

Алгоритм діагностики і лікування хворих з гастроентерологічною патологією: Метод. рекомендації для лікарів. Ч. 8

- *Тематика Гастроентерологія*
- *Автор Головченко О.І., Самойлов О.І., Носова І.А., Запорожець О.М.*
- *Опубліковано в Вінниці: ТОВ «Консоль», 2007.- 124 с*

8. ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ

Харчова алергія (ХА) – стан підвищеної чутливості організму до харчових продуктів, який характеризується розвитком клінічних реакцій непереносимості їжі, опосередкованих участю імунної системи.

ХА може виникнути після прийому практично любого харчового продукту. Проте, існують продукти харчування, які мають виражені алергізуючі властивості і мають слабку сенсibiliзуючу здатність. Більш виражені сенсibiliзуючі властивості мають продукти білкового походження, які вміщують тваринні та рослинні білки, хоча прямого зв'язку між вмістом білка та алергенністю продуктів немає.

На теперішній час чіткої, уніфікованої класифікації ХА не існує. Серед реакцій непереносимості харчових продуктів виділяють реакції на їжу токсичного і нетоксичного характеру. Серед нетоксичних реакцій на їжу виділяють непереносимість харчових продуктів, зумовлених порушеннями в системі імунітету (власне, харчові алергії) та реакції неімунного характеру (харчова непереносимість).

В основі істинних алергічних реакцій на харчові продукти лежать сенсibiliзація та імунна відповідь на повторне поступлення харчового алергена. Істинна харчова алергія може перебігати за механізмами гіперчутливості негайного типу (IgE – опосередковані реакції) та сповільненого типу. Найбільш досліджена ХА, котра перебігає за механізмами I типу (IgE залежні). Для запуску механізмів ХА харчовий алерген має мати здатність індукувати функцію Т-хелперів та пригнічувати функцію Т-супресорів, що призводить до посилення продукції IgE. Крім того, алерген має мати не менше двох ідентичних детермінант, зв'язуючих рецептори на клітинах-мішенях з наступним вивільненням медіаторів алергічного запалення. Наряду з IgE антитілами суттєве значення в механізмі розвитку ХА мають антитіла класу IgG4, особливо при алергії до молока, яєць, риби. Деякі харчові добавки можуть виконувати роль гаптенів, особливо азо-барвники (такі як тартразин), утворюючи комплекси з сировоточним альбуміном.

У решти хворих непереносимість харчових продуктів зумовлена участю неімунних механізмів, серед яких особливе місце займають псевдоалергічні реакції (ПАР). В основі ПАР на харчові продукти лежить неспецифічне вивільнення медіаторів із клітин-мішеней. Це можливо як при прямому впливу харчового субстрату (без участі IgE) на клітини-мішені, так і опосередковано, при активації антигеном ряду біологічних систем (кінінова, система комплімента та ін.).

Розвитку ж псевдоалергічних реакцій на харчові продукти сприяє ряд факторів: надмірне поступлення в організм гістаміну та гістаміноподібних речовин з їжею при вживанні (зложиванні) харчових продуктів, багатих гістаміном, тіраміном (ферментовані сири, пивні дріжджі, мариновані оселедці, авокадо, томати), гістамінолібераторами (ферментовані сири, ферментовані вина, квашена капуста, в'ялене м'ясо, консервовані продукти, морепродукти, шпінат, томати); надлишкове утворення гістаміну з харчового субстрату; надмірне всмоктування гістаміну при функціональній недостатності шлунково-кишкового тракту; підвищене виділення гістаміну з клітин-мішеней; порушення синтезу простагландинів; лейкотрієнів. Підвищення рівня гістаміну в крові при ПАР може спостерігатись не тільки при надмірному поступленні чи утворенні його в кишечнику, але й при порушенні інактивації. Так, при запальних захворюваннях ШКТ знижується секреція мукопротеїнів, які приймають участь в інактивації гістаміну. При деяких захворюваннях печінки різко знижується утворення моноамінооксидази, що також веде до підвищення рівня гістаміну в крові.

Клінічні прояви ХА

Клінічні прояви при харчовій алергії різноманітні за формою, локалізацією, важкістю перебігу та прогнозу. Виділяють системні алергічні реакції після вживання харчових продуктів та локальні.

Системні реакції

При системних алергічних реакціях можуть вражатись різноманітні органи та системи. Найважчим системним проявом ХА являється анафілактичний шок.

Анафілактичний шок при харчовій алергії має такий же перебіг, як і при інших atopічних захворюваннях і відрізняється швидкістю розвитку (від декількох секунд до 4 годин), важкістю перебігу (колапс, асфіктичний синдром, втрата свідомості, судомний синдром, генералізована кропив'янка та набряк Квінке), серйозним прогнозом (летальність коливається від 20 до 40% і може сягати 70%).

На відміну від ІАР, при ПАР на харчові продукти системні реакції можуть проявлятися у вигляді анафілактоїдного типу. За клінічними проявами він може нагадувати анафілактичний шок, проте відрізняється від нього відсутністю полісиндромності та сприятливим прогнозом. При своєчасному призначенні адекватної симптоматичної терапії клінічний ефект досягається швидко, як правило, в перші години від початку терапії.

Локальні реакції

Термін „локальні реакції” вельми умовний, оскільки, алергічні реакції завжди характеризуються системністю враження.

Шлунково-кишкові прояви ХА. До найбільш частих гастроінтестинальних проявів ХА відносяться: анорексія, нудота, блювота, кольки, проноси, закрепи, алергічний ентероколіт.

Блювота при ХА може виникати в строки від декількох хвилин до 4-6 годин після прийому їжі, інколи може набувати стійкого характеру, імітуючи ацетонемічну. Виникнення блювоти, в основному, пов'язано зі спастичною реакцією вортаря при попаданні харчового алергена в шлунок.

Алергічні колькоподібні болі в животі можуть проявлятися відразу ж після прийому їжі або ж через деякий час, і зумовлені вони спазмом гладенької мускулатури. Болі в животі, як правило, носять інтенсивний характер і в деяких випадках заставляють вдаватися до консультації хірурга, але можуть бути й помірними, постійними, супроводжуватись зниженням апетиту та різноманітними диспептичними розладами.

Закрепи при ХА зумовлені спазмом гладенької мускулатури різних відділів кишечника. Шкірні прояви (або ж алергодерматози) при ХА являються самими розповсюдженими як у дорослих так у дітей. Локалізація шкірних проявів при ХА різноманітна, проте, частіше вони спочатку проявляються в ділянці обличчя, періорально, а потім мають схильність до розповсюдження процесу по всій поверхні шкіри. На початку захворювання можна виявити чіткий зв'язок шкірних проявів з прийомом причиннозначимого харчового алергена, але з часом зміни зі сторони шкіри набувають стійкого характеру, що значно утруднює визначення етіологічного чинника. Для істинної ХА найбільш характерними шкірними проявами являються: кропив'янка (40-43%), ангіоневротичний набряк Квінке (35-42%) та atopічний дерматит (20-40%), інші види висипки (1-5%).

Псевдоалергічні реакції на їжу відрізняються поліморфізмом шкірної висипки: від уртикарних, папульозних, еритематозних, макульозних до геморагічних та бульозних висипань. Шкірні прояви при будь-якому типі ХА супроводжуються, як правило, свербіжем різної інтенсивності. Поряд з шкірними проявами, у хворих відмічається зниження апетиту, поганий сон, астеноневротичні реакції. Респіраторні прояви ХА. Алергічний риніт характеризується появою рясних слизово-водянистих виділень з носа та утрудненням носового дихання. Найбільш частою причиною розвитку алергічного риніту у хворих з ХА являються риба та рибні продукти, краби, молоко, яйця, мед. Харчова бронхіальна астма як ізольоване захворювання не зустрічається. Клінічні прояви ХА у вигляді нападів ядухи спостерігаються у 1-3% хворих, котрі страждають на поліноз.

До більш рідких проявів ХА відносяться прояви зі сторони крові (алергічна гранулоцитопенія, алергічна тромбоцитопенія), сечовидільної системи, нейроендокринної та ін.

Діагностика ХА.

Принципи діагностики ХА такі ж як і для всіх алергічних захворювань і направлені на виявлення специфічних антитіл а також на виявлення реакцій на харчові продукти, які перебігають за механізмами гіперчутливості негайного типу. При діагностиці ХА особливу увагу приділяють збору анамнезу життя і хвороби; алергічного, харчового, фармакологічного анамнезу, результатам специфічного алергологічного обстеження та клініко-лабораторних даних:

- розгорнутий аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- копрограма;
- аналіз кала на дисбактеріоз;
- цитологічне дослідження секретів з носа, очей, бронхів;
- цитологічне дослідження мазків (відбитків) із слизових;
- радіоалергосорбентний тест (РАСТ);
- імуноферментний аналіз (ІФА);
- САР-тест;
- MAST-CLA-system тест;
- шкірні тести з алергенами;
- провокаційні тести.

Проте, при проведенні шкірного тестування з харчовими алергенами слід пам'ятати, що їх діагностична цінність очевидна лише при істинній ХА з IgE-опосередкованими механізмами. При ХА, яка розвивається за іншими гуморальними типами алергічних реакцій, шкірні тести з харчовими алергенами будуть негативними. Отримання негативних результатів шкірного тестування з харчовими алергенами ще не означає відсутність харчової алергії і потребує застосування інших методів алергодіагностики.

Провокаційні тести відносять до найбільш достовірних методів діагностики ХА. Враховуючи те, що провокаційні тести можуть привести до розвитку важких реакцій, їх має проводити лише лікар-алерголог, в умовах стаціонару або ж амбулаторно в алергологічному кабінеті. Провокаційні тести проводяться вранці, натще, на фоні доброго загального стану здоров'я. В якості харчових алергенів застосовуються сухі чи ліофілізовані харчові продукти (сухе молоко, яєчний порошок, мука, горіхи та ін.).

В теперішній час все ширше для діагностики ХА застосовують провокаційні проби з реєстрацією їх результатів за допомогою ендоскопічних методів. Такі проби проводяться тільки після попереднього досягнення ремісії ХА, подвійним „сліпим” методом, коли ні лікарю, ні хворому не повідомляють, який саме алерген вводиться хворому. Та реєструють зміни слизової оболонки, моторики шлунка та ін.

Також для діагностики ХА застосовується оральний провокаційний тест. За 2 тижні до проведення провокаційного тесту призначається елімінаційна дієта з виключенням причинних харчових алергенів.

Харчовий алерген (8мг), поміщений в желатинову капсулу дають проковтнути хворому і на протязі 24 годин проводять спостереження за ним, фіксуючи суб'єктивні та об'єктивні дані. Якщо на протязі 24 годин симптомів алергії не спостерігається, тест повторюють, але дозу алергена збільшують вдвічі. Тест повторюють щоразу через добу, постійно подвоюючи дозу алергена, доки не доведуть її до 8000 мг, що відповідає 100г відповідного харчового продукту. Якщо після

введення 8000мг харчового алергена реакції не спостерігається, тестування припиняється і вважається, що даний продукт не являється харчовим алергеном у даного хворого.

Диференційна діагностика ХА

Диференційну діагностику ХА слід проводити з захворюваннями ШКТ аномаліями розвитку ШКТ, психічними порушеннями, метаболічними порушеннями, інтоксикаціями, інфекційними захворюваннями, целіакією, передозуванням лікарських засобів, ендокринною патологією та ін.

Лікування ХА

Основними принципами лікування ХА являється комплексний підхід та етапність в проведенні терапії, спрямовані як на усунення симптомів алергії так і на профілактику загострень.

При істинній ХА, як власне і при будь-якому алергічному захворюванні, застосовують специфічні і неспецифічні методи лікування.

До специфічних методів лікування ХА відноситься: елімінація харчового алергена та алергенспецифічна імунотерапія. Елімінація харчового алергена (виключення з харчування причиннозначимого харчового алергена) відноситься до основних методів терапії ХА, а у випадку, коли ХА розвивається до рідкоживаних харчових продуктів (цитрусові, полуниця, шоколад, морепродукти) є єдиним методом лікування. Елімінація потребує виключення не тільки конкретного харчового продукту, який відповідає за розвиток сенсibiliзації, але й любых інших, до складу яких він входить, навіть в слідових кількостях. При призначенні елімінаційної дієти необхідно слідкувати за тим, щоб хворий отримував повноцінне харчування, яке відповідає по об'єму та співвідношенню харчових інгредієнтів вазі та віку хворого.

Алергенспецифічна імунотерапія при харчовій алергії проводиться лише в тому випадку, коли в основі захворювання лежить реакційний механізм (IgE залежний), а харчовий продукт являється життєво необхідним (наприклад, алергія до молока у дітей). Проте, ряд авторів відмічають вельми низьку ефективність АСИТ при харчовій алергії.

Всі хворі на ХА потребують усунення факторів, котрі сприяють виникненню захворювання: нормалізації функції шлунково-кишкового тракту; гепатобіліарної, нейроендокринної системи, обмінних та інших порушень; призначення дієти з обмеженням продуктів, багатих гістаміном, тіраміном, гістамінолібераторами та ін.

Оскільки, в реалізації симптомів ХА, що протікає за механізмами ІАР та ПАР, приймають участь одні й ті ж медіатори, симптоматична терапія, спрямована на усунення клінічних проявів має багато спільного.

Неспецифічні методи, або ж фармакотерапія, включають в себе застосування H1-гістаміноблокаторів (першої, другої та третьої генерації), препаратів, що підвищують здатність сировотки зв'язувати гістамін (гістаглобуліни) та препаратів, які гальмують вивільнення гістаміну з опасистих клітин (кромони, стабілізатори мембран опасистих клітин).

Лікування гострих проявів ХА:

- голод 2-3 дні, потім дотримання гіпоалергенної дієти з виключенням гострих, прямих, жирних, смажених, копчених, консервованих страв, бульйонів, харчових продуктів, багатих гістаміном, тіраміном (ферментовані сири, пивні дріжджі, мариновані оселедці, авокадо, томати), гістамінолібераторами (ферментовані сири, ферментовані вина, квашена капуста, в'ялене м'ясо, консервовані продукти, морепродукти, шпінат, томати, цитрусові, шоколад); парентеральне введення антигістамінних препаратів (тавегіл 2мл, супрастин 2,5%-1мл, піполфен 2,5%-2мл)
- при виражених проявах – парентеральне введення системних ГКС (преднізолон 30-60мг, дексаметазон 4-8мг).

Лікування затяжних проявів ХА:

- визначення причиннозначимого алергена та призначення відповідної дієти; лікування супутньої патології ШКТ;

- при стійкому перебігу – призначення пероральних ГКС з поступовою їх відміною та переходом на антигістамінні препарати III покоління (телфаст 180 1таб. 1раз на день; еріус 5мг 1таб. 1раз на день, алерон 5 мг 1раз на день).