

*АО “Медицинский Университет Астана”  
Кафедра внутренних болезней по интернатуре*

# **СРС**

**На тему: Поллиноз**

*Выполнила: Амангелдиева А.*

*Группа: 785 ВБ*

*Проверила:*

Астана-2018 г.



**Поллиноз (Пз)** - аллергическое заболевание слизистых оболочек (преимущественно, носа и глаз), обусловленное гиперчувствительностью к аэрозольным аллергенам (пыльцы растений, спор грибов), концентрация которых в воздухе периодически становится причинно значимой



## **Классификация поллиноза**

**Пз по этиологическому признаку** (вызванные пылью растений, микромицетов, их конкретного вида),

**по периоду палликации растений** (весенние, весенне-летние, осенние и/или, соответственно, 1, 2 и 3 волна Пз).

Следует указывать поражение слизистой какого органа является ведущим.

**В зависимости от локализации патологического процесса** выделяют:

аллергические поражения глаз;

аллергические заболевания верхних и нижних дыхательных путей;

аллергические заболевания кожи; сочетанные аллергические проявления; редкие клинические проявления пыльцевой этиологии.

По тяжести течения клинических проявлений пыльцевой аллергии выделяют легкие, среднетяжелые и тяжелые формы поллиноза



› Знаете ли вы, что...

# «Сенная лихорадка» приходит по сезонам

В регионе выделяют три периода цветения растений с опасной пылью. Если каждое лето в один из периодов у вас появляется насморк или другие признаки поллиноза – срочно к врачу!



## Злаки:

рожь, пшеница, овес, ячмень,  
тимофеевка, ежа, ковыль,  
айграсс, пырей и т.д.

Март

Апрель

Май

Июнь

Июль

Август

Сентябрь

## Деревья:

берёза, ольха, клен, дуб, тополь и т. д.

## Сорняки:

полынь, амброзия, лебеда.



• **весенний** - апрель-май: в воздухе присутствует пыльца деревьев (береза, ольха, дуб, орешник и т.д.);

• **летний** - июнь-июль: в воздухе - пыльца злаковых трав (мятлик, пырей, овсяница, ежа, лисохвост, тимopheевка и т.д.);

• **поздний летний, или летне-осенний**, связанный с цветением сложноцветных и маревых растений (полынь, лебеда, амброзия).

Антигены присутствуют не только в пыльцевых зернах, но и в других частях растений (семена, листья, стебли, плоды). Это является причиной появления у больных поллинозом **перекрестной пищевой аллергии и непереносимости препаратов растительного происхождения**

## **Факторы риска**

1) определенными климатическими особенностями; 2) различным характером растительности в регионах; 3) антропогенными (связанными с деятельностью человека) особенностями регионов: загрязнением воздуха поллютантами, воды, почвы химическими веществами; 4) популяционными факторами (национальными, этническими, религиозными, характером труда, питания); 5) распространенностью обсемененности спорами непатогенных грибов атмосферы и жилищ в конкретном регионе и структурой этой обсемененности.



Существуют факторы, способствующие развитию Пз. Используя их, можно в определенной мере прогнозировать развитие заболевания. Среди них:

- наследственность по атопическим заболеваниям;
- высокий уровень сывороточного IgE;
- место рождения (зона высокой концентрации пыльцы растений);
- месяц рождения (дети, рожденные в сезон пыления, имеют большую вероятность заболеть);
- недостаточная масса тела ребенка при рождении;
- искусственное вскармливание;
- частые респираторные инфекции;
- курение активное и пассивное;
- нерациональное питание;



# Патогенез

Пыльца растений, на которую больной реагирует, является для него аллергеном. Аллергены (антигены), попадающие на слизистую, “обрабатываются” как клетками Лангерганса, так и другими антигенпрезентирующими клетками и “представляются” иммунокомпетентным клеткам слизистой оболочки (при аллергии – это Th 2-лимфоциты, которые секретируют биологически активные регуляторные белки: интерлейкины 3, 4, 5, 13), в результате чего вырабатываются IgE-антитела. IgE-антитела фиксируются на высокоаффинных рецепторах тучных клеток, базофилах слизистой оболочки и низкоаффинных рецепторах других клеток, таких как моноциты, эозинофилы, В-клетки. При повторном попадании аллергена на слизистую оболочку возникает IgE-зависимая активация тучных клеток в слизистой оболочке носа, что вызывает выброс медиаторов воспаления: гистамина, брадикинина, триптазы, лейкотриенов, простагландинов и др. Выделяющиеся медиаторы вызывают у больного страдающего аллергией все симптомы аллергического заболевания.



– Проникновение пылицы во внутренние среды организма. При относительно небольшой скорости воздушного потока частицы пыльцевых зерен не могут проникнуть в нижние отделы дыхательного тракта, они осаждаются на ресничках мерцательного эпителия полости носа, носоглотки и верхних отделов трахеи. Биологической особенностью пылицы является наличие в ее структуре «фактора проницаемости». Этот фактор обеспечивает проникновение пыльцевых зерен через эпителий слизистых оболочек, где важную роль в патогенезе Пз играют нарушения барьерных функций верхних дыхательных путей. В результате аллергического воспаления при Пз происходит повышение секреции слизи, угнетается функция мерцательного эпителия дыхательных путей. При воздействии гистамина на кровеносные сосуды происходит их расширение, приводящее не только к отеку слизистой, но и к появлению головных болей. При повышении концентрации гистамина в крови на коже может появиться крапивница, может повыситься температура тела; в результате отека слизистой дыхательных путей, спазма гладкой мускулатуры появляется затруднение дыхания.





## Патоморфология

Слизистая носа при Пз вовлекается в патологический процесс в 95% случаев. При этом она отечна, носовые ходы резко сужены, в них обильное серозное отделяемое, носовые раковины утолщены. У большинства больных патологические изменения наблюдаются и в придаточных пазухах носа, чаще (у 70%) в верхнечелюстной пазухе. Преобладает пристеночная форма гайморита. Патология в глотке при Пз встречается у 25%, носоглотке – у 15%, гортани - у 10%, среднего уха - у 8%. У 90% больных сезонным Пз выявляется и конъюнктивит. Контакт пыльцы со слизистой оболочкой носа приводит к отслаиванию нецилиндрического эпителия в короткий промежуток времени, появлению бокаловидных клеток, продуцирующих слизь, повреждению реснитчатого эпителия, набуханию и дефектам цитоплазматических мембран, изменению формы ресничек, нарушению наружной цитоплазмы вокруг микроканальцев ресничек и накоплению слизи между последними. При Пз наблюдаются отек, утолщение и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки носа, иногда - полипы на ней. Изменения конъюнктивы характеризуются утолщением и отеком эпителия, появлением нежных сосочков, расширением сосудов и гиперемией конъюнктивы.



## Диагностика поллинозов

Диагноз ПЗ в типичных случаях несложен. Для этого достаточно правильно-но собранного аллергологического анамнеза с выявлением ведущих клинических симптомов (рино-конъюнктивальный, характерная сезонность обострений, усиление их в сухую погоду и ослабление - во влажную, эффективность антигистаминных препаратов и пр.). Постановка кожных и провокационных (назальная, глазная) проб .

В клиническом анализе крови, отделяемом из носа, мокроте часто определяют эозинофилию. При рентгенографии придаточных пазух носа видны изменения от легкой завуалированности и пристеночного набухания слизистых оболочек до интенсивного гомогенного затемнения пазух.



## **Обязательные исследования:**

- **Анализ жалоб больного** – пациент будет жаловаться на покраснение и зуд глаз, кашель, заложенность носа, слизистые выделения из носовых ходов.
- **Анамнез заболевания** – появляются ли симптомы в одно и то же время года, в период цветения и пыления определенного растения.
- **Анамнез жизни** — частое наличие пищевой аллергии, лекарственной непереносимости (возникновения аллергической реакции при приеме растительных лекарственных средств), аллергических заболеваний у родственников).
- **Результаты объективного осмотра** — наличие выделений из носа, его заложенности, позитивные мазки-отпечатки с эозинофилами, определенной эндоскопической картины, слезотечение или выделения из глаз, иногда высыпания на коже;
- **Кожное аллергическое тестирование** – положительный прик-тест с определенными пыльцевыми или грибковыми аллергенами;
- **Осмотр оториноларинголога** – (исключение неаллергических заболеваний носа, осложнений).
- **Осмотр офтальмолога** – (исключение неаллергических заболеваний глаз, степени их поражения).
- **Изучение функции внешнего дыхания**, емкости легких и ряда других параметров. **С** всех пациентов с Пз следует обследовать на возможное наличие БА или ее угрозы. **С** этой целью помимо сбора анамнеза, клинических методов, следует применить спирографию с исследованием скрытого бронхоспазма.

## **Симптомы поллиноза:**

Ощущение зуда и жжения в носу. Частое чихание.

Обильное выделение слизи из носа и затруднение носового дыхания.

Зуд и покраснение век, отечность, слезотечение, чувство рези, ощущение «песчинок» в глазах.

Приступы затрудненного дыхания и нехватки воздуха, кашель.

Зуд и высыпания на коже



### **Немедикаментозное лечение:**

- охранительный режим (избегать контакта с аллергенами, раздражающими агентами, переохлаждений, ОРВИ и т.п.);
- гипоаллергенная диета;
- устранение (элиминация) причинных и провоцирующих факторов;
- уменьшение контакта с причинным и провоцирующими факторами, в случае невозможности полной элиминации аллергена;
- дыхательная гимнастика.

### **Медикаментозное лечение:**

Рекомендуемые антигистаминные препараты 2 и 3 поколения:

- лоратадин  фексофенадин  эбастин  дезлоратадин. Их преимущества по сравнению с первым поколением антигистаминных средств:  более длительное действие;
- сильнее выражен антигистаминный эффект;

Тяжелое течение Топические глюкокортикостероиды, системные неседативные антигистаминные препараты  
Легкое течение Среднетяжелое течение Поллиноз Системные неседативные антигистаминные препараты и топические глюкокортикостероиды.

Местное лечение конъюнктивита или других поражений. Неседативные антигистаминные препараты местно и внутрь  прием не зависит от еды;  возможность принимать 1 раз в сутки;  эффективны даже при длительном приеме;  не имеют седативного действия. Аэрозольные глюкокортикостероиды:  авамис  назонекс  беконазе  фликсоназе Их следует применять регулярно, эффект заметен спустя несколько суток. Для детей доза топических стероидов составляет половину взрослой дозы. Если врач прописал ингалировать их 1 раз в день, то это нужно делать утром. Если у ребенка Пз, стероиды принимают в период максимальной выраженности симптомов и постепенно переводят ребенка на антигистаминные и симптоматические препараты. При упорных конъюнктивитах можно дополнительно назначить капли опатанола, стабилизирующего мембрану тучных клеток или раствора ГКС (0,5% гидрокортизоновая суспензия или 0,1% раствор дексаметазона)..

**Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ).** Это единственный способ, позволяющий добиться изменения механизма реагирования организма на аллерген. Терапия позволяет предупредить переход легких форм заболевания в тяжелые, снижает (или даже полностью устраняет) потребность в лекарственных препаратах. После ее завершения удается добиться многолетней ремиссии, приостановить прогрессирование процесса: присоединение сенсibilизации к другим аллергенам и переход риноконъюнктивита в бронхиальную астму.

АСИТ: проводит только аллерголог Инъекционным методом (уколы в клинике!) Сублингвальным методом (подъязычное введение аллергена - дома) Имеются противопоказания и возрастные ограничения (до 5 лет и после 55 лет метод не применяется) Длительное скрупулезное лечение – обычно от 3 до 5 лет!



## **Конкретные профилактические мероприятия при Пз.**

В сезон пыления целесообразно:

- ограничить пребывание на воздухе;
- закрыть форточки мокрой марлей;
- не открывать окон в машине;
- закрывать окна на ночь; использовать воздушные кондиционеры, которые очищают, охлаждают и осушают воздух;
- свести к минимуму активную физическую деятельность ранним утром, когда пыльца выделяется особенно интенсивно (с 5 до 10 часов утра); ежедневно проводить влажную уборку в доме;
- исключить из рациона питания продукты, в которые может входить пыльца или другие части соответствующих растений;
- не вывешивать для сушки на открытом воздухе белье и одежду, так как на них может оседать пыльца;
- не слишком активно заниматься физической деятельностью в дни, когда в воздухе содержится особенно много пыльцы.

Ношение специальных фильтров или масок.

Применение систем очистки/увлажнения воздуха и электронных фильтров.

Отказ от курения.

Санаторно-курортное лечение.



## **Список литературы.**

1. [http://immunolog.com.ua/wp-content/uploads/2017/04/pollinoz\\_vsya\\_kniga\\_tipograf-030417\\_2.pdf](http://immunolog.com.ua/wp-content/uploads/2017/04/pollinoz_vsya_kniga_tipograf-030417_2.pdf).
2. Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, 2013: ARIA 2010. Allergic rhinitis and its impact on asthma. Annual Workshop Report. WHO. 2010. 2. Global strategy for asthma management and prevention, 2012 (Update).- 2012.- 128 p.

