

*В. А. Жарин², С. В. Федорович¹, В. Г. Цыганков¹, А. М. Бондарук¹,
В. П. Курченко³, Т. Н. Головач², А. Г. Сыса⁴*

ИННОВАЦИИ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*РУП «Научно-практический центр гигиены», Минск¹,
ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь», Минск²,
УО «Белорусский государственный университет»³,
УО «Международный государственный экологический институт
имени А. Д. Сахарова» БГУ⁴*

В новых Международных рекомендациях по ведению пациентов с пищевой аллергией 2015 года дано определение, что: «Пищевая аллергия (далее – ПА) – разновидность нежелательной реакции с иммунным механизмом» и может быть зависимой и независимой от IgE с жизнеугрожающими случаями анафилаксии.

Эпидемиология пищевой аллергии по анамнезу в 6 раз выше, чем подтверждается иммунологическими и провакационными тестами и составляет 17%, а наличие сенсibilизации по специфическому IgE – 10%.

В настоящее время нет четких факторов риска для развития пищевой аллергии. В то же время пол, возраст, место жительства, семейный атопический анамнез, наличие других аллергических проявлений влияют на вероятность пищевых аллергических реакций [1, 2, 3].

Нами обследовано 162 пациента с пищевой аллергией, что составляет 8,76% от общего числа больных. Свыше половины лиц исследуемой группы 51,9% представляли мужчины, 48,1% – женщины.

Распределение по возрасту было следующее: до 20 лет – 27 пациентов (16,7%), от 30 лет – 52 (32,1%), от 40 лет – 21 (12,9%), от 50 лет – 22 (13,6%), от 60 лет – 24 (14,9%), свыше 60 лет – 16 (9,8%).

Поскольку пищевая аллергия может иметь профессиональную этиологию, нами был изучен социальный статус пациента. В результате было выявлено преобладание лиц занятых преимущественно интеллектуальным трудом (78 человек: экономисты, бухгалтера, инженеры, медицинские и социальные работники, научные сотрудники.) Лиц, занимающихся преимущественно физическим трудом было 42 человека (работники ресторанов, баров, хлебозаводов и др.).

Пищевая аллергия, в нашем исследовании, характеризовалась следующими клиническими формами: крапивница и отек Квинке – 29, дерматит – 11 случаев, соответственно. Течение заболевания у 51,2% пациентов было хроническим, у 30,9% рецидивирующим, у 17,9% – острым.

Длительность заболевания варьировала от 3 дней до 25 лет. При анализе жалоб было обнаружено, что

отек Квинке чаще всего локализуется в области век и губ, сопровождаемый першением в горле, затруднением дыхания, заложенностью носа, удушьем, бронхоспазмом, мелкоточечной сыпью. Реже встречались симптомы жжения и боли в абдоминальной области, повышения температуры (при отсутствии инфекционного процесса), рвота. Наследственный алергоанамнез был отягощен по линии ближайших родственников у 4 человек (поллиноз, бронхиальная астма).

Мы проанализировали специфику клинико-лабораторных показателей у пациентов ПА. Течение основного заболевания отягощалось преимущественно патологией желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) 58,6% случаев. Как следует из данных, представленных в работе, гастроэнтерологическая патология, представлена прежде всего хроническим гастродуоденитом (58,6% пациентов), холециститом (13,6%), гепатитом (12,3%) и дисфункцией желчевыводящих путей, преимущественно по гипотоническому типу (10,5%). Среди прочей сопутствующей патологии чаще встречается артериальная гипертензия (11,0%).

По данным фиброгастродуоденоскопии выявлено, что у каждого четвертого пациента с гастродуоденитом встречались эрозии (17 пациентов) или язвы (5 пациентов), в 4 случаях гистологически определен очаговый гастрит, в 3 – гиперпластический, в 2 – поверхностный, по одному – антральный и геморрагический. Встречались также полипы желудка, варикоз вен пищевода, катаральный эзофагит, рефлюкс-эзофагит, микотический эзофагит, у 4 пациентов была недостаточность кардии желудка, у 3 пациентов при биопсии выявлена хеликобактерная инфекция.

По данным 30 скintiографий печени и ультразвуковых исследований органов брюшной полости наиболее частыми отклонениями были диффузные изменения в печени (50%), жировой гепатоз (16,7%) – отклонения в структуре желчного пузыря (16,7%), изгибы, деформации, блокирование функции желчного пузыря, кальцинаты печени и селезенки (6,7%), спленомегалия (6,7%), застойные явления в печени (3,35%). У 4,9% пациентов с ПА наблюдался нефроптоз, причем в 62,5% случаев правосторонний. Оксалаты в моче были у 10 лиц (6,2%)

В биохимических показателях у больных с ПА чаще встречались изменения уровня общего билирубина (в 17,3% случаев – снижение, являющееся маркером дисфункции желчевыводящих путей по гипотоническому типу; в 9,3% – повышение) и общего белка (98,6% случаев, из них более чем у половины пациентов – снижение). К изменениям гематологического гомеостаза относились дисбаланс уровня лейкоцитов (6,2% случаев), в том числе в 80% – лейкоцитоз, сдвиги в уровне лимфоцитов (у 88,9% – лимфопения), анемии (3,7%), эозинофилии (2,5%), повышение уровня аланиновой, аспаргиновой, глутаминовой трансфераз и мочевины наблюдалось в единичных случаях.

Имела место тенденция к электрокардиографическим сдвигам: синдром нарушения реполяризации в миокарде, в особенности, ранней 5,5%, гипертрофия левого желудочка у 2,5% обследуемых, правого у 1,25%.

Блокады ножек пучка Гиса наблюдались у 4,9% пациентов, умеренные изменения в миокарде у 4,3%. В единичных случаях встречались также пролапс митрального клапана, экстрасистолия и фибрилляция предсердий.

Наиболее распространенными пищевыми аллергенами по данным анамнеза и скарификационных проб были цитрусовые – 29 лиц, рыба – 18, орехи – 15, мед – 11, яблоки 11, помидоры – 10. Обратил на себя внимание тот факт, что для отдельных пищевых антигенов прослеживались определенные закономерности в клинических проявлениях аллергии. Так орехи часто вызывали синдром оральной аллергии; тропические фрукты, овощи, сладости – дерматит; арбузы, помидоры, шоколад, специи, пшено, клубника, рыба – приступы удушья. Самый широкий спектр клинических проявлений представляли продукты переработки подсолнуха (халва, семечки, подсолнечное масло), помидоры, цитрусовые, мед, яйцо, шоколад, рыба. Аллергия к пищевым продуктам сочеталась чаще с такими пыльцевыми аллергенами, как сложноцветные – полынь (35 случаев), одуванчик (25), подсолнечник (15), злаки – ежа (26), тимофеевка (24), овсяница и райграс (по 21), лисохвост (16); деревья – береза (25), ольха (19), дуб и орех – по 16 случаев.

Регулярно наблюдались у аллерголога 7,4% лиц, принимали курсы специфической иммунотерапии 4,9% пациентов с ПА (как правило, это были призывники, направленные военкоматом на освидетельствование по поводу поллиноза).

При выявлении пищевой аллергии следует применять следующие основные диагностические тесты: тщательный сбор аллергологического анамнеза; общий анализ крови, включая лейкоцитарную формулу для определения уровня эозинофилов, лимфоцитов; определение уровня общего IgE; кожные скарификационные тесты; специфические иммуноглобулиновые E тесты. Чувствительность IgE – тестов в сравнении с провокациями составила 40–70%. Более информативны тесты с арахисом, яйцами, молоком,

лесными орехами, рыбой и креветками. Лабораторные исследования IgE необходимы для подтверждения вовлечения IgE – механизма в заболевании, но на их основе нельзя различить клинические особенности пищевой аллергии.

При выявлении пищевой аллергии обязательно назначается элиминационная диета, сроком на 2–4 недели при хроническом процессе.

В последнее время применяются пищевые панели, которые позволяют оценивать содержание специфических иммуноглобулинов E к отдельным пищевым молекулам, а также определение специфического иммуноглобулина (IgG). Эта технология значительно повышает информативность лабораторных исследований. Тест активации базофилов используют для диагностики аллергии к яйцам, молоку, арахису. Специфичность у него выше, чем у кожных проб.

При помощи методик «Цитотест» нами обследовано 20 пациентов, число выявленных у них непереносимых пищевых продуктов составляло в среднем 15 наименований. В анамнезе у них выявлены следующие заболевания – патология эндокринной системы, заболевания системы пищеварения, патология органов дыхания, дерматологические заболевания и другие.

Во время нахождения в стационаре пациенты получали традиционную терапию, в комплекс которой включались глюкокортикостероиды (чаще всего внутривенно капельно, но имели место ингаляционный, таблетированный и внутримышечный способы их введения) энтеросорбенты (активированный уголь), антигистаминные первого поколения внутримышечно – преимущественно димедрол, прокинетики (церукал), ферменты (холензим и панкреатин), антибактериальные препараты (метронидазол) и седативные (феназепам, нозепам, диазепекс, сибазон, настойка валерианы). В качестве средств лечения также применялись: 3-х дневное голодание, элиминационные диеты (каши на воде), аутогемотерапия, очистительные клизмы, дуоденальные промывания и кишечные орошения, иглорефлексотерапия.

Нами на основании проведенного исследования и многолетнего опыта работы с пациентами страдающими пищевой аллергией постулируется, что основным методом лечения и профилактики обострения пищевой аллергии является элиминационная диета с исключением из рациона соответствующих пищевых продуктов, вызывающих аллергию и перекрестные реакции. Элиминационная диета должна быть индивидуализированной. Пациенту в качестве патогенетического лечения показана диетотерапия смесью на основе глубокогидролизованного белка коровьею молока (сыворотки) обладающего гипоаллергенным действием. Необходимо использовать в рационе больных кисломолочные смеси для оптимизации микробиоценоза кишечника, что позитивно отражается на функциональном состоянии желудочно-кишечного тракта и способствует купированию кожного синдрома. В качестве энтеросорбента желательнее использовать белый уголь.

Традиционно применяются антигистаминные препараты первого поколения: телфаст, зиртек, аллергокапс, кестин. Однако при применении антигистаминовых препаратов второго поколения (лоратадин, дезлоратадин, цетиризин, фексофенадин и др.) отмечается быстрый эффект (как правило в течение первого часа после приема) один раз в день, кроме этого данные препараты не обладают седативным действием.

Адреналин необходимо назначать при системных аллергических реакциях на пищевые продукты, а глюкокортикостероиды – при тяжелых аллергических реакциях (фликсоназе, насобек, тафен, назонекс, серотид и многие другие). Предпочтительно проведение специфической иммунотерапии, при выявлении конкретных пищевых аллергенов.

Также нами разработаны и применены комплексные методы лечения пищевой аллергии на основе антигистаминных препаратов (линекс, полифен) и препаратов корня солодки.

Профилактика ПА должна проводиться с учетом этиологии гиперчувствительности, а также наличия поливалентности и перекрестной сенсibilизации. В целях профилактики рекомендуется:

1. Своевременно обращаться к аллергологу при подозрении на повышенную чувствительность к продуктам питания.

2. Соблюдать гипоаллергенную диету с систематическим введением пищевого дневника.

3. Лицам с поллинозами для предупреждения развития ПА во время цветения деревьев не употреблять в пищу фрукты (яблони, груши, вишни), ягоды и продукты их переработки; а также содержащие компоненты трав продукты питания (мед) и лекарственные препараты.

4. Исключить из питания пациентов с ПА продукты, содержащие гистаминолибераторы, красители, вкусовые добавки и ароматизаторы, включить в рацион соли кальция, магния, цинка, селена, метионин и витамины А, Е.

5. Своевременно лечить хронические заболевания ЖКТ, желчного пузыря, печени, инфекции.

6. Поддерживать ведущий механизм защиты организма от пищевых антигенов – оральную толерантность, которая предупреждает гиперчувствительность и обуславливает ареактивность к пищевым антигенам.

7. Обеспечить гипоаллергенное питание женщин с отягощенным аллергологическим анамнезом (пренатальная профилактика ПА).

8. Использовать иммуномодулирующие средства при соответствующих нарушениях системы иммунитета.

Необходимо подчеркнуть, что предрасполагающими факторами риска пищевой аллергии являются хронические заболевания ЖКТ и печени, ферментативная недостаточность, различные аллергические заболевания.

Провоцирующими факторами пищевой аллергии являются алкоголь, любое раздражение слизистой кишечника, употребление пищевых красителей, вкусовых добавок и ароматизаторов.

Литература

1. Федорович, С. В. Пищевая аллергия / С. В. Федорович, В. А. Жарин – Минск, 2007.– 277 с.

2. Караулов, А. В. Пищевая аллергия у бошльных с atopическим дерматитом / А. В. Караулов, И. В. Сидоренко, А. Ю. Нутузина // Аллергология и иммунология. – 2001. – т. 2, № 2. – С. 94–95.

3. Bock, S. A. Natural history of severe reactions to foods in young children / S. A. Bock // J. Pediatr. – 1985. – Vol. 107, № 5. – P. 676–680.