

Поленови алергии

Д-р Стефка Евтимова - алерголог

www.evtimova.com

■ Определение и характеристика

Поленовите алергии представляват имунологично медираны реакции към нормално разпространяващи се в атмосферата полени. Те се характеризират със следните особености:

1. Сезонност. Налице е тясна връзка между симптоматиката и определен период от годината (пролетно-летен).
2. Повторяемост на клиничните изяви. Всяка година приблизително по едно и също време пациентите имат идентични оплаквания.
3. Оплакванията са по-изразени навън в контакт със съответните полени и значително намаляват при престой в затворени пространства, както и в дъждовните дни.
4. Обикновено се засягат едновременно два или повече органа - очи, нос, бял дроб, кожа, лигавицата на устна кухина.

Наличието на фамилна обремененост с атопия увеличава риска за поленова алергия. При един родител с поленоза, вероятността детето да развие такава през всеки един етап от живота си е 25%.

■ Какво представляват полените?

Поленовите зрънца представляват мъжките полови клетки в растителното царство. В зависимост от начина им на разпространение се подразделят на две групи: анемофилни и ентомофилни. Анемофилните полени са с аеродинамична форма, пренасят се на големи разстояния (стотици километри) от вятъра и могат да причинят

оплаквания при пациенти, твърде отдалечени от поленовия източник.

Ентомофилните полени се пренасят от насекоми, привлечани от ярки и уханны цветя. Необходим е директен контакт, за да бъде сенсibiliзиран изложеният на експозиция индивид, както е случаят с цветята и житните растения. Повечето пациенти с прояви на поленова алергия са алергични към няколко различни растителни вида. Изненадващо е, че нивото на поленова сенсibiliзация е значително пониска в селските райони и "зелените" предградия, отколкото в урбанистичните центрове. Това вероятно се дължи на повишената температура, увеличеното ниво на CO₂ и силното замърсяване на въздуха в последните.

Най-честа е сенсibiliзацията към тревните полени. Разпространението им започва от края на пролетта до началото на лятото, но някои треви имат дълъг период на разпространение - почти целогодишно.

Всеки поленов сезон има своите особености - различно начало, продължителност и интензивност в зависимост от климатичните условия. Промяната на температурата в Северна Европа е причина за по-ранно начало на брезовия поленов сезон.

Размерът на полените варира от 10 до 100 микрограма, което обяснява тяхната депозиция върху лигавицата на носа и очите. Повечето страдащи от поленова алергия пациенти имат поленов риноконюнктивит (РК).

Ficus benjamina е тропическо нецъфтящо растение, широко разпространено в много домове и публични пространства. Алергичната реакция

към него е описана като относително честа, вероятно поради кръстосаната реактивност между алергени на фикуса и тези на латекса. Алергените могат да се открият в домашния прах и повърхности, месеци след преместване на растението.

Най-чести поленови алергии:

1. Алергичен ринит (АР).
2. Алергичен конюнктивит (АК).
3. Бронхиална астма (БА).
4. Поленов контактен дерматит.
5. Орален алергичен синдром (ОАС).

■ Алергичен ринит

Алергичният ринит (АР) е IgE медирано възпаление на лигавицата на носа, характеризиращо се с ринорея, назална обструкция, сърбеж, кихане, постназално стичане на секрет, симптоми, които са обратими спонтанно или след лечение. Тази симптоматика се открива в два или повече последователни дни за повече от един час.

Съвременната класификация на АР е базирана на тежестта на симптоматиката и нейното влияние върху качеството на живот на пациентите.

Според ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) АР се подразделя на:

1. Интермитентен - симптомите присъстват:
 - 4 пъти седмично;
 - 4 последователни седмици.
2. Персистиращ - симптомите присъстват:
 - 4 пъти седмично;
 - 4 последователни седмици.



3. Лек - липсват следните симптоми:

- Нарушение в съня;
- Влошена дневна активност;
- Влошена работоспособност;
- Влошена успеваемост в училище.

4. Тежък/средно тежък - един или повече от следните симптоми са на лице:

- Нарушение в съня;
- Влошена дневна активност;
- Влошена работоспособност;
- Влошена успеваемост в училище.

Тежестта на АР е независима от провежданото лечение. Напоследък подобно с променената класификация на бронхиалната астма (БА) според нивото на контрол се правят опити АР също да се подраздели на контролиран и неконтролиран, но все още липсват достатъчно данни, които да направят възможно това.

■ Алергичен конюнктивит

Открива се при над 75% от пациентите с поленов ринит. Най-често се касае за алергичен риноконюнктивит (РК). Водещи симптоми са: сърбеж, зачервяване, сълзене.

■ Бронхиална астма

При 40-50% от болните с поленов РК се откриват и симптоми на бронхиална астма - пристъпен задух, свиркащо дишане, кашлица, провокирана от експозиция на полени в този сезон.

■ Орален алергичен синдром

Оралният алергичен синдром се характеризира с оток и сърбеж на устните, езика, мекото небце, след контакт на храни с орофарингиалната лигавица, имащи кръстосана реактивност с инхалаторни алергени - полени. Най-често описани реакции на кръсто-

сана реактивност са между: брезов полен и сурови плодове: ябълка, череши, моркови, целина, бадеми, картофи; тревен полен - киви, домати; амброзия - банани, пъпеш, диня. Наблюдава се изключително при пациенти с алергичен риноконюнктивит.

Поради факта, че кръстосано реактивният протеин е термолабилен, пациенти с ОАС могат безопасно да консумират термично обработени плодове с изключение на бадеми.

■ Лечение

Както при всички алергични заболявания, така и при поленозите е важно намаляването на контакта със специфичния алерген (доколкото това е възможно). Престой през поленовия сезон на места с намалена концентрация на полени - на морския бряг, в по-чисти райони намалява значително оплакванията.

Най-често използваните медикаменти за лечение на алергичния РК са антихистамините, които блокират хистамина и повлияват водещите симптоми - сърбеж, кихане, ринорея, сълзене. Могат да се прилагат както перорално, така и локално.

При по-тежко протичащите форми на поленови алергии се използват и локални кортикостероиди.

Алергенната имунотерапия (ИТ) е с доказана ефективност при млади пациенти с моносенсибилизация и ранно начало на започването ѝ (2^{ра}-3^{та} сезон). Чрез нея се постига значително намаляване на оплакванията в продължение на години след спирането ѝ. Предотвратява се нова сенсибилизация; спира прогресирането на поленовия РК до астма. Освен класическата парентерална ИТ, през последните години се прилага и перорална (сублингвална) ИТ. Нейното приложение е по-удобно за пациента, поради липсата на болезнени убождания, самостоятелност в приложението ѝ,

по-безопасна е (с по-малко странични ефекти) и по-подходяща за пациентите в детска възраст.

Започването на ИТ се прецизира след извършване на диагностични кожни прик тестове с полени и подробното ѝ обсъждане с пациента или неговите родители. Продължителността е между 3 и 5 години.

■ Профилактика

1. При налична поленова алергия при един от родителите, планирането на бременността и раждането на детето извън поленовия сезон намалява риска от изява на такава според някои проучвания.
2. Отказ от тютюнопушене при риск от поленоза. Поради намалена бариерна функция на покривния епител на бронхиалното дърво три пъти се увеличава алергенното проникване при пушачи.
3. Професионално ориентиране при пациенти в училищна възраст - работа в сферата на туризма осигурява възможност за продължителен престой в райони с минимална поленова концентрация. ■

Използвани съкращения:

- Алергичен ринит - АР
- Алергичен конюнктивит - АК
- Бронхиална астма - БА
- Поленов контактен дерматит - ПКД
- Орален алергичен синдром - ОАС
- Алергенната имунотерапия - ИТ

КНИГОПИС:

1. ARIA - 2008 UPDATE.
2. Allergy - september 2007 - R. Mosges, L. Klimek - Today's Allergic rhinitis patients are different: New factors that may play a role.
3. Koplin J; Allen K; Gurrin L; Osborne N; Tang MLK; Is caesarean delivery associated with sensitization to food allergens and Ig E - mediated food allergy: A systematic review; Pediatric allergy and Immunology Vol.19 No. December 2008; 682-87.
4. Cigarette smoke facilitates allergen penetration across respiratory epithelium; Allergy 2009; 64: 398-405.