



УДК 616–056.3–02:613.2)–06:616.248 –07



В.В. Страмик, Н.С. Данькович, Г.А. Мерцало
Харчові алергени і бронхіальна астма

ДЗ «Дорожня поліклініка на станції Львів»
 ДТГО «Львівська залізниця»

Ключові слова: харчова алергія, атопічна бронхіальна астма, атопічний дерматит, бронхіальна астма з алергічним ринітом, алергічна риносинусопатія.

Алергія – імунологічна реакція організму, що характеризується неадекватно сильною відповіддю (гіперчутливістю) на повторний контакт з речовиною антигенної чи гаптенової природи. Супроводжується пошкодженням структури та функції власних клітин, тканин та органів [2, 6, 11].

В останні десятиріччя у світі зросла частота алергічних захворювань. Причини цього різні і ще недостатньо вивчені, однак встановлено провідним фактором, який призводить до зростання захворюваності, є швидка і глибока зміна екологічних умов, нераціональне харчування та ширше застосування щеплень і лікарських препаратів зокрема антибіотиків та вітамінів [3, 7].

Харчова алергія (ХА) — це непереносимість певних харчових продуктів, зумовлена імунологічними механізмами.

ХА найчастіше виявляється в дитячому віці атопічним дерматитом і може еволюювати в організмі по-різному: перші прояви поступово регресують або відбувається трансформація за так званим атопічним маршем, стартом якого є власне ХА. З віком починає виявлятися підвищена чутливість до інгаляційних алергенів, що збігається з дебютом респіраторних алергозів.

Хронологічна послідовність формування та відповідна етапність розвитку алергічної патології у вигляді атопічного маршу від атопічного дерматиту до респіраторних алергозів (алергічний риніт, бронхіальна астма) сьогодні доведена.

Чи можливо запобігти трансформації атопічного дерматиту в респіраторний алергоз? Можливо. Існують дві можливості для цього:

- нефармакологічні;
- фармакологічні.

Нефармакологічна корекція передбачає усунення або зменшення впливу антигенного навантаження такими методами:

- індивідуальна гіпоалергічна дієта;
- дотримання гіпоалергічних умов у побуті, одязі та житлі;

— санація хронічних вогнищ інфекції ЛОР-органів, дегельмінтизація хворого і членів його сім'ї [5, 10].

У дорослих ХА може бути причиною бронхіальної астми (БА). Пацієнту, як і лікарю, складно пов'язати погіршення стану і появу ядухи з вживанням конкретного продукту. Позитивний ефект від лікування БА голодом може насторожити щодо харчового походження БА, а відсутність у перебігу БА сезонних проявів ремісії — ще одна підстава запідозрити ХА. У разі ХА напади БА мають низку особливостей.

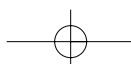
Більше ніж у 2/3 хворих на БА харчового походження передвісником нападу ядухи є так звана аура. Вона може виявлятися ринітом, закладеністю носа, відчуттям першіння в горлі.

У клінічній картині БА переважають не спазми бронхів, а прояви набухання слизової бронхів і підвищене утворення слизу. У випадку ядухи харчового походження утруднений вдих, а не видих, як це буває при БА іншого генезу [2, 10].

Проте деякі автори заперечують виділення ХА як самостійного варіанта, через те, що хоча загострення захворювання у відповідь на харчовий алерген є загальновідомим, але не завжди першо-причиною сенсibilізації є харчовий продукт. Він може бути провокатором алергічної реакції [8].

Відомо, що БА — системний алергоз, який перебігає з ураженням багатьох систем організму, зокрема травного каналу (ТК). Вивчаючи ТК у хворих на БА, багато дослідників виявляють патологічні зміни у вигляді езофагітів, гриж стравоходу, гастроєзофагеальних рефлюксів, гастритів, дуоденітів, колітів та дисбактеріозу кишків.

Сьогодні доведена спільність імунної системи слизових оболонок, тісний зв'язок між нейроендокринною системою ТК та дихальних шляхів і легень, а також тісна взаємодія імунної, нервової та ендокринної систем. Тому не виключено можливість імунних та нейроендокринних механізмів ураження ТК у хворих на БА [4, 10].



Таблиця

Результати алергічних обстежень

Алергени	Атопічна БА, n=92		БА з алергічним ринітом, n=44		АР, n=61	
	гіперчутливість	%	гіперчутливість	%	гіперчутливість	%
I. Побутові						
домашній пил	73	79,3	14	31,8	27	44,2
бібліотечний пил	24	26,0	7	15,9	24	39,3
шерсть собаки	21	22,8	4	9,0	26	42,6
шерсть кішки	15	16,3	8	18,1	11	18,0
пір'я подушок	44	47,8	21	47,7	38	62,2
II. Пилкові						
пилки берези	12	13,0	4	9,0	26	42,6
пилки вільхи	13	14,1	8	18,8	18	29,5
пилки ліщини	13	14,1	8	18,8	37	60,6
пилки тополі	21	22,8	15	34,0	42	68,8
пилки тимофіївки	10	10,8	10	22,7	4	6,5
пилки пирію	12	13,0	—	—	28	45,9
пилки овсяниці	9	9,7	—	—	18	29,5
пилки кульбаби	14	15,2	4	9,0	24	39,3
III. Харчові						
казеїн молока	31	33,6	17	38,6	11	18,0
свинина	43	46,7	13	29,5	11	18,0
м'ясо курки	18	19,5	3	6,8	6	9,8
яловичина	51	55,4	18	40,9	12	19,6
білок яйця	11	11,9	8	18,1	—	—
крупа рисова	5	5,4	13	29,5	10	16,3
крупа гречана	8	8,6	4	9,0	—	—
крупа вівсяна	17	18,4	11	25,0	22	36,0
морква	4	4,3	—	—	11	18,0
томати	4	4,3	5	11,3	18	29,5
квасоля	5	5,4	—	—	—	—
горіх (арахіс, фундук)	9	9,7	7	15,9	6	9,8
банан	4	4,3	11	25,0	13	21,3
апельсин	2	2,1	27	61,3	11	18,0
мандарин	3	3,2	21	47,7	8	13,1
лимон	5	5,4	28	63,6	11	18,0
борошно пшеничне	11	11,9	23	52,2	12	19,6

Мета дослідження – підвищення рівня ефективності діагностування БА і АБ, спровокованих харчовими алергенами, й зменшення медикаментозного навантаження.

Матеріали та методи

Обстежено 197 хворих на атопічну БА, БА з алергічним ринітом. Середній вік хворих – 38,8 року (102 жінки і 95 чоловіків).

Діагнози атопічна БА, БА з алергічним ринітом та алергічні риносинусопатії (АР) встановлювали на підставі скарг, анамнезу, результатів клінічного та алергічного обстеження.

Атопічна БА діагностована у 92 осіб, БА з алергічним ринітом – у 44, АР – у 61.

За ступенем тяжкості перебігу переважала легка форма БА (71%) і середньої тяжкості (29%).



62,3% пацієнтів з БА, усі хворі з алергічним ринітом і АР перебували у стані ремісії.

Алергічні реакції досліджували методом імунотермістометрії. Використовували алергени виробництва Вінницького ТОВ «Імунолог».

Результати та обговорення

Виявлено побутові алергени – 5 випадків, пилкові – 20, харчові – 32. У таблиці наведені дані щодо алергенів, які давали гіперреакцію.

Аналіз результатів вивчення гіперчутливості до харчових продуктів виявив низку особливостей.

Хворі з atopічною БА виявили гіперчутливість до яловичини (55,4%), свинини (46,7%), казеїну молока (33,6%) і м'яса курки (19,5%). Хворі на БА з алергічним ринітом – до лимона (63,6%), апельсина (61,3%), борошна пшеничного (52,2%), мандарина (47,7%), яловичини (40,9%), казеїну молока (38,6%). Хворі з АР – до крупи вівсяної (36%), томатів (29,5%), борошна пшеничного (19,6%), яловичини (19,6%).

Наводимо клінічний випадок.

Хвора Е., 47 років, хворіє понад 20 років на хронічне обструктивне захворювання легень. З дитинства страждає на алергічні прояви (АР). Після пологів з'явилися напади ядухи з частотою 1–2 рази на тиждень. Напади ядухи турбували більше зранку, відразу після сну. Аура ядухи виявлялася свербінням очей, чиханням, закладеністю носа та серозними виділеннями з носа. Хвора звернулася до пульмонолога, який встановив попередній діагноз: бронхіальна астма II ступеня, легкий персистуючий перебіг. Легенева недостатність I ступеня.

Хворій було призначено щоденне лікування протизапальним засобом на постійній основі – флутиказон у дозі 100 мкг двічі на добу. Пізніше додатково було призначено β_2 -агоніст пролонгованої дії – сальметерол.

Хворій було призначено інгаляційний препарат, який містив пролонгований β_2 -агоніст та інгаляційний глюкокортикостероїд у фіксованій комбінації – «Серетид» у дозі 50/100 мкг двічі на добу.

Повного контролю над приступами БА не було досягнуто.

Ураховуючи atopічний характер захворювання і дані анамнезу, пацієнтці проведено алергічні проби на побутові алергени, а оскільки вона вживала багато свіжоприготовлених соків, також на харчові алергени. Виявлено гіперчутливість до алергену моркви.

Після корекції харчування і відповідного базисного лікування БА, а саме «Серетидом» у дозі 50/100 мкг двічі на добу, вдалось досягнути повного контролю над приступами ядухи.

Хворій проведено курс лікування протизапальними засобами протягом 3 міс («Серетид» 50/100 мкг двічі на добу).

Приступи ядухи пацієнтку не турбували. Через 3 міс хворій зменшено дозу вдвічі, а саме призначено «Серетид» ТМ «Evohaler ТМ» 25/50 мкг по 1 інгаляції двічі на день.

Протягом останніх 2 років явних ознак загострень БА у пацієнтки не відзначено.

Висновки

У практичній роботі слід ураховувати, що правильно підібрана дієта з вилученням гіпералергічних харчових продуктів значно поліпшує самопочуття хворих, що дає можливість зменшити медикаментозне навантаження приблизно вдвічі.

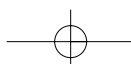
Практичні рекомендації:

1. При обстеженні хворих на БА, АР і БА з алергічним ринітом обов'язково проводити алергічні проби на побутові, пилкові та харчові алергени.

2. Хворим на БА, АР слід обстежити травний канал.

Література

1. Андрейчин М.А., Чоп'як В.В., Господарський І.Я. Клінічна імунологія та алергологія. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. — 370 с.
2. Бэрнс П., Годфи С. Бронхиальная астма / Пер. з англ. — М.: Бином, — 2003. — 128 с.
3. Драннік Г.М. Клінічна імунологія та алергологія: Підручник. — 2006. — 888 с.
4. Минкалов К.О., Абдуева Р.М., Минкалов Э.К., Чамстудинов Н.У. Бронхиальная астма и аллергические заболевания. — 2008. — 200 с.
5. Новости фармации. — 2009. — № 280.
6. Пухлик Б.М. Алергологія: Посібник. — Вінниця, 2004. — 240 с.
7. Пухлик Б.М. Невирішені питання і невідкладні проблеми алергології в Україні // Мистецтво лікування. — 2007.
8. Регеда М.С. Бронхіальна астма. — 3-є вид. — Львів, 2005. — 136 с.





9. Федорович С.В., Арсентьева И.Л., Дойлида И.Л. Особенности бронхиальной астмы и астматического бронхита у пациентов с пищевой непереносимостью // Тез. II Рос. конф. «Аллергология и иммунология».
10. Astma as an inflammatory disease / By ed. P.M. O'Byrne. — New York; Basel: Marcel Dekker inc, 1990. — 321 p.
11. Ginlincel M. Allergies:What you need to know. — Alexandria, Virginia: Time life books, 1999. — 181 p.

В.В. Страмык, Н.С. Даньковых, Г.А. Мерцало

Пищевые аллергены и бронхиальная астма

Больные с атопической бронхиальной астмой и бронхиальной астмой с аллергическим ринитом гиперчувствительны не только к бытовым и пыльцевым аллергенам, но и к пищевым аллергенам. После коррекции питания самочувствие больных значительно улучшилось, а потребность в медикаментозном лечении уменьшилась.

V.V. Stramyk, N.S. Dankovyh, H.A. Mertsalo

Food-borne allergens and bronchial asthma

It is generally accepted that patients with atopic bronchial asthma and bronchial asthma associated with allergic rhinitis have hypersensitivity to not only domestic and pollen but also to the food-borne allergens. It has been shown that after correction of their nutrition the general well-being of patients significantly improved and the need for the drug treatment decreased.

