

Федеральное государственное бюджетное учреждение
высшего профессионального образования
«Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской
Федерации

П о л л и н о з ы у д е т е й

Выполнила: студентка

Педиатрического
факультета

4 курса, 5 группы

Данилина Ирина
Александровна

Поллиноз – это аллергическое заболевание, обусловленное сенсibilизацией к пыльце растений и относящиеся к числу распространенных клинических форм аллергии в детском возрасте.

Широко распространенное заболевание. Средняя распространенность симптомов составляет 8,5% (1,8–20,4%) у 6–7-летних и 14,6% (1,4–33,3%) у 13–14-летних детей

(Международное исследование бронхиальной астмы и аллергии в детском возрасте: International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC))



Этиология

Этиологический фактор, вызывающий поллиноз – пыльца растений (их мужские половые клетки).

1. В центральной полосе России чаще заболевание связано с сенсибилизацией к пыльце злаковых трав, деревьев, сорных трав.
2. На юге России, в Поволжье основные аллергены полынь, подсолнечник, кукуруза, лебеда.
3. В Сибири в спектре сенсибилизации преобладает пыльца деревьев и злаков



ПОЛЛИНОЗОМ:

□ ВЕСЕННИЙ. Вызывает пыльца деревьев (с середины апреля до конца мая).

Выраженной аллергенной активностью обладают:

- пыльца березы
- пыльца дуба
- пыльца орешника
- пыльца ольхи
- пыльца клена
- пыльца ясеня
- пыльца тополя вяза
- пыльца ивы

□ ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИЙ. Подъем заболеваемости вызывает цветение злаков с начала июня до конца июля.

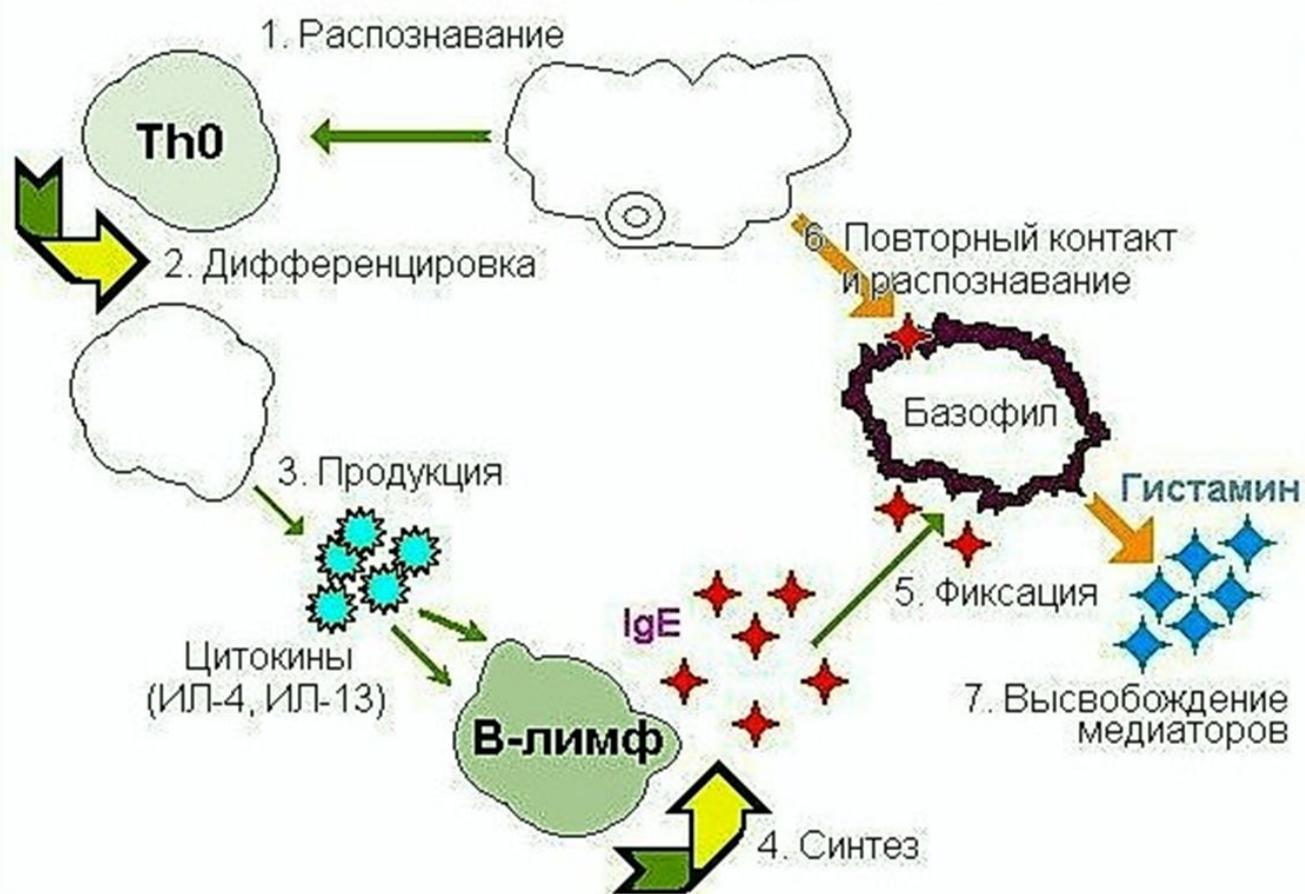
Выраженной аллергенной активностью обладают:

- дикорастущие (тимофеевка, овсяница луговая, ежа сборная, пырей, мятлик луговой)
- менее-культивируемые злаки (рожь, кукуруза).

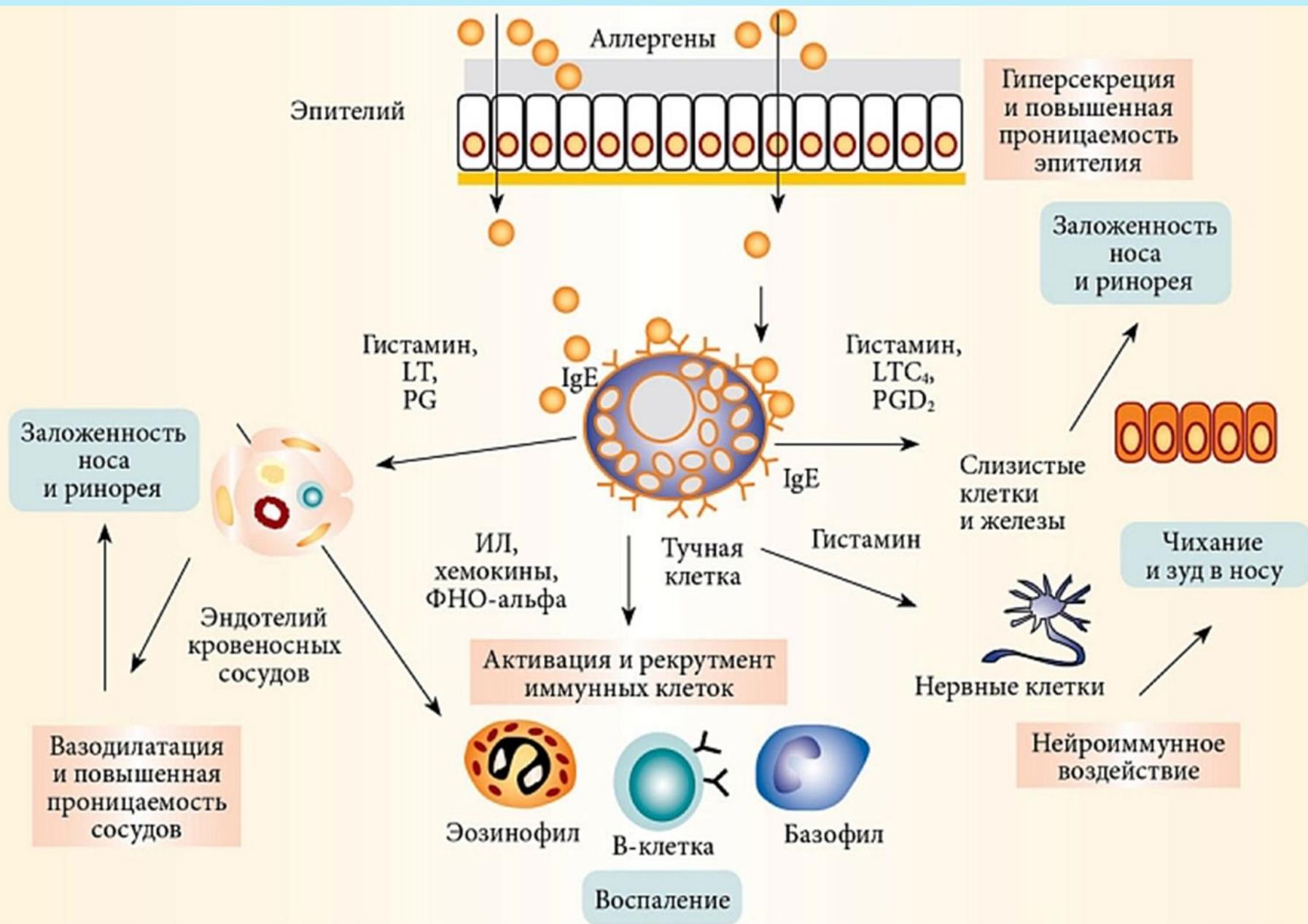
□ Пыльцевая волна (июль – сентябрь) связано с бурным пылением сорных трав (полынь, лебеда, подсолнечник).

П а т о г е н е з

Патогенетическая основа – IgE-зависимый механизм развития + наследственная предрасположенность



1. Активация Т-лимфоцитов и **распознавание** антигена.
2. Дифференцировка Th0 в Т-хелперы 2-го типа (Th2).
3. Th2 **продуцируют цитокины** (ИЛ-4, ИЛ-13).
4. Цитокины включают **синтез** IgE в В-лимфоцитах.
5. IgE **фиксируются** к специфическим рецепторам на мембранах тучных клеток и базофилов.
6. При **повторном контакте** аллерген распознается фиксированными на тучной клетке антителами.
7. Происходит активация тучной клетки с **высвобождением** преформированных (ранее образованных) **медиаторов аллергии** – гистамина, серотонина, кининов.



Примечание. LT – лейкотриены, PG – простагландины, ИЛ – интерлейкины, ФНО – фактор некроза опухоли.

к а

- Начало заболевания обычно совпадает с цветением растений, пыльца которых является причинно значимым аллергеном. Симптомы его повторяются ежегодно в одно и то же время года.
- Интенсивность клинических проявлений заболевания зависит от концентрации пыльцы в воздухе.
- Больные чувствуют себя значительно хуже за городом, в поле, где концентрация пыльцы выше.
- К частым проявлениям относятся:

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

- ▣ ЧИХАНИЕ
- ▣ ОБИЛЬНОЕ СЕРОЗНО СЛИЗИСТОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ. ВЫДЕЛЕНИЕ БЕЛОСЫЙ СЛИЗИ ИЗ НОСА, ЗАТРУДНЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ
- ▣ ЗУД СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА («АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ САЛЮТ» ОБРАЗУЕТСЯ ПОПЕРЕЧНАЯ СКЛАДКА НОСА ИЗ-ЗА ПОСТОЯННОГО ЗУДА), РОТ ПОСТОЯННО ОТКРЫТ
- ▣ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ СЕРОЗНЫМ ОТИТОМ И СИНУСИТОМ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮКТИВИТ

- ▣ ЗУД ГЛАЗ, С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА ВЕКИ
- ▣ ГИПЕРЕМИЯ КРАЕВ ВЕК, ОТЕК С ОТХОЖДЕНИЕМ ПРОЗРАЧНОГО СЕКРЕТА
- ▣ СЛЕЗОТОЧЕНИЕ
- ▣ СВЕТОБОЯЗНЬ

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (могут возникать изолированно или в сочетании)

- ▣ СУХОЙ СПАСТИЧЕСКИЙ КАШЕЛЬ С РАССЕЯННЫМИ СУХИМИ ХРИПАМИ
- ▣ БРОНХОСПАЗМ

- К нечастым проявлениям относят крапивницу, ангиоотек, контактный аллергический дерматит



При риноскопии:

- Отечная слизистая бледно-серого цвета, иногда видны участки ишемии.

- Отделяемое серозно-слизистое, содержит повышенное количество эозинофилов.

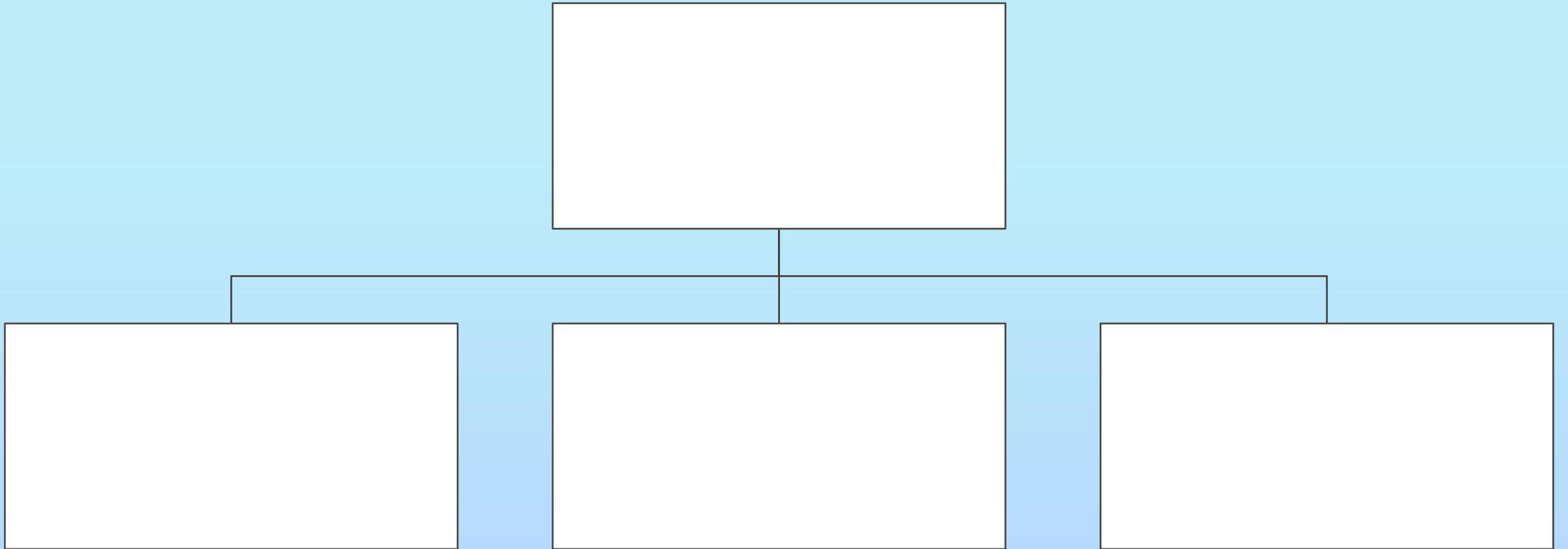


Диагностика

- Общий анализ крови (возможна эозинофилия)
- Риноцитограмма – более 10% эозинофилов (не специфический маркер)
- Передняя риноскопия (отек носовых раковин, много водянистого секрета)
- Кожные пробы с аллергенам (детям с 3х)
- Определение аллерген-специфически



Лечение



Ступенчатый подход к терапии

Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия)			
1 степень	2 степень	3 степень	4 степень
<p>Один из:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ нсН1-АГ ■ интраназальные АГ ■ интраназальные кромоны ■ АЛП 	<p>Один из:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ИНГКС (предпочтительно) ■ нсН1-АГ ■ интраназальные АГ ■ АЛП 	<p>Комбинация ИНГКС с одним или более из:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ нсН1-АГ ■ интр АГ ■ АЛП 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ?Омализумаб при тяжелом АР + БА (не одобрен для изолир АР) ■ Рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии
Препараты скорой помощи			
Деконгестанты (интраназальные/пероральные) коротким курсом Антихолинергические препараты			Пероральные ГКС
Перепроверить диагноз и/или приверженность лечению либо влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем увеличивать терапию (step-up)			

Лечение

1 ступень: один из препаратов на выбор

Антигистаминные препараты 2 поколения (группа дезлоратадина, цетиризин, лоратадин, левоцитиризин);

Либо

Интраназальные антигистаминные препараты
(капать в нос)

- например азеластин, левокабастин;

Либо

Антилейкотриеновые препараты (сингуляр)



Лечение

2 ступень: один из препаратов на выбор

Интраназальные ГК (назонекс, дезринит)

Либо

Антигистаминные препараты 2 поколения

(группа дезлоратадина, цетиризин, лоратадин, левоцитиризин);

Либо

Интраназальные антигистаминные препараты (капать в нос) – например азеластин, левокабастин;

Либо

Антилейкотриеновые препараты (сингуляр)



Лечение

е

3 ступень:

комбинация интраназальных ГК (назонекс, авамис)

с одним или более из:

Антигистаминные препараты 2 поколения (группа дезлоратадина, цетиризин, лоратадин, левоцитиризин);

Либо

Интраназальные антигистаминные препараты (капать в нос)–напримерazelastin, левокабастин;

Либо

Антилейкотриеновые препараты (сингуляр)

Аллерген специфическая терапия (АСИТ)

Основной метод патогенетического лечения, заключающийся во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного больного.

Показания:

- Пациенты с аллергическим ринитом (доказан аллерген!)
- Пациенты с бронхиальной астмой
- Пациенты с атопическим дерматитом (сенсibilизация к аллергенам клещей дом.пыли)

Противопоказания:

- Дети до 5 лет
- Тяжелые иммунодефициты
- Онкологические заболевания
- Отсутствие контроля бронхиальной астмы

Виды АСИТ:

1. Инъекционный метод (подкожное введение аллергена в область плеча)
2. Сублингвальная терапия (капли под язык)



ика

Первичная. Направлена на предупреждение развития пыльцевой аллергии:

- -ограничение общей антигенной нагрузки
- -рациональное питание
- -использование методов физического оздоровления и закаливания
- -рациональное озеленение городов(использование не аллергенных растений)
- -для родителей с атопическими заболеваниями планирование рождения ребенка вне сезона пыления

Вторичная. Предупреждение ухудшения состояния у тех лиц, которые уже страдают поллинозом.

- -обучение больного и членов его семьи вопросам лечения и профилактики пыльцевой аллергии
- -контроль за концентрацией пыльцы в помещении(закрытые окна и двери, кондиционер, увлажнители и очистители воздуха)
- -выезд в другие климатические зоны в период цветения
- -ограничение выхода на улицу в солнечную ветреную погоду
- -исключение из диеты продуктов с перекрестными аллергенными свойствами



С п и с о к л и т е р а т у р ы

1. Балабакин И.И., Корюкина И.П., Ксензова Л.Д. Поллинозы у детей. Москва, Медицинская книга, 2004.
2. Ненашева Н.М. Достижение контроля аллергического ринита с помощью ступенчатой терапии, Российская медицинская академия последипломного образования, 2018
3. Курбачева О.М., Муажон Ф., Павлова К.С., Храбина М. Феномен реактивности аллергенов и аллергенспецифическая иммунотерапия, Росс. Аллергол. журн., 2010
4. Аллергический ринит. Методические рекомендации (РААКИ), 2018.
5. Вовякина В.А. Номодикаментозные методы защиты у

С п а с и б о з а в н и м а н и е !