

УДК 616-056.3:576.8.095.32:616.211-002:617.711-002(477.63)

ОСОБЛИВОСТІ ПИЛКОВОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ У МІСТІ ДНІПРО

Є. В. Корецькая, Є. М. Дитятковська

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпровської Міської Ради

Резюме. Поліноз — алергічне захворювання слизових оболонок, обумовлене гіперчутливістю до аерозольних алергенів, концентрація яких в повітрі періодично стає причинно-значущою. Основним завданням специфічної діагностики полінозу є встановлення гіперчутливості до тих чи інших пилоквих алергенів. Доказом наявності гіперчутливості до будь-яких алергенів, в тому числі пилоквих, повинні бути: 1) зв'язок клінічних проявів алергічного захворювання з контактом з певними рослинами (сезонність загострень); 2) наявність позитивних шкірних тестів з пилоквом тих чи інших рослин; 3) наявність у сироватці крові хворих специфічних IgE-антитіл до цих пилоквих алергенів. Метою дослідження було вивчення характеру сенсibilізації у хворих на поліноз, що мешкають у місті Дніпро. Було проведено обстеження 104 хворих на поліноз з клінічними проявами ринокон'юнктивального синдрому. Тривалість захворювання на поліноз коливалася від 1 до 38 років і в середньому становила $(9,59 \pm 0,77)$ років. Для виявлення причинно-значущих алергенів всім хворим проведено шкірні проби методом *prick-test* з стандартними пилоквими алергенами. Результати дослідження показали, що у більшості (78,8 %) обстежених хворих на поліноз виявлена сенсibilізація до пилку рослин літньо-осінньої полінації (третя пилоква хвиля). Сенсibilізацію до рослин другої пилоквої хвилі (весняно-літній поліноз) виявлено тільки у 7,7 % обстежених. Слід зазначити, що 13,5 % хворих на поліноз мали сенсibilізацію до пилку рослин як 2-й, так і 3-й пилоквих хвиль, і саме у цих пацієнтів було виявлено сенсibilізація до найбільшої кількості алергенів — від 8 до 15. Також аналіз структури сенсibilізації показав, що найбільш часто зустрічалася комбінація сенсibilізації до пилку амброзії в поєднанні з пилоквом соняшнику (84,9 %), полину (75,3 %) і циклахени (69,9 %); сенсibilізація до пилку соняшнику в поєднанні з пилоквом амброзії (98,8 %), полину (81,3 %), циклахени (75 %); до пилку полину в поєднанні з пилоквом амброзії (98,6 %), соняшнику (91,5 %) і цикламени (77,5 %). Сенсibilізація до пилку циклахени найбільш часто комбiнувалася з сенсibilізацією до пилку амброзії (98,5 %), полину (83,3 %), соняшнику (90,9 %) і кукурудзи (56,1 %); а сенсibilізація до пилку кукурудзи — з пилоквом амброзії (97,8 %), полину (80,4 %), соняшнику (87,0 %) і циклахени (80,4 %). При цьому сенсibilізація до пилку лугових трав виникала у значно меншій кількості пацієнтів. Так, сенсibilізація до пилку амброзії поєднувалася з сенсibilізацією до пилку райграсу тільки в 14,0 % пацієнтів, до тимофіївки, багаття і пирію — в 12,9 % випадків. Однак 72,2 % пацієнтів з сенсibilізацією до райграсу мали також і сенсibilізацію до амброзії. Сенсibilізація до тимофіївки найчастіше виступала в комбiнації з сенсibilізацією до райграсу (88,9 %), багаття (83,3 %), пирію (77,8 %) і амброзії (66,7 %). Сенсibilізація до лисохвосту в 100 % випадків поєднувалася з сенсibilізацією до тимофіївки, в 90,9 % — з гіперчутливістю до багаття, пирію, їжаки і райграсу, в 72,7 % випадків до амброзії.

Ключові слова: поліноз, сенсibilізація, пилокві алергени.

Є. В. Корецькая

лікар-алерголог КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги»

Дніпровської Міської Ради,

асистент кафедри професійних хвороб та клінічної імунології
ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

49006, Дніпро, вул. Володимира Антоновича, 65,

49044, Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9.

e-mail: el.kor.allergy@gmail.com

Астма та Алергія, 2019, № 3, С. 29–34.

FEATURES OF POLLINIC SENSITIZATION IN PATIENTS WITH POLLINOSIS IN THE CITY OF DNIPRO

I. V. Koretskaia, Ye. Dytyatkovska

Abstract. Hay fever is an allergic disease of the mucous membranes due to hypersensitivity to airborne allergens, when their air concentration periodically becomes causative. The main task of the specific diagnosis of hay fever is to establish hypersensitivity to certain pollen allergens. Evidence of hypersensitivity to any allergens, including pollen, should include: 1) the relationship of clinical manifestations of an allergic disease and contact with certain plants (seasonality of exacerbations) 2) positive skin tests to pollen of certain plants; 3) the presence of specific serum IgE antibodies to these pollen allergens. The aim of our study was to study the nature of sensitization in patients with pollinosis, residents of the city of Dnipro. A survey of 104 patients with hay fever with clinical manifestations of rhinoconjunctivitis was conducted. The duration of pollinosis ranged from 1 to 38 years and averaged (9.59 ± 0.77) years. To identify causative allergens, all patients underwent skin prick tests with standard pollen allergens. *The results of the study* showed that in the majority of examined patients with pollinosis (78.8 %) there was a sensitization to pollen of plants of summer-autumn pollination (third pollen wave). Sensitization to plants of the second pollen wave (spring-summer pollinosis) was found only in 7.7 % of examined patients. It should be noted that 14 patients with pollinosis (13.5 %) had sensitization to pollen of plants of both the 2nd and 3rd pollen waves, and in these patients sensitization to the largest number of allergens was detected — from 8 to 15. An analysis of the structure of sensitization showed that the most common combination was sensitization to ragweed pollen and sunflower pollen (84.9 %), wormwood (75.3 %) and cyclachaena (69.9 %); sensitization to pollen of sunflower — in combination with ragweed pollen (98.8 %), wormwood (81.3 %), cyclachaena (75 %); wormwood pollen — in combination with ragweed pollen (98.6 %), sunflower (91.5 %) and cyclachaena (77.5 %). Sensitization to pollen of cyclachaena was most often combined with sensitization to pollen of ragweed (98.5 %), wormwood (83.3 %), sunflower (90.9 %) and corn (56.1 %); and sensitization to corn pollen — with ragweed pollen (97. %), wormwood (80.4 %), sunflower (87.0 %) and cyclachaena (80.4 %). In this case, sensitization to the pollen of meadow herbs occurred in a significantly smaller number of patients. For example, sensitization to ragweed pollen was combined with sensitization to ryegrass pollen in only 14.0 % of patients, to timothy, fescue and wheat grass — in 12.9 %. However, 72.2 % of patients with sensitization to ryegrass also had sensitization to ragweed. Sensitization to timothy most often acted in combination with sensitization to ryegrass (88.9 %), fescue (83.3 %), wheat grass (77.8 %) and ragweed (66.7 %). And sensitization to the foxtail was combined in 100 % of cases with sensitization to timothy, in 90.9 % — with hypersensitivity to the fescue, wheat grass, hedgehog and ryegrass, and in 72.7 % — to ragweed.

Key words: hay fever, sensitization, pollen allergens.

E. V. Koretskaia
allergist KU "Dnepropetrovsk Clinical Association of Emergency Medicine"
Dnieper City Council "
Assistant, Department of Occupational Diseases and Clinical Immunology
State Institution "Dnepropetrovsk State Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine"
49006, Dnipro, st. Vladimir Antonovich, 65,
49044, Dnipro, st. Vladimir Vernadsky, 9.e-mail: el.kor.allergy@gmail.com
Астма та Алергія, 2019, № 3, С. 29–34.

ОСОБЕННОСТИ ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЛЛИНОЗОМ В ГОРОДЕ ДНЕПР

Е. В. Корецкая, Е. М. Дитятковская

Резюме. Поллиноз — аллергическое заболевание слизистых оболочек, обусловленное гиперчувствительностью к аэрозольным аллергенам, концентрация которых в воздухе периодически становится причинно-значимой. Основной задачей специфической диагностики поллиноза является установление гиперчувствительности к тем или иным пыльцевым аллергенам. Доказательством наличия гиперчувствительности к любым аллергенам, в том числе пыльцевым, должны быть: 1) связь клинических проявлений аллергического заболевания с контактом с определенными растениями (сезонность обострений); 2) наличие положительных кожных тестов с пылью тех или иных растений; 3) наличие в сыворотке крови больных специфических IgE-антител к этим пыльцевым аллергенам. *Целью исследования* было изучение характера сенсibilизации у больных поллинозом, проживающих в городе Днепр. Проведено обследование 104 больных поллинозом с клиническими проявлениями риноконъюнктивального синдрома. Длительность заболевания поллинозом колебалась от 1 до 38 лет и в среднем составляла

(9,59 ± 0,77) лет. Для выявления причинно-значимых аллергенов всем больным проведены кожные пробы методом ргік-test со стандартными пыльцевыми аллергенами. Результаты исследования показали, что у большинства обследованных больных поллинозом (78,8 %) выявлена сенсibilизация к пыльце растений летне-осенней поллинии (третья пыльцевая волна). Сенсibilизацию к растениям второй пыльцевой волны (весенне-летний поллиноз) обнаружено только у 7,7 % обследованных. Следует отметить, что 13,5 % больных поллинозом имели сенсibilизацию к пыльце растений как 2-й, так и 3-й пыльцевых волн. Именно у этих пациентов была обнаружена сенсibilизация к наибольшему количеству аллергенов — от 8 до 15. Также анализ структуры сенсibilизации показал, что наиболее часто встречалась комбинация сенсibilизации к пыльце амброзии в сочетании с пыльцой подсолнечника (84,9 %), полыни (75,3 %) и циклахены (69,9 %); сенсibilизация к пыльце подсолнечника в сочетании с пыльцой амброзии (98,8 %), полыни (81,3 %), циклахены (75 %); к пыльце полыни в сочетании с пыльцой амброзии (98,6 %), подсолнечника (91,5 %) и циклахены (77,5 %). Сенсibilизация к пыльце циклахены наиболее часто комбинировалась с сенсibilизацией к пыльце амброзии (98,5 %), полыни (83,3 %), подсолнечника (90,9 %) и кукурузы (56,1 %); а сенсibilизация к пыльце кукурузы — с пыльцой амброзии (97,8 %), полыни (80,4 %), подсолнечника (87,0 %) и циклахены (80,4 %). При этом сенсibilизация к пыльце луговых трав возникала у значительно меньшего количества пациентов. Так, сенсibilизация к пыльце амброзии сочеталась с сенсibilизацией к пыльце райграса только у 14,0 % пациентов, к тимофеевке, костру и пырею — у 12,9 %. Однако 72,2 % пациентов с сенсibilизацией к райграсу имели также и сенсibilизацию к амброзии. Сенсibilизация к тимофеевке чаще всего выступала в комбинации с сенсibilизацией к райграсу (88,9 %), костру (83,3 %), пырею (77,8 %) и амброзии (66,7 %). Сенсibilизация к лисохвосту в 100 % случаев сочеталась с сенсibilизацией к тимофеевке, в 90,9 % случаев с гиперчувствительность к костру, пырею, еже и райграсу, а в 72,7 % к амброзии.

Ключевые слова: поллиноз, сенсibilизация, пыльцевые аллергены.

Е. В. Корецкая

врач-аллерголог КУ «Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи»

Днепропетровского Городского Совета»,

ассистент кафедры профессиональных болезней и клинической иммунологии

ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины»

49006, Днепр, ул. Владимира Антоновича, 65,

49044, Днепр, ул. Владимира Вернадского, 9.

e-mail: el.kor.allergy@gmail.com

«Астма и аллергия», 2019, № 3, С. 29–34.

Поліноз — алергічне захворювання слизових оболонок, обумовлене гіперчутливістю до аерозольних алергенів, концентрація яких в повітрі періодично стає причинно-значущою. Необхідність вивчення цієї проблеми диктується постійним збільшенням захворюваності, втратою працездатності хворими в період загострення хвороби, прогресуючим характером її перебігу та формування бронхіальної астми.

Для України характерні три основні сезони цвітіння рослин, що визначають три піки маніфестації симптомів полінозу. Перший пік захворюваності полінозом (весняний) викликає пилок дерев (з середини березня до кінця квітня). Серед дерев виражену алергенну активність має пилок берези, дуба, ліщини, вільхи, липи, ясена, платана, тополі, в'язу, верби. Другий (весняно-літній) характеризується підйомом захворюваності з початку червня до кінця липня, а викликає його цвітіння злаків. Найбільшу антигенну активність мають дикорослі (timoфіївка, райграс, костриця, грястиця, пирій, жито, китник, стоколос, тонконіг, вівсяниця лугова, їжака збірна). Третя пилова хвиля (липень-вересень) пов'язана з бурхливим запилюванням смітних трав (полин, амброзія, лобода, соняшник, циклахена, кукурудза).

Основним завданням специфічної діагностики полінозу є встановлення гіперчутливості до тих чи інших пилових алергенів. Доказом наявності гіперчутливості до будь-яких алергенів, у тому числі пилових, повинні бути:

1) зв'язок клінічних проявів алергічного захворювання з контактом із певними рослинами (сезонність загострень);

2) наявність позитивних шкірних тестів із пилом тих чи інших рослин; 3) наявність у сироватці крові хворих специфічних IgE-антитіл до цих пилових алергенів [1, 3, 4].

Враховуючи все вищевикладене, метою дослідження було вивчення характеру сенсibilізації у хворих на поліноз, що мешкають у місті Дніпро.

Об'єкт і методи дослідження

На базі консультативно-діагностичного центру та алергологічного відділення комунального закладу «Дніпровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпровської Міської Ради» м. Дніпро у 2014–2017 рр. було проведено обстеження 104 хворих на поліноз, який клінічно проявлявся ринкон'юнктивальним синдромом.

Вік пацієнтів коливався від 19 до 57 років, середній вік становив (34,3 ± 1,0) років, що відповідає

віковій структурі алергічних захворювань в Україні. Серед 104 пацієнтів було 57 (54,8 %) чоловіків та 47 (45,2 %) жінок. Тривалість захворювання на поліноз (від моменту постановки діагнозу) коливалась від 1 до 38 років і в середньому складала $(9,6 \pm 0,8)$ років. Пацієнтам, яких було включено до дослідження, раніше не проводилось лікування методом алерген-специфічної імунотерапії. Для виявлення причинно-значущих алергенів всім хворим проведено шкірні проби методом *prik-test* з стандартними алергенами пилку амброзії, циклахени, полину, соняшнику, лободи, кукурудзи, весняно-літніх трав (тимофіївка, райграс, костриця, грястиця, пирій, жито, китник, стоколос, тонконіг, вівсяниця лугова, їжака збірна) виробництва МП «Імунолог» (м. Вінниця, Україна). Дослідження проводили в період ремісії полінозу з листопада по березень.

Обробка отриманих даних проводилась з використанням пакету програм Statisticav6.1® (Statsoft Inc., США). В таблицях і тексті наведені статистичні характеристики: кількість спостережень (*n*), середнє арифметичне (*M*), стандартне відхилення (*s*), відносні показники (*P*), стандартна помилка середнього або відносної величини (*m*).

Результати та їх обговорення

Результати дослідження показали, що у більшості обстежених хворих на поліноз (78,8 %) виявлено сенсibilізацію до пилкових рослин літньо-осінньої полінації, тобто третьої пилкової хвилі (амброзія, полин, лобода, циклахена, кукурудза, соняшник). Сенсibilізацію до рослин другої пилкової хвилі (весняно-літній поліноз) виявлено у лише у 7,7 % обстеженого. Слід відзначити, що 14 (13,5 %) хворих на поліноз мали сенсibilізацію до пилку рослин як 2-ї, так і 3-ї пилкових хвиль. Саме у цих пацієнтів було виявлено сенсibilізацію до найбільшої кількості алергенів — від 8 до 15, з них лише 1 пацієнт мав гіперчутливість до 5 алергенів. Також аналіз струк-

тури сенсibilізації показав, що найбільш часто зустрічалась комбінація сенсibilізації до пилку амброзії, соняшнику та полину. Провідними алергенами, до яких було виявлено сенсibilізацію у переважній більшості відібраних пацієнтів, були алергени пилку амброзії — 93 (89,4 %) випадки, соняшнику — 80 (76,9 %), полину — 71 (68,3 %), циклахени — 66 (63,5 %). Спектр сенсibilізації до пилкових алергенів детально представлено у таблиці 1. При цьому сенсibilізація до пилку амброзії частіше відзначалась в комбінації з пилком соняшника (84,9 %), полину (75,3 %) і циклахени (69,9 %); сенсibilізація до пилку соняшника в комбінації з пилком амброзії (98,8 %), полину (81,3 %), циклахени (75 %); до пилку полину в комбінації з пилком амброзії (98,6 %), соняшника (91,5 %) та циклахени (77,5 %). Відповідні дані наведені в таблиці 2.

Також аналіз структури сенсibilізації показав, що найбільш часто зустрічалась комбінація сенсibilізації до пилку амброзії, соняшнику та полину. При цьому сенсibilізація до пилку амброзії частіше відзначалась в комбінації з пилком соняшника (84,9 %), полину (75,3 %) і циклахени (69,9%); сенсibilізація до пилку соняшника — в комбінації з пилком амброзії (98,8 %), полину (81,3 %), циклахени (75 %); до пилку полину — в комбінації з пилком амброзії (98,6 %), соняшника (91,5 %) та циклахени (77,5 %).

Сенсibilізація до пилку циклахени найбільш часто комбінувалась з сенсibilізацією до пилку амброзії (98,5 %), полину (83,3 %), соняшнику (90,9 %) та кукурудзи (56,1 %); а сенсibilізація до пилку кукурудзи — з пилком амброзії (97,8%), полину (80,4 %), соняшнику (87,0 %) та циклахени (80,4 %). При цьому сенсibilізація до пилку лугових трав виникала у значно меншій кількості пацієнтів. Так, наприклад, сенсibilізація до пилку амброзії поєднувалась з сенсibilізацією до пилку райграсу лише у 14,0 % пацієнтів, до тимофіївки, костриці та пирію — у 12,9 %. Проте 72,2 % пацієнтів з сенсibilізацією до райграсу мали також і сенсibilізацію до амброзії. Сенсibilізація до тимофіївки найчастіше виступала в комбінації з сенсibilізацією до райграсу (88,9 %), костриці (83,3 %), пирію (77,8 %) та амброзії (66,7 %). А сенсibilізація до китника в 100 % випадків поєднувалась з сенсibilізацією до тимофіївки, в 90,9 % — з гіперчутливістю до костриці, пирію, грястиці та райграсу і в 72,7 % — до амброзії (табл. 2).

Як видно з представлених даних, найбільша кількість осіб з дуже високим ступінем сенсibilізації виявлялась серед пацієнтів з сенсibilізацією до пилку соняшнику та амброзії (32,3 та 36,3 %, відповідно). Серед цих пацієнтів лише 14,0 % та 13,8 % осіб мали легкий ступінь сенсibilізації до амброзії та соняшнику, відповідно. Серед обстежених з сенсibilізацією до алергенів кукурудзи та лободи осіб з дуже високим ступенем сенсibilізації на виявлено. 81,5 % пацієнтів мали легкий ступінь сенсibilізації до лободи і 56,5 % — до кукурудзи. Обстежені з сенсibilізацією до райграсу в 66,7 % випадків мали дуже високий ступінь сенсibilізації до цього алерге-

Таблиця 1. Спектр сенсibilізації у хворих на поліноз (*n* = 104)

Алерген	Кількість випадків	
	Абс. ч.	%
Амброзія	93	89,4
Соняшник	80	76,9
Полин	71	68,3
Циклахена	66	63,5
Кукурудза	46	44,2
Лобода	27	26,0
Тимофіївка	18	17,3
Райграс	18	17,3
Костриця	17	16,3
Грястиця	16	15,4
Пирій	16	15,4
Жито	11	10,6
Китник	11	10,6
Стоколос	7	6,7
Тонконіг	5	4,8

Таблиця 2. Структура перехресної пилкової сенсibilізації у хворих на поліноз (n=104)

Амброзія	Амброзія	Полин	Лобода	Циклахена	Кукурудза	Соняшник	Тимофіївка	Грястиця	Костриця	Пирій	Райграс	Китник	Тонконіг	Стоколос	Жит
93	93	70	27	65	45	79	12	12	12	12	13	8	4	6	10
100 %	100 %	75,3 %	29,0 %	69,9 %	48,4 %	84,9 %	12,9 %	12,9 %	12,9 %	12,9 %	14,0 %	8,6 %	4,3 %	6,5 %	10,8 %
Полин	71	71	24	55	37	65	8	7	7	7	8	5	4	4	5
100 %	98,6 %	100 %	33,8 %	77,5 %	52,1 %	91,5 %	11,3 %	9,9 %	9,9 %	9,9 %	11,3 %	7,0 %	5,6 %	5,6 %	7,0 %
Лобода	27	24	27	22	19	22	3	3	4	4	3	3	2	2	3
100 %	100 %	88,9 %	100 %	81,5 %	70,4 %	81,5 %	11,1 %	11,1 %	14,8 %	14,8 %	11,1 %	11,1 %	7,4 %	7,4 %	11,1 %
Циклахена	66	55	22	66	37	60	8	9	8	8	10	5	3	4	7
100 %	98,5 %	83,3 %	33,3 %	100 %	56,1 %	90,9 %	12,1 %	13,6 %	12,1 %	12,1 %	15,2 %	7,6 %	4,5 %	6,1 %	10,6 %
Кукурудза	46	37	19	37	46	40	7	6	7	6	8	4	3	3	5
100 %	97,8 %	80,4 %	41,3 %	80,4 %	100 %	87,0 %	15,2 %	13,0 %	15,2 %	13,0 %	17,4 %	8,7 %	6,5 %	6,5 %	10,9 %
Соняшник	80	65	22	60	40	80	10	11	11	11	12	7	3	4	9
100 %	98,8 %	81,3 %	27,5 %	75,0 %	50,0 %	100 %	12,5 %	13,8 %	13,8 %	13,8 %	15,0 %	8,8 %	3,8 %	5,0 %	11,3 %
Тимофіївка	18	8	3	8	7	10	18	14	15	14	16	11	5	6	9
100 %	66,7 %	44,4 %	16,7 %	44,4 %	38,9 %	55,6 %	100 %	77,8 %	83,3 %	77,8 %	88,9 %	61,1 %	27,8 %	33,3 %	50,0 %
Грястиця	16	7	3	9	6	11	14	16	13	14	16	10	3	6	11
100 %	75,0 %	43,8 %	18,8 %	56,3 %	37,5 %	68,8 %	87,5 %	100 %	81,3 %	87,5 %	100 %	62,5 %	18,8 %	37,5 %	68,8 %
Костриця	17	7	4	8	7	11	15	13	17	15	15	10	5	6	10
100 %	70,6 %	41,2 %	23,5 %	47,1 %	41,2 %	64,7 %	88,2 %	76,5 %	100 %	88,2 %	88,2 %	58,8 %	29,4 %	35,3 %	58,8 %
Пирій	16	7	4	8	6	11	14	14	15	16	15	10	4	6	10
100 %	75,0 %	43,8 %	25,0 %	50,0 %	37,5 %	68,8 %	87,5 %	87,5 %	93,8 %	100 %	93,8 %	62,5 %	25,0 %	37,5 %	62,5 %
Райграс	18	8	3	10	8	12	16	16	15	15	18	10	3	6	11
100 %	72,2 %	44,4 %	16,7 %	55,6 %	44,4 %	66,7 %	88,9 %	88,9 %	83,3 %	83,3 %	100 %	55,6 %	16,7 %	33,3 %	61,1 %
Китник	11	5	3	5	4	7	11	10	10	10	10	11	4	4	7
100 %	72,7 %	45,5 %	27,3 %	45,5 %	36,4 %	63,6 %	100 %	90,9 %	90,9 %	90,9 %	90,9 %	100 %	36,4 %	36,4 %	63,6 %
Тонконіг	5	4	2	3	3	3	5	3	5	4	3	4	5	3	2
100 %	80,0 %	80,0 %	40,0 %	60,0 %	60,0 %	60,0 %	100 %	60,0 %	100 %	80,0 %	60,0 %	80,0 %	100 %	60,0 %	40,0 %
Стоколос	7	4	2	4	3	4	6	6	6	6	6	4	3	7	5
100 %	85,7 %	57,1 %	28,6 %	57,1 %	42,9 %	57,1 %	85,7 %	85,7 %	85,7 %	85,7 %	85,7 %	57,1 %	42,9 %	100 %	71,4 %
Жито	11	5	3	7	5	9	9	11	10	10	11	7	2	5	11
100 %	90,9 %	45,5 %	27,3 %	63,6 %	45,5 %	81,8 %	81,8 %	100 %	90,9 %	90,9 %	100 %	63,6 %	18,2 %	45,5 %	100 %

ну і слід відзначити, що 72,2 % з них також мали високий і дуже високий ступінь сенсibilізації до пилку амброзії. Проте пацієнти з гіперчутливістю до китника, яка в 72,7 % випадків поєднувалась з сенсibilізацією до амброзії, лише в 9,1 % випадків мали дуже високий ступінь сенсibilізації до китника. Дуже високий ступінь сенсibilізації до костриці, який було виявлено у 35,5 % пацієнтів з гіперчутливістю до цього алергену, в 70,6 % поєднувався з дуже високим і високим ступенем сенсibilізації до амброзії. Аналогічна картина спостерігається і по відношенню до сенсibilізації до костриці та грятіці.

Відомо, що у переважній більшості пацієнтів з полінозом формується сенсibilізація до кількох пилкових алергенів [2, 5, 6, 7, 8]. Так, у переважної

кількості хворих (73,1 %) було виявлено гіперчутливість до відповідних алергенів при проведенні шкірного прик-тесту до пилку 3-6 рослин, в тому числі більш ніж у чверті пацієнтів (26,9 %) — до 5 пилкових алергенів одночасно. Сенсibilізацію до 1-го виду пилкових алергенів виявлено лише у 7,7 % обстежених, до 2-х — у 4,8 %. Слід відзначити, що у 6,7 % пацієнтів виявлено сенсibilізацію до 10 і більше пилкових алергенів. Відповідні дані наведені на рис. 1.

При проведенні кореляційного аналізу було встановлено слабкий, але достовірний кореляційний зв'язок між віком хворих на поліноз та кількістю алергенів, до яких встановлено сенсibilізацію. При цьому нами також відзначено, що з віком збіль-

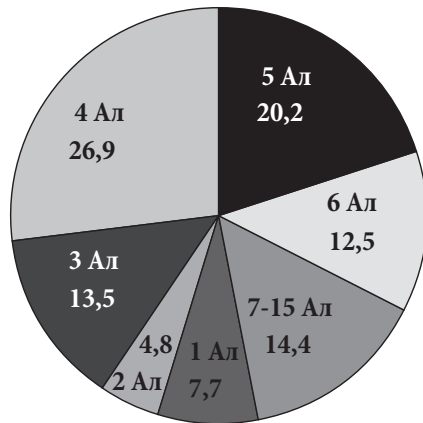


Рис. 1. Структура пилкової сенсibiлізації у хворих на поліноз, що увійшли до дослідження.

шується ризик розвитку множинної сенсibiлізації до пилку різних рослин (коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,26$).

Висновок

Таким чином, найбільша кількість пацієнтів з найвищим ступенем гіперчутливості виявлялась серед осіб з сенсibiлізацією до пилку амброзії. Ці пацієнти також мали дуже високий ступінь перехресної сенсibiлізації до лугових трав (райграсу, костриці та грястиці).

ЛІТЕРАТУРА

1. Дранник ГН. Клиническая иммунология и аллергология. К: ООО «Полиграф плюс»; 2010. 552 с.
2. Дитятковська ЄМ. Епідеміологічні закономірності полінозу у м. Дніпропетровську. Ринологія. 2012;1:13–19.
3. Зайков СВ. Методы диагностики аллергических заболеваний. Здоров'я України. 2010;2:50–53.
4. Пухлик БМ. Алергічні захворювання: навч. посібник. Вінниця: НОВА КНИГА; 2004. 240 с.
5. Пухлик СМ, Безшпочный СБ. Алергический ринит. Клинич. иммунология. Алергология. Инфектология. 2008;3/1:31–36.
6. Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, Hamilton R, Spector SL, Tan R, et al. Allergy Diagnostic Testing: an updated practice parameter. Ann Allergy Asthma Immunol. 2008;100(suppl. 3):1–148.
7. Jacobsen L. Preventive aspects of specific immunotherapy. Current Allergy & Clinical Immunology. 2003;16(3):102–4.
8. Blaiss MS. Allergic rhinitis: direct and indirect costs. Allergy Asthma Proc. 2010;31:375–380.

REFERENCES

1. Drannik GN. Klinicheskaya immunologiya i allergologiya (Clinical immunology and allergology). K: ООО «Poligraf plus»; 2010. 552 s.
2. Dytyatkovs'ka YeM. Epidemiolohichni zakonomirnosti polinozu u m. Dnipropetrovs'ku (Epidemiological patterns of pollinosis in Dnepropetrovsk). Rynolohiya. 2012;1:13–19.
3. Zaykov SV. Metody diagnostiki allergicheskikh zaboolevaniy (Diagnostic methods for allergic diseases). Zdorov'ya Ukraini. 2010;2:50–53.
4. Pukhlyk BM. Alerhichni zakhvoryuvannya: navch. posibnyk (Allergic diseases: educ. manual). Vinnytsya: NOVA KNYHA; 2004. 240 s.
5. Pukhlyk SM, Bezshapochnyy SB. Allerhycheskyy rynyт (Allergic rhinitis). Klinich. imunolohiya. Alerholohiya. Infektolohiya. 2008;3/1:31–36.
6. Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, Hamilton R, Spector SL, Tan R, et al. Allergy Diagnostic Testing: an updated practice parameter. Ann Allergy Asthma Immunol. 2008;100(suppl. 3):1–148.
7. Jacobsen L. Preventive aspects of specific immunotherapy. Current Allergy & Clinical Immunology. 2003;16(3):102–4.
8. Blaiss MS. Allergic rhinitis: direct and indirect costs. Allergy Asthma Proc. 2010;31:375–380.

Надійшла до редакції 11.09.2019 р.

Прийнято до друку: 17.09.2019 р.

Є. В. Корецкая

ORCID iD

orcid.org/0000-0003-3891-8813

Є. М. Дитятковська

ORCID iD

orcid.org/0000-0001-9007-8634