

ПОЛЛИНОЗ У ДЕТЕЙ

А.М.Потемкина, Т.В.Клыкова, И.Д.Скальник

*Кафедра детской аллергологии (зав. — проф. А. М. Потемкина)
Казанской медицинской академии последипломного образования*

Поллиноз как одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний занимает в общей структуре аллергозов у детей третье место после атопического дерматита и бронхиальной астмы. Основной причиной его развития является сенсibilизирующее воздействие пылцы растений, что и обусловило его название (“pollen” в переводе с латинского означает пылецу). Поллиноз характеризуется неодинаковой распространенностью и неоднородным спектром этиологически значимых аллергенов даже в отдельных регионах одной страны, что связано с климато-географическими, экологическими условиями и растительным пейзажем.

Распространенность и этиологическая структура поллиноза изучены в основном у взрослых людей, да и то только в некоторых странах и отдельных регионах нашей страны. Самая высокая заболеваемость поллинозом отмечена в Америке (23-25 случаев на 1000 человек), где основным аллергеном является сорняк амброзия. В странах Европы поллиноз обнаруживается у 0,5-1,5% населения, а ведущими аллергенами выступают пыльца злаков и деревьев. В нашей стране изучение поллинозов начато в 60-е годы под руководством академика А.Д.Адо [1], а результаты были обобщены Н.Д.Беклемишевым и соавт. [2]. В Краснодарском и Ставропольском краях зарегистрирована самая высокая заболеваемость поллинозом (20—25 на 1000 человек); ее развитие здесь также в основном провоцируется пылью амброзии [7]. В то же время в центральной и европейской полосах страны распространенность поллиноза, вызываемого преимущественно пылью злаковых трав, составляет 3-5%. В Казахстане поллиноз встречается у 10-15 человек на 1000 и основным аллергеном является пыль [6], в Киргизии — пыльца хлопчатника, грецкого ореха, чинары [3].

Среди детей распространенность поллиноза мало изучена, за исключением проживающих в некоторых реги-

онах: Казахстане [5], Саратовской области [2], Ставропольском крае [10], Кузбассе [11], Санкт-Петербурге [4]. В общей структуре аллергических заболеваний у детей поллиноз составляет от 5 до 25%, по нашим сведениям — 11% [8, 9] с неоднозначным спектром причинно-значимых аллергенов в различных регионах. Вместе с тем эффективность лечения и прогноз поллиноза, как и любого аллергического заболевания, зависят в первую очередь от своевременности выявления причинно-значимых аллергенов и проведения специфической иммунотерапии.

Целями настоящей работы являлись, во-первых, изучение этиологии, особенностей клинического течения поллиноза у детей в условиях г. Казани и Республики Татарстан, во-вторых, оценка эффективности различных методов лечения данного заболевания.

134 детям, находившимся под наблюдением в детских городских аллергологических отделениях и кабинете (с 1994 г. — аллергоцентр) при детской больнице № 7 г. Казани (клинических базах кафедры детской аллергологии КГМА), проводилось углубленное клиническое и комплексное аллергологическое обследование. Оно включало сбор аллергологического анамнеза, кожное тестирование, постановку провокационных проб и лабораторных тестов с пыльцевыми и другими группами аллергенов (бытовыми, эпидермальными, пищевыми, грибковыми, бактериальными и по показаниям — лекарственными). Исходя из полученных результатов определялись этиология поллиноза, частота его сочетания с другими видами сенсibilизации и соматическими болезнями.

Среди 134 больных поллинозом преобладали дети школьного возраста (91,8%), причем мальчики (65,7%). Согласно данным аллергологического анамнеза, у 38 (28,4%) детей первые признаки поллиноза появились в дошкольном возрасте. В связи с их несвоевременным диагностированием детей лечили в течение 2-9 лет по по-

воду различных респираторных заболеваний (ОРВИ, аденовирусная инфекция, вазомоторный ринит, конъюнктивит и т.д.). Только 12,7% из 134 детей были направлены к аллергологу через год от начала заболевания, и они смогли получить адекватное специфическое гипосенсибилизирующее лечение.

При анализе анамнестических и клинических данных было установлено, что у 78,4% детей (105 из 134) поллиноз развился на фоне других аллергических заболеваний и в последующем сочетался с ними, чаще всего с atopическим дерматитом (58,2%), лекарственной аллергией (27,6%), бытовым аллергическим риносинуситом (33,6%), предастмой или бронхиальной астмой (17,2%). Кроме того, почти у всех больных поллинозом (98,5%) выявлялись сопутствующие соматические заболевания различных органов и систем, нередко в сочетании. Заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, аденоиды, гайморит) отмечались в 66,6% случаев, пищеварительного тракта (патология билиарной системы, колиты, энтероколиты, дисбактериоз кишечника, инвазии гельминтами и простейшими) — в 90,3%, бронхолегочного аппарата (преимущественно рецидивирующие ОРВИ и бронхиты) — в 57,5%, кариес зубов — в 47,8%.

Таким образом, поллиноз у детей является чаще всего вторичным аллергическим заболеванием, и его развитие, по-видимому, можно предотвратить при своевременном адекватном лечении первично развившихся аллергических заболеваний.

В формировании поллиноза может участвовать пыльца различных растений. Выделяют три основные группы растений, пыльца которых чаще всего может быть причиной развития поллиноза: группа злаковых трав (тимофеевка, райграс, овсяница, лисохвост, мятлик, костер, пырей ползучий, колосок душистый) и культур (рожь, греча); группа деревьев и кустарников (береза, ольха, лещина, или орешник, дуб, ясень, тополь, вяз, ива); группа сорных трав (маревые-лебедовые, полынь, лютик едкий, амброзия). В зависимости от сроков пыления растений отмечают 3 пика подъема поллиноза, соответствующие в средней полосе, включая РТ, трем сезонам:

1 — весенний (апрель—май), обусловленный пылью деревьев; 2 — летний (июнь—июль), связанный преимущественно с пылью злаковых растений и 3 — летне-осенний (август—сен-

тябрь), обусловленный пылью сорных трав (табл. 1). Это обуславливает наличие одного из характерных признаков поллиноза — четкую сезонность обострения, то есть появление и исчезновение симптомов в одни и те же месяцы и даже дни. Зная календарь цветения отдельных видов растений в каждом регионе, можно установить вероятную группу “виновных” пыльцевых аллергенов в сопоставлении с началом заболевания, что в последующем должно быть подтверждено аллергологическим обследованием.

Таблица 1

Календарь цветения деревьев и трав средней полосы (включая Татарстан)

Месяц	Число	Виды растений
Апрель	15 — 30	Ольха, орешник, ива, вяз, осина, тополь
Май	1 — 20	Береза, клен
	5 — 30	Бузина, сосна
Июнь	10 — 20	Одуванчик
	5 — 26	Костер, лисохвост
	20 — 30	Липа, каштан, дуб
Июль	1 — 10	
Июль	5 — 25	Овсяница, ежа, пырей, тимopheевка, мятлик
	Август	1 — 30
Сентябрь	1 — 15	

Результаты проведенного нами клинико-анамнестического обследования показали, что у детей г.Казани и РТ в этиологии поллиноза участвуют все три основные группы пыльцевых аллергенов (табл. 2) — деревьев, злаков, сорных трав. При этом только у 17,2% больных (в основном у дошкольников) определялась причинная роль одной группы аллергенов, у остальных — двух (у 29,8%) и трех (у 53,0%). Нарастание полиэтиологичности заболевания наблюдалось в прямой зависимости от его продолжительности и соответственно от увеличения возраста больных. С продолжительностью заболевания нарастала полисенсibilизация к аллергенам каждой группы.

Среди различных групп аллергенов одинаково часто, как видно из табл. 2, выявлялась этиологическая значимость пыльцы деревьев и злаков (у 84,3%), преимущественно в сочетании. Причинная роль пыльцы сорных трав определялась несколько реже (у 67,2%) и во всех случаях в сочетании с другими группами аллергенов. Почти у трети

больных (30,6%) в этиологии поллиноза участвовала пыльца подсолнечника. Следует отметить, что сенсibilизация к пыльце деревьев развивалась у детей значительно раньше (в дошкольном возрасте) и оставалась почти одинаково высокой во все возрастные периоды, в то время как сенсibilизация к злаковым и сорным травам нарастала с возрастом больных и продолжительностью заболевания.

Вместе с тем не выявлено возрастных различий в спектре "виновных" аллергенов каждой группы (табл. 3). В нашей полосе во все возрастные периоды преобладала этиологическая значимость пыльцы березы, ольхи, режелещины, клена, среди злаковых растений — пыльцы ежи сборной, райграса, тимофеевки, овсяницы, ржи, среди сорных трав — пыльцы полыни, лебеды, одуванчика.

Таблица 2

Этиологическая роль различных групп пыльцевых аллергенов при поллинозе у детей

Группа аллергенов	Число больных с выявленной сенсibilизацией,							
	Всего (n=134)		из них в возрасте, лет					
			4 — 6 (n=16)		7 — 10 (n=41)		11 — 15 (n=77)	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Деревья	20	14,9	4	25,0	8	19,5	3	3,9
Злаки	3	2,2	0	0	1	2,4	2	2,6
Сорные травы	0	0	0	0	0	0	0	0
Деревья+злаки	21	15,7	1	6,2	11	26,8	9	11,7
Деревья+сорные травы	1	0,7	0	0	1	2,4	0	0
Деревья+злаки+сорные травы	71	53,0	9	56,2	17	41,5	45	58,4
Итого:								
К 1-й группе	23	17,2	4	25,0	9	21,9	10	13,0
К 2-м группам	40	29,8	3	18,7	15	36,6	22	28,6
К 3-м группам	71	53,0	9	56,2	17	41,5	45	58,4

Таблица 3

Причинно-значимые аллергены при поллинозе у детей

Аллергены	Число больных с выявленной сенсibilизацией,							
	всего (n=134)		из них в возрасте, лет					
			4 — 6 (n=16)		7 — 10 (n=41)		11 — 15 (n=77)	
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Деревья	113	84,3	14	87,5	37	90,2	62	80,5
береза	88	65,7	12	75,0	28	68,3	48	62,3
ольха	77	57,5	9	56,2	23	56,1	45	58,4
лещина	59	44,0	7	43,7	24	58,5	28	36,4
клен	56	41,8	5	31,2	20	48,8	31	40,3
дуб	30	22,4	6	37,5	7	17,1	17	22,1
ясень	29	21,6	5	31,2	7	17,1	17	22,1
Злаки	113	84,3	12	75,0	32	78,0	69	89,6
ежа сборная	57	42,5	5	31,2	13	31,7	39	50,6
райграс	56	41,8	5	31,2	12	29,3	39	50,6
рожь	53	39,5	8	50,0	12	29,3	33	42,9
тимофеевка	52	38,8	5	31,2	8	19,5	39	50,6
овсяница	50	37,3	5	31,2	4	9,8	41	53,2
пырей	41	30,6	5	31,2	8	19,5	28	36,4
мятлик	35	26,1	3	18,7	9	22,0	23	29,9
костер	34	25,4	4	25,0	7	17,1	23	29,9
лисохвост	31	23,1	3	18,7	6	14,6	22	28,6
кукуруза	13	9,7	2	12,5	2	4,9	9	11,7
Сорные травы	90	67,2	11	68,7	21	51,2	58	75,3
полынь	76	56,7	8	50,0	17	41,5	51	66,2
лебеда	47	35,1	7	43,7	14	34,1	26	33,8
одуванчик	45	33,6	6	37,5	11	26,8	28	36,4
циклахен	16	11,9	3	18,7	4	9,8	9	11,7
Подсолнечник	41	30,6	6	37,5	11	26,8	24	31,2

У 87% больных поллинозом параллельно обнаруживалась сенсibilизация другими аллергенами (табл. 4), которая в большей части случаев была субклинической, но нередко манифестной, будучи причинно-значимой для других сопутствующих поллинозу аллергических заболеваний: атопического дерматита, респираторных аллергозов, стропфулюса и т.д.

Таким образом, у детей констатирована высокая степень пылевой полисенсibilизации с наличием гиперчувствительности к 5-15 аллергенам, которая нарастает с продолжительностью заболевания и сочетается с другими видами сенсibilизации.

Ведущими клиническими проявлениями поллиноза, как известно, является триада симптомов: ринит или риносинусит, конъюнктивит, бронхоспастический синдром или бронхиальная астма. На фоне этих симптомов развитие других синдромов (носовые кровотечения, пылевой контактный дерматит, крапивница и/или отек Квинке, астеновегетативный синдром, снижение памяти, малые эпилептические припадки, нарушение слуха и зрения, вульвиты, циститы и др.) происходит довольно редко. Пылевую этиологию этих синдромов можно предположить только в том случае, если они появляются в время цветения растений и сочетаются с основными симптомами поллиноза (ринитом, конъюнктивитом).

Для поллинозов характерна отчетливая сезонность, то есть симптомы появляются и проходят в одни и те же месяцы года и даже дни. Тяжесть и длительность обострения зависят от степени сенсibilизации и спектра аллергенов, а также от индивидуальной реактивности больных. С каждым последующим сезоном интенсивность и продолжительность обострения могут нарастать. Это бывает обусловлено, с одной стороны, повышением гиперчувствительности к имеющимся аллергенам, с другой — расширением спектра “виновных” аллергенов не только одной, но и других групп. При развитии сенсibilизации к пыльце 3 групп — злаковых, деревьев, сорных трав — обострение может длиться с мая по сентябрь.

Отличительной чертой поллиноза является ухудшение состояния больного при выезде в лес, поле, особенно в солнечную жаркую ветреную погоду, когда резко возрастает концентрация пыльцы в воздухе. В пасмурную и дождливую погоду, когда пыльцы в воздухе значительно меньше, больной чувствует себя лучше.

У наблюдаемых нами детей преобладали ринит и конъюнктивит. Они выявлялись почти у всех больных с одинаковой частотой (97,8% и 97,0% соответственно), в большинстве случаев (94,8%) в сочетании, развиваясь либо параллельно, либо последовательно в следующем сезоне цветения растений (табл. 5). Лишь у единичных больных с непродолжительным течением болезни данные симптомы наблюдались изолированно: у 2,3% — ринит, у 1,5% — конъюнктивит. Ринит при поллинозе характеризовался жжением и зудом в носе, покраснением, отеком кожи у носовых ходов, обильной ринореей в сочетании с заложенностью носа, приступообразным чиханием (до 10-20 чиханий). Конъюнктивит проявлялся зудом и жжением в углах глаз, покраснением конъюнктив, отеком век, слезотечением, светобоязнью. Данные симптомы появлялись при нормальной температуре тела, редко протекали на фоне интоксикации (4,6%), усиливались при выходе детей на улицу, выезде за город, особенно в ветреную солнечную погоду.

У 32,1% детей наблюдался бронхоспастический синдром, который, судя по анамнезу, возникал обычно через 2—3 года от начала заболевания. Он характеризовался появлением першения в зеве, приступообразным кашлем, затрудненным дыханием, режущими приступами удушья. У 4,5% детей на фоне риноконъюнктивального синдрома развивался дермальный синдром в виде сезонного обострения атопического дерматита (1,5%), крапивницы и отека Квинке (2,1%). У 8,7% больных в периоде обострения поллиноза наблюдались астеновегетативный синдром, снижение памяти, головные боли, снижение аппетита, нарушение сна.

Из табл.5 также видно, что в различные возрастные периоды частота отдельных клинических симптомов поллиноза была неодинаковой. У детей 4—6 лет преобладал риноконъюнктивальный синдром (75%), в то время как в более старшем возрасте (в 11-15 лет) частота бронхоспастического синдрома достигала 35%. В основном у старших по возрасту детей наблюдались дермальный и вегетоастенический синдромы. Это свидетельствует о том, что с увеличением продолжительности заболевания нарастают полисиндромность и тяжесть течения поллиноза.

Лечение больных поллинозом проводилось в двух направлениях: 1) предсезонная специфическая иммунотерапия (СИТ) этиологически значимыми ал-

Частота сочетания поллиноза с другими видами сенсибилизации (n = 134)

Аллергены	Выявлена сенсибилизация					
	всего		этиологически значимая		субклиническая	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Аллергены	96	71,6	21	15,7	75	56,0
Бактериальные	43	32,1	0	0	43	50,0
Домашняя пыль	41	30,6	17	12,7	24	17,9
Перо подушки	39	29,1	7	5,2	32	17,2
Эпидермальные	32	23,9	9	6,7	23	23,9
Лекарственные	28	20,9	17	12,7	11	8,2

Таблица 5

Варианты клинических синдромов поллиноза в зависимости от возраста детей

Варианты клинических синдромов	Возрастные группы, лет							
	от 4 до 6 (n=16)		от 7 до 10 (n=41)		от 11 до 15 (n=77)		всего (n=134)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ринит	3	18,7	0	0	0	0	3	2,2
Конъюнктивит	0	0	2	4,9	0	0	2	1,5
Риноконъюнктивальный синдром	9	56,2	25	61,0	48	62,3	82	61,2
Риноконъюнктивальный и бронхоспастический синдромы	4	25,0	12	29,3	25	32,5	41	30,6
Ринодермальный синдром	0	0	0	0	1	1,3	1	0,7
Риноконъюнктивальный и дермальный синдромы	0	0	2	4,9	1	1,3	3	2,2
Риноконъюнктивальный, бронхоспастический и дермальный синдромы	0	0	0	0	2	2,6	2	1,5

аллергенами; 2) неспецифическое лечение, включавшее в остром периоде купирование симптомов симптоматическими средствами, а в стадии ремиссии — курсы гистаглобулинотерапии, санацию очагов инфекции и лечение сопутствующих заболеваний.

Всем больным, исходя из выявленного спектра причинно-значимых аллергенов, готовились из них индивидуальные лечебные смеси, при этом в каждую смесь вводилось не более 5 аллергенов с учетом групповой принадлежности (деревьев, злаковых, сорных трав). В результате одной смесью были лечены 55 (41,0%) больных, двумя — 52 (38,8%), тремя — 27 (20,1%); из них 1—3 аллергенами — 26 (19,4%) детей, 4—6 — 37 (27,6%), 7—10 — 29 (21,6%), 10—15 — 42 (31,3%).

Перед началом лечения всем больным было проведено алергометрическое титрование индивидуальными ле-

чебными смесями для подбора начальной лечебной (пороговой) дозы, которое показало, что у больных поллинозом весьма высока гиперчувствительность к пыльцевым аллергенам, в связи с этим пороговая доза разведения составляла от 10^{-18} до 10^{-34} (в среднем 10^{-23}). Гиперчувствительность нарастала в прямой зависимости от продолжительности заболевания и развития полисенсибилизации. Специфическая иммунотерапия была начата всем больным в условиях аллергологического отделения и затем, после введения двух—трех разведений, продолжена в аллергологических кабинетах города.

Эффективность СИТ оценивалась по 4 степеням: 1) отличные результаты, если в течение 1—2 последующих сезонов цветения у больных отсутствовали симптомы поллиноза; 2) хорошие, если на следующий год симптомы поллиноза были слабо или частично выражены

ными, непродолжительными и полностью купировались самостоятельно или сразу после приема лекарственных средств; 3) удовлетворительными, если в последующие сезоны симптомы поллиноза были выражены слабее при сохранении продолжительности обострения, легче купировались приемом противоаллергических и симптоматических средств; 4) без эффекта, если отсутствовала положительная динамика, то есть в последующие сезоны цветения симптомы поллиноза оставались в той же степени выраженности или нарастали по интенсивности и продолжительности.

Оценить эффективность лечения мы смогли у 94 наблюдаемых больных. Анализ данных через 2—5 лет от начала лечения показал далеко не однозначные результаты: отличные — у 23 (24,5%) больных, хорошие — у 35 (37,2%), удовлетворительные — у 19 (20,2%) и отсутствие эффекта — у 17 (18,1%). Данные, полученные в ходе индивидуального анализа, проведенного у каждого больного, изучались в зависимости от методов терапии, спектра “виновных” аллергенов и клиники поллиноза. У 51 ребенка полностью закончены 1—3 курса предсезонной СИТ соответствующими пыльцевыми аллергенами (до разведения 10^{-1} — 10^{-2}). 33 человека начинали СИТ предсезонно от 1 до 3 раз, но, как правило, прерывали ее на различных разведениях аллергенов. 10 больных не продолжили начатую в стационаре СИТ и в периоде обострения поллиноза получали только симптоматическое лечение.

В соответствии с характером проведенного лечения мы разделили больных на 3 группы (табл. 6). У больных, полностью закончивших 1—3 курса СИТ (51 чел.), преобладали отличные и хорошие результаты (43,1 и 45,1% соот-

ветственно), только у 11,8% они были удовлетворительными. Ни у одного больного лечение не оказалось безуспешным. Среди 33 детей, не закончивших курсы СИТ, отличный результат был отмечен только у одного (3,0%) больного, трижды начавшего предсезонную СИТ. Примерно с одинаковой частотой наблюдались у больных этой группы хорошие и удовлетворительные результаты (36,4 и 39,4% соответственно). У 7 (21,2%) лечение было неэффективным. У всех 10 больных 3-й группы, леченных только симптоматически, отсутствовала положительная динамика заболевания, что свидетельствовало о сохранении в последующие сезоны всех симптомов. У 7 детей к клинике заболевания присоединились бронхоспастический и вегетостенический синдромы. Кроме того, почти у всех больных расширился спектр “виновных” пыльцевых аллергенов, что сопровождалось удлинением периода обострения поллиноза через 1—3 сезона цветения.

При сопоставлении результатов эффективности лечения с широтой пыльцевой полисенсibilизации и клиникой поллиноза было отмечено, что лучшими результатами оказались у больных с меньшим спектром “виновных” аллергенов и при небольшой продолжительности заболевания.

Дети хорошо переносили СИТ — ни в одном случае осложнений не наблюдалось.

Иллюстрацией клинических особенностей поллиноза и эффективности комплексного его лечения может служить следующее наблюдение.

О., 14 лет. Впервые к врачу обратились в возрасте 10 лет с жалобами на кожные высыпания, кашель, одышку, заложенность носа, приступообразное чихание, особенно летом.

Таблица 6

Результаты лечения поллиноза различными методами

Группы	Методы терапии	Результаты лечения								
		п	отличные		хорошие		удовлетворительные		без эффекта	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 — я	СИТ, 1 — 3 курса	51	22	43,1	23	45,1	6	11,8	0	0
2 — я	СИТ, неполных 1 — 2 курса	33	1	3,0	12	36,4	13	39,4	7	21,2
3 — я	Симптомати- ческая терапия	10	0	0	0	0	0	0	10	100,0
Итого:		94	23	24,5	35	37,2	19	20,2	17	18,1

В анамнезе отмечается: с рождения — экссудативно-катаральный диатез, с 2 месяцев — истинная крапива, которая в 4—5-летнем возрасте трансформировалась в нейродермит, сохранившийся до настоящего обращения. В 7-летнем возрасте родители заметили появление у ребенка в летнее время (в июле) приступообразного чихания (до 20-30 раз), которое сопровождалось покраснением глаз, зудом век и носа, слезотечением, заложенностью носа. Участковым педиатром диагностирована аденовирусная инфекция и назначено лечение (капли в нос и глаза, сульфадиметоксин). Однако симптомы сохранялись в течение месяца, а затем внезапно исчезли. На следующий год заболевание повторилось в те же сроки, а через год оно началось значительно раньше (в июне) и протекало тяжелее, чем в предыдущие годы, с присоединением к первым признакам одышки со свистящими хрипами. Все эти годы больному постоянно проводились различные медикаментозное лечение и маэвая терапия, без выраженного эффекта. К аллергологу ребенок был направлен через три года от начала заболевания.

При осмотре отмечены общая слабость, вялость, гиперемия конъюнктив, слезотечение, светобоязнь, зуд век и носа, заложенность носа, приступообразное чихание (до 15 раз), видимая экспираторная одышка с частотой дыхания до 34—38 в 1 мин. Кожа в локтевых и подколенных сгибах сухая, лихенизированная, на шее — папулезная сыпь, корочки, расчесы. Вокруг рта — гиперемия, сухость, трещины. Зев гиперемирован, миндалины отечны, имеется множественный кариес.

В результате углубленного клинического и комплексного аллергологического обследования диагностированы поллиноз, риноконъюнктивальный и бронхоспастический синдромы; диффузный нейродермит пищевой поливалентной этиологии, тяжелое течение, период обострения; холецистохолангит и дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу; энтеробиоз; кариес зубов. Было назначено комплексное лечение: индивидуальная элиминационная диета; антигистаминные и бронхолитические средства (мальчик поступил в остром периоде заболевания); желчегонная и противовоспалительная терапия; дегельминтизация; санация ротовой полости. В течение последующих 2 месяцев ребенок получил курс инталотерапии, а затем — курс гистаглобулинотерапии. На фоне лечения и индивидуальной диетотерапии кожный процесс и симптомы поллиноза купировались.

В октябре (в стадии ремиссии поллиноза и нейродермита) проведено комплексное аллергологическое обследование с широким спектром аллергенов (пищевые, бытовые, эпидермальные, пыльцевые, бактериальные), которое выявило этиологическую значимость 3 пыльцевых (тимофеевка, овсяница, береза) и многих пищевых аллергенов, оказавшихся причиной нейродермита и дополнительно предастмы. Аллергометрическое титрование смесью трех “виновных” пыльцевых аллергенов показало высокую степень чувствительности к ним.

СИТ начата с разведения смеси аллергенов, равного 10^{-27} , которое закончено перед сезоном следующего цветения. После курса СИТ отмечалось

значительное улучшение состояния: отсутствие в последующем сезоне бронхообструктивного синдрома, уменьшение интенсивности и продолжительности риноконъюнктивального синдрома, сокращение сроков приема лекарственных средств.

После окончания сезона цветения СИТ вновь была продолжена той же смесью аллергенов в разведении 10^{-9} (курс был закончен на разведении 10^{-1}). В результате во втором сезоне цветения наблюдалось еще более значительное улучшение: симптомы риносинусита и конъюнктивита стали преходящими, купировались без лекарственных препаратов. Третий курс СИТ дал еще лучшие результаты: в следующем сезоне цветения симптомы поллиноза исчезли.

Данный пример демонстрирует, во-первых, развитие поллиноза у ребенка в возрасте 7 лет на фоне атопического дерматита, обусловленного пищевой сенсибилизацией, которая в последующем стала причиной присоединившейся предастмы. Во-вторых, из данного примера видно, что у ребенка с увеличением продолжительности поллиноза нарастала пыльцевая полисенсибилизация с участием в этиологии в первые два сезона, по-видимому, только злаковых трав (обострение в июле), а в третьем сезоне — еще и пыльцы деревьев, в частности березы (обострение в июне). Это обусловило увеличение продолжительности обострения и нарастание тяжести течения (присоединение обструктивного синдрома). В-третьих, данный пример отражает высокую степень гиперчувствительности к пыльцевым аллергенам. Тем не менее был получен отличный результат специфической иммунотерапии причинно-значимыми пыльцевыми аллергенами (после 3 курсов предсезонного лечения) в сочетании с индивидуальной диетотерапией по поводу пищевой аллергии и предшествующей санации очагов инфекции.

Таким образом, СИТ является наиболее эффективным методом лечения поллиноза, и чем раньше от начала заболевания она будет начата, тем выше ее эффективность. Ее проводят в специализированных детских аллергологических кабинетах и отделениях, что обеспечивает стойкую ремиссию заболевания и предотвращает развитие прогрессирования аллергического процесса. Для достижения отличного результата рекомендуется от 3 до 5 курсов предсезонной специфической иммунотерапии. Использование в лечении поллиноза только средств неспецифической и/или симптоматической терапии оказывает временный эффект, не предотвращает роста пыльцевой полисенсибилизации, что обуславливает уве-

личение тяжести его течения. При необходимости СИТ следует сочетать с другими методами неспецифического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д. Частная аллергология. — М., 1976.
2. Астафьева Н.Г., Гурина Н.С. Аллергические заболевания у детей. — Саратов, 1978.
3. Беклемышев Н.Д., Ермекова Р.К., Мошкевич В.С. Поллинозы. — М., 1985.
4. Зисельсон А.Д. Поллиноз у детей. — Л., 1989.
5. Лебедева В.А., Лобанова Р.П., Елунина С.К. // Здравоохран. Казах. — 1976. — № 4. — С.28—29.
6. Лебедева В.А., Букаева С.К., Тугамбаева Н.У., Халитова Р.Г. Аллергические заболевания у детей. — Саратов, 1978.
7. Остроумов А.И., Михайлов Е.Л. Бронхиальная астма и аллергические заболевания. — М, 1977.
8. Потемкина А.М. Возрастные особенности аллергии у детей. — Учебное пособие. — Л., 1980.

9. Потемкина А.М. Диагностика и лечение аллергических заболеваний у детей. — Казань, 1990.

10. Садовничая Л.Т. // Педиатрия. — 1980. — № 12. — С. 39—41.

11. Сандлер Б.Б., Малкина Н.С. // Педиатрия. — 1981. — № 4. — С.56—58.

Поступила 01.10.94.

POLLINOSIS IN CHILDREN

A.M. Potemkina, T.V. Klykova, I.D. Skalnik

Summary

It is established that the specific immunotherapy is the most efficient treatment method of pollinosis. From 3 to 5 courses of the pre-season specific immunotherapy are recommended for excellent results. The use of only unspecific and/or symptomatic therapy measures in the treatment of pollinosis exerts temporary effect, does not prevent a rise of pollen polysensitization resulting in an increase of its course gravity.

удк 616.5 : 616.591 : 592 — 085.373

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К ГРИБАМ РОДА CANDIDA У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

В.И. Шайхразиева, В.Ю. Дядькин

Кафедра дерматовенерологии (зав. — доц. Р.З. Закиев)
Казанского государственного медицинского университета

Среди многочисленных факторов, способствующих хроническому течению экземы, нейродермита и толерантности к проводимой терапии, важную роль играют инфекционные осложнения и микробная сенсibilизация [2, 3, 7]. Однако роль микотической инфекции и сенсibilизации при этих заболеваниях изучена недостаточно полно [4—6]. Особенно неясна роль несовершенных грибов рода *Candida*, которые чрезвычайно широко распространены в окружающей среде.

Целью нашей работы было изучение роли сенсibilизации к дрожжеподобным грибам рода *Candida* в патогенезе хронических аллергодерматозов.

Под нашим наблюдением находились 158 больных с различными формами нейродермита и хронической экземы. 32 из них был нейродермит, у 31 — микробная, у 26 — себорейная и у 63 — истинная экзема. Больные были в возрасте от 17 до 60 лет. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 10 лет. Все пациенты ранее получали традиционное лечение, после которого они чувствовали лишь временное улучшение.

Для выявления сенсibilизации использовали внутрикожные тесты с аллергенами золотистого стафилококка, прогенного стрептококка *Candida albicans*

производства Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии. Дополнительно применяли реакцию повреждения нейтрофилов (тест ППН по Фрадкину).

Иммунный статус больных оценивали по реакции бласттрансформации лимфоцитов с фитогемагглютинином (РБТЛ с ФГА) [8] и уровню иммуноглобулинов А, G, М в сыворотке крови [9]. О состоянии системы фагоцитоза судили по тесту восстановления нитросинего тетразолия [1, 10].

Аллергологическое и иммунологическое обследование проводили в периоде ремиссии заболевания. Результаты исследований представлены в табл. 1 и 2.

Таким образом, при аллергологическом обследовании состояние сенсibilизации к различным аллергенам выявлено у большинства больных нейродермитом (у 55,3%), микробной (у 87,1%), себорейной (у 65,4%) и истинной (у 60,3%) экземой.

При постановке внутрикожных проб у большинства пациентов отмечались замедленные кожно-аллергические реакции, и лишь у нескольких больных на аллерген *Candida albicans* — реакции по немедленному типу.

Результаты теста ППН по Фрадкину и кожных проб с соответствующим аллергеном совпали у 67,4% больных.