 пациентов (31,3±3,8%)). Время от начала заболевания до постановки диагноза составляет 6±3,2 лет, что свидетельствует о недостаточной «аллергонастороженности» врачей первичного звена - терапевтов, педиатров, оториноларингологов и др. в отношении аллергии и отсутствии скрининговых тест-систем для ее диагностики. Схожесть клинических проявлений поллиноза с простудными заболеваниями приводит к запоздалому обращению пациентов за специализированной медицинской помощью и, как следствие, поздней верификации диагноза.

3. Для жителей Витебской области, страдающих поллинозом, наиболее характерна полисенсibilизация ко всем четырем группам причинно-значимых аллергенов (деревья, луговые, злаковые, сорные травы) – 75 человек (50%). Моносенсibilизацию к одной группе пыльцевых аллергенов имеет всего 4,6% обследованных (7 человек). Таким образом, при проведении аллергологического тестирования необходимо использовать весь спектр пыльцевых аллергенов, даже в тех случаях, когда пациент точно указывает время развития клинических проявлений.

Литература

1. Мошкевич, В.С. Современные методы лечения поллиноза: методические рекомендации / В.С. Мошкевич, А.А. Нурмуханбетова - Алма-Ата, 2000. – 13 с.
2. Паттерсон, Р. Аллергические болезни: диагностика и лечение / Р. Паттерсон, Л.К. Грэммер, П.А. Гринбергер П.А.; М.: Гэотар Медицина, 2000. – 169 с.
3. Выхристенко, Л.Р. Специфическая аллерговакцинация – приоритетное направление профилактики рецидивов аллергических заболеваний / Л.Р. Выхристенко, О.В. Смирнова, В.В. Янченко // Медицинские новости. - 2007. - № 4. – С. 36-41.
4. Матвеева, Л.П. Распространенность и основные факторы риска развития поллиноза у детей Удмурской области: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.00.09 / Л.П. Матвеева; Ижевск. гос. мед. Академия. - Ижевск, 2006. – 156 с.
5. Стремедловский, Б.А. Опыт диагностики и лечения поллинозов в условиях городского аллергологического кабинета / Б.А. Стремедловский // Новости медицины и фармации. - 2007. - № 11. – С. 4.
6. Беклемишев, Н.Д. Поллинозы / Н.Д. Беклемишев, Р.К. Ермакова, В.С. Мошкевич. – М.: Медицина, 1985. – 240 с.
7. Cox L., Allergen immunotherapy: a practice parameter second update / L. Cox, J.T Li, H Nelson, R. J. Lockey // Allergy Clin. Immunol. – 2007. - № 120. – P. 25-85.
8. Ильина, Н.И. Современная фармакотерапия поллинозов: безопасность и эффективность / Н.И. Ильина, О.М. Курбачева // Consilium medicum. - 2003. – Т.5, № 4. - С. 57-63.
9. Juniper, E. F. Validation of the standardized version of the Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire / E. F. Juniper, A.K. Thompson, P.J Ferrie // J. Allergy Clin. Immunol. – 1999. – Vol. 104, № 2. – P. 364-369.