

УДК 616-056.3 (477.74)

А.И. Гоженко, О.В. Гармидер

**АНАЛИЗ КЛИНИКО-АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ПОЛЛИНОЗОМ В Г. ОДЕССЕ**

Украинский научно-исследовательский институт медицины транспорта, г. Одесса

**Резюме.** В статье представлены результаты по изучению клинико-аллергологических характеристик, лабораторных показателей больных поллинозом в г. Одессе. Исследования проводились как в период ремиссии, так и в период обострения заболевания. На основании полученных данных сделаны выводы о том, что основной причиной поллиноза в г. Одессе является пыльца сорных трав, луговых злаков и культурных растений (подсолнух, кукуруза, рожь), причем преобладает сенсibilизация к пыльце амброзии. Развитие поллиноза определяют наследственный фактор, индивидуальные особенности нейроэндокринно-иммунного

взаимодействия. Тяжелому течению поллиноза способствуют поливалентная пыльцевая сенсibilизация, нарушения работы гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, щитовидной железы, вегетативной нервной системы, системы пищеварения. Длительно протекающие поллинозы также могут способствовать развитию и прогрессу эндокринной и вегетативной дисфункций.

**Ключевые слова:** поллиноз, пыльцевая сенсibilизация, наследственность, нейроэндокринно-иммунное взаимодействие.

**Введение.** Поллиноз относится к числу наиболее распространенных аллергических заболеваний, в основе которого лежит аллергическая реакция немедленного типа [16]. Заболевание характеризуется рядом особенностей: сезонностью, полиморфизмом клинических проявлений, возможной перекрестной аллергией с пищевыми продуктами [1, 6, 7, 18-20, 25]. Развитию поллиноза способствуют наследственная предрасположенность, средовые факторы, сопутствующие заболевания [17, 21, 22, 24, 26]. Предрасположенность к развитию аллергии, в частности поллиноза, определяется индивидуальными особенностями нейроэндокринно-иммунного взаимодействия [10-12, 2, 28]. Холинергическое воздействие стимулирует дегрануляцию тучных клеток, усиливая проявления аллергии [3]. Эта закономерность используется в диагностике и лечении аллергических ринитов [2]. Изменения в состоянии гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси приводят к формированию и осложнению аллергических процессов. Многие исследователи сегодня уделяют внимание функциональному состоянию эндокринных органов при аллергических заболеваниях [8, 9]. В своих исследованиях В.И. Пыцкий выявил определенную степень недостаточности коры надпочечников у больных с длительно протекающими аллергическими заболеваниями [14, 15]. В свою очередь, изменения в работе иммунокомпетентных клеток приводят к функциональным нарушениям нервной и эндокринной систем [23].

С учетом высокой распространенности (от 1,6 до 40 %), многообразия клинических проявлений поллиноз представляет собой не только медицинскую, но и серьезную социальную проблему [4-6]. В последние годы проводились исследования по определению особенностей поллиноза, характерных для Одесской области [21]. В данном исследовании устанавливался причинный

этиологический фактор поллинозов, возрастные группы, характер клинических проявлений. Учитывая рост обращений к аллергологам и врачам других специальностей больных поллинозом, с нашей точки зрения является перспективным дальнейшее изучение особенностей этой патологии в г. Одессе.

**Цель исследования.** Изучить клинико-лабораторные показатели больных поллинозом в г. Одессе в периоды обострений, сопоставить периоды возникновения поллиноза, длительность заболевания, тяжесть течения, уровень сенсibilизации с наличием сопутствующей патологии, эндокринными нарушениями.

**Материал и методы.** В качестве методов обследования использовались:

1. Сбор аллергологического анамнеза.
2. Проведение аллергообследования методом кожного тестирования пыльцевыми аллергенами производимыми ООО «Иммунолог» г. Винница (пыльца деревьев, злаковых и полевых трав, сорняков), содержащие в 1 мл 10000 PNU. Выполнение и оценивание прик-теста проводилось согласно инструкции.
3. Определение Ig E специфического к пыльцевым аллергенам методом ИФА.
4. Определение уровня иммуноглобулина E общего.
5. Общий анализ крови, лейкоцитарная формула.

При сборе анамнеза обращалось внимание:

- на возраст, когда впервые проявлялись признаки поллиноза;
- на наличие сопутствующей патологии;
- на наличие или отсутствие признаков гормонального дисбаланса;
- на состояние вегетативной нервной системы.

В качестве дополнительных методов исследования использовались:

- определение биохимических показателей крови (глюкоза, печеночные пробы, холестерин, бета-липопротеиды);
- проведение ультразвукового обследования органов брюшной полости, щитовидной железы, почек, органов малого таза;
- фиброзофагогастродуоденоскопия;
- определение количественных показателей эндокринной системы (гормоны гипофиза, щитовидной железы, надпочечников);
- копрограмма;
- общий анализ мочи;
- бактериологические исследования (бакпосев из зева, носа, анализ кала на дисбактериоз);
- исследование состояния вегетативной нервной системы с помощью метода кардиоинтервалографии.

Аллерготестирование проводилось в период ремиссии для определения основных (причинно-значимых) аллергенов и выявления латентной (скрытой) сенсibilизации к другим группам аллергенов.

За период 2009-2011 гг. нами было осмотрено, а затем и обследовано в состоянии ремиссии 643 пациента в возрасте от 16 до 60 лет, из них 265 мужчин, что составляет 41 %, и 378 женщин – 59 %. 595 пациентов прошли аллергообследование методом кожного тестирования, у 48 человек определялся IgE специфический методом ИФА, у 406 человек был определен IgE общий. Обследуемые были поделены на группы по ряду признаков:

1. Спектр сенсibilизации (группы аллергенов).
2. Клинические проявления (синдромы, их сочетания).
3. Тяжесть течения (легкое, средней степени, тяжелое). Критериями служат степень нарушения дневной активности, сна, работоспособность, выраженность симптомов, их количество.
4. Длительность заболевания (5, 10 и более лет).

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Из данных, приведенных в таблице 1 следует, что 33,6 % больных сенсibilизированы к пыльце нескольких групп аллергенов, 66,4 % – сенсibilизированы к пыльце одной группы. Численность больных сенсibilизированных к пыльце сорных трав составляет – 66,4 %. У 27,4 % больных присутствует сенсibilизация не только к сорным травам, но и к пыльце злаковых и /или пыльце деревьев. У пациентов с гиперчувствительностью к аллергенам нескольких групп чаще преобладала сенсibilизация к сорным травам (сложноцветным и маревым – амброзия, полынь, лебеда, циклахена, подсолнечник) – 23,2 %. Злаковые (луговые) травы как причина поллиноза проявили себя в 25,7 % случаев при сенсibilизации только к этой группе аллергенов, и в 16,6 % – при поливалентной пыльцевой гиперчувствительности. Среди них преобладала сенсibilизация к пыльце тимopheевки, мятлику, ежи сборной,

овсяницы. Пыльца деревьев явилась причиной поллиноза у 1,7 % обследуемых. В 16,6 % была выявлена сенсibilизация к пыльце деревьев наряду с пыльцой других групп. Чаще других вызвала гиперчувствительность пыльца березы, акации, каштана, тополя.

Опираясь на данные, приведенные в таблице 2, можно заключить, что в клинике поллиноза преобладают проявления ринита, конъюнктивита, сочетаясь в риноконъюнктивальном синдроме, реже фарингита – 81,3 %. Полисиндромность – риноконъюнктивальный синдром, фарингит, бронхиальная астма, кожные проявления – проявились в 17 %. Изолированная бронхиальная астма регистрировалась в 1,7 % случаев. Перекрестные аллергические реакции с пищевыми продуктами были отмечены у 60 % пациентов. В большинстве случаев развивалась реакция на мед – 38,6 %. В анамнезе отмечена реакция на дыню, арбуз, сельдерей, халву, клубнику, свеклу, шпинат, руколу, фитопрепараты.

По степени тяжести поллиноза пациенты распределились следующим образом: легкое течение – 31,72 %, средней степени – 46,97 %, тяжелой степени – 21,31 %. В таблице 3 представлены данные по соответствию тяжести течения поллиноза клинико-аллергологическим характеристикам пациентов. При легкой форме заболевания у пациентов клинические признаки болезни были незначительны, ограничивались явлениями ринита – 13,7 %, конъюнктивита – 4,3 %, либо риноконъюнктивальным синдромом – 14 %, дневная активность и/или сон не нарушены. Легкое течение поллиноза беспокоило пациентов с сенсibilизацией к одной группе пыльцевых аллергенов, причем их количество не превышало трех-четырех. Легкое течение поллиноза было вызвано пыльцой деревьев в 0,98 %, пыльцой злаковых – в 14,17 % и пыльцой сорных трав – в 16,57 % случаев. Перекрестная пищевая аллергия к меду была отмечена в 1,08 % случаев. У основной массы пациентов были проявления средней степени тяжести. Симптомы заболевания нарушали сон, препятствовали работе. Качество жизни существенно ухудшалось. Больные жаловались на слабость, раздражительность, повышение температуры до субфебрильных цифр. Клинические проявления выражались ринитом, конъюнктивитом, риноконъюнктивальным синдромом (РКС) у 38,41 % больных, РКС в сочетании с бронхиальной астмой – у 4,82 %, БА – у 0,62 %, РКС в сочетании с кожными проявлениями – у 3,12 %. Сенсibilизированы были к сорным травам 21,42 % пациентов, к злаковым травам – 10,93 %, к пыльце деревьев – 0,62 %, к двум группам аллергенов – 10,79 %, к трем группам – 3,21 %. Отмечали перекрестную пищевую аллергию почти большинство пациентов этой группы – 38,71 %. При тяжелом течении поллиноза симптомы были выражены настолько ярко, что пациенты не могли нормально работать и отдыхать в течение дня, а также спать ночью. Клинические проявления

Таблица 1

## Спектр сенсibilизации обследуемых больных

Группы больных	Количество пациентов, сенсibilизированных к одной группе пыльцевых аллергенов						Количество пациентов, сенсibilизированных к нескольким группам пыльцевых аллергенов					
	Деревья		Злаки		Сорные травы		Деревья, злаки		Злаки, сорные травы		Деревья, злаки, сорные травы	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	4	0,6	68	10,6	101	15,7	17	2,6	46	7,2	29	4,5
Женщины	7	1,1	97	15,1	150	23,3	23	3,6	63	9,8	38	5,9
Всего	11	1,7	165	25,7	251	39	40	6,2	109	17	67	10,4
	абс - 427, % - 66,4						абс - 216, % - 33,6					

Таблица 2

## Клинические проявления поллиноза у пациентов

Группы больных	Клинические проявления										Перекрестные аллергические реакции с пи- щевыми проду- ктами	
	Ринит/конъюнктивит, РКС, фарингит		БА		РКС+БА		РКС+кожные про- явления		РКС+БА+кожные прояв- ления			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	218	33,9	5	0,8	28	4,4	13	2	1	0,2	135	21
Женщины	305	47,4	6	0,9	39	6,1	26	4	2	0,3	251	39
Всего	523	81,3	11	1,7	67	10,5	39	6	3	0,5	386	60

были представлены риноконъюнктивальным синдромом – 13,21 %, бронхиальной астмой – 1,08 %, их сочетанием (РКС+БА) – 5,59 %, сочетанием РКС, БА с кожными проявлениями в виде крапивницы, аллергического контактного дерматита, фитофотодерматита, обострением атопического дерматита – в 1,38 %. По результатам аллергодиагностики пациенты с тяжелым течением поллиноза имеют поливалентную сенсibilизацию: к пыльце двух групп аллергенов – 11,4 %, к пыльце трех групп – 8,2 %, к аллергенам сорных трав – 1,01 %, к аллергенам злаковых – 0,6 %, к пыльце деревьев – 0,1 %. Аллергодиагностика у таких больных демонстрировала высокую степень чувствительности к пыльце амброзии, что соответствовало периоду самых интенсивных клинических проявлений. Все пациенты этой группы страдали перекрестными аллергическими реакциями с пищевыми продуктами.

Уровень IgE общего превышал норму у 48,7 % пациентов, причем превышение в основном было незначительным. Лишь в 5 % при сопутствующих бронхиальной астме, аллергическом круглогодичном рините, атопическом дерматите, патологии органов пищеварения этот показатель был увеличен в 2-4 раза. У 51,3 % пациентов уровень IgE общего не превышал нормы, но был приближен к верхней границе. Таким образом, этот показатель стоит рассматривать как критерий оценки иммунологического статуса, подтверждающий активность аллергического воспаления. В стадии обострения у больных в клиническом анализе крови выявлялись эозино-

филия, лимфоцитоз, небольшой сдвиг формулы влево. При анализе анамнестических данных пациентов установлено, что 63 % из них имеют аллергологическую наследственность. Прямые родственники болели ринитом, бронхиальной астмой, крапивницей, медикаментозной аллергией. 71 % больных кроме поллиноза страдают другими заболеваниями как аллергической, так и неаллергической природы. У трети пациентов – 33,6 % обнаружена сенсibilизация к бытовым, эпидермальным, аллергенам, у 21,4 % обнаружена сенсibilизация к аллергенам плесневых грибов. Среди сопутствующей аллергической патологии преобладает аллергический ринит – 29 %, затем следуют бронхиальная астма – 11,7 %, крапивница – 5,9 %, контактный дерматит – 4,4 %, медикаментозная аллергия – 4,3 %, инсектная аллергия – 1 %, атопический дерматит – 0,5 %, фотодерматит – 0,4 %. Обращает на себя внимание тот факт, что у 44 % (283 чел.) обследуемых поллиноз возник в периоды естественного гормонального дисбаланса: пубертатный период – 26 % (164 чел.), в пременопаузу, менопаузу – 12 % (78 чел.), в период возрастного андрогенного дефицита – 6 % (38 чел.). Косвенными признаками возрастного андрогенного дефицита являлись повышенный уровень холестерина, глюкозы крови, развитие доброкачественной дисплазии предстательной железы [12]. У пациенток, страдающих предменструальным синдромом, поллиноз имел среднюю и тяжелую степень течения – 6,4 % (41 чел.). У 10 человек – 1,6 % обследуемых – имелись нарушения в системе гипофиз-

Таблица 3

## Соотношение степени тяжести поллиноза с клинико-аллергологическими характеристиками пациентов

Характеристики		Тяжесть течения заболевания											
		Легкое течение				Средней степени				Тяжелое течение			
		мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сроки заболев.	До 5 лет	14	2,18	74	11,51	51	7,94	63	9,78	23	3,57	3	0,47
	До 10 лет	56	8,7	58	9,02	73	11,35	97	15,1	27	4,2	32	4,98
	Свыше 10 лет	2	0,31	---	---	6	0,93	12	1,87	13	2,02	39	6,07
Сенсибилизация	Одна группа АГ	72	11,19	132	20,53	96	14,93	116	18,04	9	1,4	2	0,31
	Несколько групп АГ	---	---	---	---	34	5,29	56	8,71	54	8,4	72	11,2
Клинические проявления	РКС, ринит, фарингит, конъюнктивит	68	10,57	123	19,12	114	17,73	133	20,68	36	5,59	49	7,62
	БА	---	---	---	---	2	0,31	2	0,31	3	0,46	4	0,62
	РКС + БА	---	---	---	---	8	1,24	23	3,58	20	3,11	16	2,48
	РКС+БА + кожные проявления	---	---	---	---	---	---	---	---	1	0,15	2	0,31
	РКС+кожные проявления	4	0,62	9	1,39	6	0,94	14	2,18	3	0,46	3	0,46
Перекрестная пищевая аллергия		2	0,31	5	0,77	74	11,5	175	27,21	59	9,17	71	11,04
Сопутствующие заболевания	Внутренние болезни	29	4,51	37	5,75	72	11,19	91	14,15	37	5,75	49	7,62
	Эндокринные нарушения	---	---	---	---	18	2,79	26	4,04	21	3,26	25	3,88
	Аллергические заболевания	8	1,24	11	1,71	80	12,44	148	23,01	52	8,08	69	10,73
Всего		Абс-72, %-11,19		Абс-132, %-20,53		Абс-130, %-20,22		Абс-172, %-26,75		Абс-63, %-9,79		Абс-74, %-11,52	

надпочечники: первичный гиперальдостеронизм – 1 чел., гипоальдостеронизм – 1 чел., врожденная дисфункция коры надпочечников – 1 чел., недостаточность коры надпочечников – 6 чел. (вследствие аутоиммунных заболеваний, длительного приема глюкокортикоидов), болезнь Иценко-Кушинга – 1 чел. Часть пациентов - 6% (39 чел.) имели нарушения со стороны щитовидной железы в виде аутоиммунного тиреоидита, гипотиреоза, гиперфункции, эутиреоидного зоба. Нарушения в работе эндокринной системы были подтве-

рждены измененными количественными показателями гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, антитела к тиреоглобулину, тиреопероксидазе), надпочечников (кортизол, альдостерон, эстрадиол, тестостерон), гипофиза (АКТГ, ТТГ, ФСТ). Все пациенты с эндокринной патологией страдают тяжелым течением поллиноза с длительностью заболевания 10 и более лет. Развитие поллиноза происходило в основном на фоне имеющихся эндокринных заболеваний. Однако у некоторых пациентов – 20 чел. (3,1 %) – с течением за-

болевание более 10 лет появление поллиноза предшествовало развитию аутоиммунного тиреоидита, недостаточности коры надпочечников аутоиммунной природы, ранней менопаузы. При сборе анамнеза установлено, что большинство пациентов страдает вегето-сосудистой дистонией – 88 %. Метод кардиоинтервалов подтвердил ваготоническую направленность вегетативного гомеостаза этих больных. 41 % (264 чел.) пациентов отмечали во время обострения поллиноза более выраженные проявления вегето-сосудистой дистонии – снижение или повышение артериального давления, чувство нехватки воздуха, нарушение ритма сердца, головокружение, повышенное потоотделение, иногда боли в животе, запоры. Известно, что функция иммунной системы тесно взаимосвязана с процессами метаболизма. В связи с этим следует обратить внимание на то, что у 49 % (315 чел.) больных поллиноз развился на фоне заболеваний органов пищеварения – дискинезия ЖВП, хронический холецистит, хронический гепатит, хронический панкреатит, хронический гастрит, дисбиоз кишечника, глистная инвазия. У части пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ – 19,9 % (128 чел.) – было отмечено повышение уровня трансаминаз, амилазы, холестерина, глюкозы крови. У всех таких пациентов развивалась как перекрестная пищевая аллергия, так и аллергическая реакция на антигенные компоненты нерастительного происхождения. Поллинозом больные страдали семь и более лет, тяжесть течения – средняя и тяжелая. Возрастная категория этой группы в основном – от 40 до 60 лет. При дообследовании практически у всех были обнаружены изменения в структуре щитовидной железы, часто с превышением уровня антител к ткани железы, изменением показателей Т3, Т4. У мужчин (6 %) – аденома предстательной железы, у женщин – 12 % перименопауза.

### Выводы

1. Наиболее значимым этиологическим фактором поллиноза в г. Одессе является пыльца сложноцветных и маревых (полыни, лебеды, амброзии, одуванчика, циклахены, подсолнечника) с преобладанием сенсибилизации к пыльце амброзии.

2. По данным исследований больных поллинозом г. Одессы заболевание развивалось в основном у лиц с аллергологической наследственностью. Развитию поллиноза способствовала ваготоническая направленность вегетативного гомеостаза, а также заболевания щитовидной железы, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, болезни системы пищеварения.

3. Наиболее характерным клиническим проявлением поллиноза в г. Одессе является риноконъюнктивальный синдром. Тяжелое течение заболевания развивалось чаще при поливалентной пыльцевой сенсибилизации, сопутствующей патологии эндокринной системы. Заболевания желудочно-кишечного тракта способствовали развитию как перекрестной пищевой аллергии,

так и аллергической реакции на пищевые аллергены нерастительного происхождения, что усугубляло тяжесть течения поллиноза.

4. Длительно протекающие поллинозы влияют на состояние эндокринной системы – щитовидной железы, надпочечников, вегетативной нервной системы, что подтверждают факты выявленного нейроэндокринно-иммунного взаимодействия.

### Литература

1. Клименко В. А. Характеристика пилкової сенсибілізації у дітей Харківського регіону / В.А. Клименко, А.В. Серветник, Л.М. Адарюкова // Астма та алергія. – 2012. – № 2. – С. 14-15.
2. Левіщенко В.С. Обґрунтування шляхів удосконалення діагностики та лікування алергічних ринітів / В.С. Левіщенко. – К.: НІФП, 2006. – С. 12-13.
3. Акмаев И.Г. От нейроэндокринологии к нейроиммунноэндокринологии / И.Г. Акмаев, В.В. Гриневич // Бюл. эксперим. биол. и мед. – 2001. – Т. 131, № 1. – С. 22-32.
4. Алешина Р.М. Пыльцевая аллергия: клинико-аллергологическая диагностика и специфическая иммунотерапия / Р.М. Алешина // Клини. иммунол. Аллергол. Инфектол. – 2006. – № 3. – С. 34-37.
5. Горячкина Л.А. Поллинозы: современный взгляд на проблему / Л.А. Горячкина, О.С. Дробик, А.Ю. Насунова // Вестн. сем. мед. – 2012. – № 1. – С. 10-16.
6. Заболотный Д.И. Эпидемиология, диагностика и лечение аллергического ринита / Д.И. Заболотный // Мед. газета «Здоров'я України XXI сторіччя». – 2009. – № 9/1. – С. 9.
7. Звягинцева Т.Д. Пищевая аллергия / Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай // Ліки України. – 2011. – № 10 (156). – С. 74-80.
8. Иллек Я.Ю. Эндокринные нарушения при atopической бронхиальной астме у детей / Я.Ю. Иллек, Г.А. Зайцева, М.Р. Куимова // Вят. мед. вестн. – 2000. – № 2. – С. 3-5.
9. Иллек Я.Ю. Функция щитовидной железы при аллергическом диатезе / Я.Ю. Иллек, С.В. Рудницкий // Вят. мед. вестн. – 2000. – № 2. – С. 13-15.
10. Ланин Д.В. Нейроэндокринные механизмы регуляции иммунной системы / Д.В. Ланин, Н.В. Зайцева, О.В. Долгих // Успехи соврем. биол. – 2011. – Т. 131, № 2. – С. 122-134.
11. Особенности нарушений нейрогуморальной регуляции, цитокинового и тиреоидного статуса у больных с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта / О.Н. Родионова, Н.В. Трубина, Е.Ю. Реутова [и др.] // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та. – 2009. – Сер. 11, Вып. 1. – С. 51-57.
12. Парахонский А.П. Нейроэндокринно-иммунные механизмы в развитии аллергических заболеваний / А.П. Парахонский // Фундаментальные исследования. – 2009. – № 10 – С. 67-68.
13. Печерский А. В. Частичный возрастной андрогенный дефицит. Влияние на развитие метаболического синдрома и патологии предстательной железы / А.В. Печерский. – СПб., 2005. – С. 12-13 (Учебное пособие).
14. Пыцкий В.И. Аллергические заболевания / В.И. Пыцкий. – М.: Медицина, 1991. – С. 70-75.
15. Пыцкий В.И. Неиммунные механизмы в патогенезе atopической группы заболеваний / В.И. Пыцкий // Аллергология и иммунология. – 2005. – № 1. – С. 98-105.
16. Победенная Г.П. Поллиноз – вспомни о знакомой проблеме / Г.П. Победенная // Мед. газета «Здоров'я України XXI сторіччя». – 2011. – № 1 (13). – С. 40-41.
17. Приходько А.Б. До питання полінозу в Україні / А.Б. Приходько, Т.І. Ємець // Довкілля та здоров'я. – 2007. – № 1. – С. 67-68.

18. Пухлик Б. М. Поллинозы: что должен знать каждый / Б.М. Пухлик // Мед. газета «Здоров'я України XXI сторіччя». – 2006. – № 8 (141). – С. 54-55.
19. Пухлик Б.М. Аллергический конъюнктивит / Б.М. Пухлик // Клін. імунол., алергол., інфектол. – 2008. – № 3/1 (спецвыпуск). – С. 24-30.
20. Пухлик С.М. Аллергический ринит / С.М. Пухлик, С.Б. Безшапочный // Клін. імунол. Алергол. Інфектол. – 2008. – № 3/1 (спецвыпуск). – С. 31-36.
21. Пухлик С.М. Поллинозы в Одесской области / С.М. Пухлик // Мед. газета «Здоров'я України XXI сторіччя». – 2012. – № 4 (20). – С. 45-47.
22. Совместный взгляд клиницистов и аэробиологов на поллиноз/ С.Н. Недельская, Е.Д. Кузнецова, Т.Г. Бесикало [и др.] // Запорож. мед. ж. – 2007. – № 4. – С. 66-68.
23. Щербина И. Н. Иммуно-нейроэндокринные взаимосвязи в развитии перименопаузальной патологии / И.Н. Щербина // Междунар. мед. ж. – 2012. – № 1. – С. 56-60.
24. Epidemiology of Cypress Pollen Allergy in Montpellier / D. Caimmi, R. Raschetti, P. Pons [et al.] // J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. – 2012. – Vol.22, №4. – P.280-285.
25. From pollinosis to digestive allergy / J. Bartra, J. Sastre, A. del Cuvillo [et al.] // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. – 2009. – Vol 19, Suppl 1. – P. 3-10.
26. Gonzalo-Garijo M.A. Differences in the spatial distribution of airborne pollen concentrations at different urban locations within a city / M.A. Gonzalo-Garijo, R. Tormo-Molina, A.F. Mu // J. Invest. Allergol. Clin. Immunol. – 2006. – Vol. 16, № 1. – P. 37-43.
27. Jane M. Daun. Glucocorticoid sensitivity of interleukin-1 agonist and antagonist secretion: the effects of age and gender / Daun M. Jane, Ball W. Richard, Cannon G. Joseph // American Journal of Physiology – Regulatory, Integrative and Comparative Physiology. – 1 April 2000. – Vol. 278. – P. 855-862.
28. Kim L. Cortisol and corticosterone in the songbird immune and nervous systems: local vs. systemic levels during development / L. Kim, Schmidt, Soma K. Kirana // Am. J. of Physiology – Regulatory, Integrative and Comparative Physiology. – 1 July 2008. – Vol. 295. – P.103-110.

## АНАЛІЗ КЛІНІЧНО-АЛЕРГОЛОГІЧНИХ І КЛІНІЧНО-ЛАБОРАТОРНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ У М. ОДЕСІ

*А.І. Гоженко, О.В. Гармідер*

**Резюме.** У статті представлені результати з вивчення клінічно-алергологічних характеристик, лабораторних показників хворих на поліноз у м. Одесі. Дослідження проводилися як у період ремісії, так і в період загострення захворювання. На підставі отриманих даних зроблені висновки про те, що основною причиною полінозу в м. Одесі є пилок бур'янів, лугових злаків і культурних рослин (соняшник, кукурудза, жито), причому переважає сенсibilізація до пилку амброзії. Розвиток полінозу визначають: спадковий чинник, індивідуальні особливості нейроендокринно-імунної взаємодії. Тяжкому перебігу полінозу сприяють полівалентна пилкова сенсibilізація, порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, щитоподібної залози, вегетативної нервової системи, системи травлення. Тривалий перебіг полінозу також може сприяти розвитку і прогресу ендокринної і вегетативної дисфункцій.

**Ключові слова:** поліноз, пилкова сенсibilізація, спадковість, нейроендокринно-імунна взаємодія.

## ANALYSIS OF CLINICOALLERGIC AND LABORATORIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS SUFFERING FROM POLLINOSIS IN ODESSA

*A.I. Gozhenko, O.V. Garmider*

**Abstract.** The paper presents the results of a study of clinicoallergic characteristics as well as laboratory parameters of patients with pollinosis in Odessa. The studies were conducted both in remission, and in the period of exacerbation. On the basis of the data obtained the conclusion was made, that the main cause of pollinosis in Odessa is the pollen of weeds, meadow grasses and crops (sunflower, corn and rye), sensitization to ragweed pollen being predominant. The development of pollinosis is determined by hereditary factors and by individual characteristics of neuro-endocrine-immune interaction. Severe pollinosis is promoted by polyvalent pollen sensitization, disturbance in hypothalamic-pituitary-adrenal axis, in thyroid gland, in autonomic nervous system and digestive system activities. A long course of pollinosis may also contribute to the development and progress of the endocrine and autonomic dysfunction.

**Key words:** pollinosis, pollen sensitization, heredity, neuroendocrine-immune correlation.

Ukrainian research institute of transport medicine (Odessa)

Рецензент – доц. Г.Д. Коваль

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 39-44

Надійшла до редакції 24.09.2013 року