

Е.В.Юрчишена

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕЛІМІНАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ТА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ТЛІ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ

Кафедра госпітальної педіатрії
та дитячих інфекційних хвороб (зав. – проф. Л.О.Безруков)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Проведено катамнестичне спостереження серед дітей раннього та дошкільного віку, хворих на бронхіальну астму на тлі харчової алергії. Встановлено, що в дітей, хворих на бронхіальну астму на тлі харчової алергії, “посилення” елімінаційної дієти за рахунок гіпоалергенної є недоцільним.

Ключові слова: діти, катамнез, бронхіальна астма, харчова алергія.

Вступ. Впровадження в практику охорони здоров'я основних положень Міжнародного консенсусу з діагностики та лікування бронхіальної астми (БА) [5], здалося б, повинно вирішити всі основні проблеми в лікуванні даного захворювання. Сучасна терапія харчової алергії (ХА) у дітей будується з урахуванням етіологічних факторів. Провідним є елімінація причинно-значущих харчових алергенів [9] з дієтичною корекцією та медикаментозне лікування з використанням фармакологічних засобів. Основою лікування дітей є вірно підібрана дієтотерапія з виключенням причинно-значущих алергенів, виявлених за допомогою клініко-лабораторних методів [4]. Питання про необхідність виключення облигатних алергенів залишається відкритим.

Мета дослідження. Оцінити ефективність елімінаційних та гіпоалергенних дієт при катамнестичному спостереженні БА в дітей раннього та дошкільного віку на тлі ХА на основі комплексного клініко-імунологічного обстеження.

Матеріал і методи. Оцінка ефективності елімінаційних заходів проводилася впродовж трирічного катамнестичного спостереження за 50 пацієнтами основної клінічної групи, які розподілені на дві клінічні підгрупи. Підгрупу ІА становили 44 хворих І клінічної групи, із харчового раціону яких вилучалися причинно-значущі алергени, виявлені на підставі аналізу проведених внутрішньошкірних алергопроб та за вмістом специфічних IgE у сироватці крові, які сформували підгрупу ІА-1, а також 19 дітей із харчовою алергією, яким елімінація харчових алергенів проводилася на тлі гіпоалергенної дієти – підгрупа ІА-2 [2,6]. До підгрупи ІВ увійшла решта пацієнтів, у яких батьки не дотримувалися дієтотерапії.

Лікування БА у стаціонарі проводили відповідно до загальноприйнятих рекомендацій, згідно з консенсусом ICR – 92 [3,5]. У катамнезі трирічного спостереження за пацієнтами І клінічної групи вивчали ефективність гіпоалергенної та/або елімінаційної дієти [2,6], оцінюючи частоту та тяжкість нападів БА. Обробку даних проводили загальноприйнятими методами з використанням параметричних та непараметричних методів. Із позиції клінічної епідеміології оцінювали атрибутивний ризик (AR,%), відносний ризик (RR) та пропорційність шансів (OR) з обчисленням довірчих інтервалів для відносного ризику та пропорційності шансів (95% CI). Ефективність лікування оцінювали за зниженням абсолютного (ARR) та відносного (RRR) ризиків з урахуванням мінімальної кількості хворих, яких необхідно пролікувати для отримання одного позитивного результату (NNT) з обчисленням довірчих інтервалів для RRR та NNT [8].

Результати дослідження та їх обговорення. Лікування БА передбачає використання двох груп препаратів: базисних та бронхолітичних засобів, що включають симпатоміметичні, холінолітичні та ксантинові препарати [10]. БА потребує не тільки дезобструктивної терапії у період загострення, але й тривалої, превентивної проти-запальної терапії, саме ефективність якої і визначатиме кількість та/або тяжкість загострень.

За умови перебігу БА на тлі ХА нами встановлені такі її особливості, як більш ранній дебют бронхообструктивного синдрому (БОС) у пацієнтів з харчовою алергією, а також тенденція до більш важкого перебігу та вірогідно вищі показники клініко-епідеміологічного ризику розвитку нападів 5 і більше разів на рік, які становили: AR – 25,0%, RR (95%CI) – 1,7 (1,4-2,1), OR (95%CI) – 2,7 (1,2-6,1), X² – 5,8, P<0,01. Особ-

ливості перебігу БА в дітей із ХА вимагали корекції традиційної протизапальної терапії, що, на нашу думку, повинно було знайти своє відображення в елімінаційних заходах [1].

Провідне значення мала розробка індивідуалізованих дієт, які передбачали усунення з раціону дитини причинно-значущих у розвитку ХА продуктів на тлі використання "гіпоалергенної дієти". При цьому здійснювалася адекватна заміна виключених продуктів іншими, які були б еквівалентними за вмістом харчових інгредієнтів та калоражем і забезпечували б вікові фізіологічні потреби дітей в основних харчових макронутрієнтах та енергії.

При вивченні катамнезу пацієнтів клінічних підгруп встановлено, що частота клінічних випадків, коли рецидиви БА спостерігалися 5 та більше разів на рік, у ІВ підгрупі виявилася вірогідно більшою при зіставленні з ІА підгрупою. Так, в останній частота випадків із загостренням БА більше 5 разів на рік становила $36,0 \pm 9,6\%$, а у ІВ підгрупі – $68,4 \pm 10,7\%$ ($P < 0,05$). На нашу думку, "посилення" елімінаційної дієти за рахунок "гіпоалергенної" клінічного покращання у вигляді зменшення частоти рецидивування нападів БА не викликає.

Виходячи з результатів проведення внутрішньошкірних алергопроб із трофалергенами, виключали з раціону дитини всі страви, які містять елементи причинно-значущого продукту в розвитку ХА, а також в окремих випадках – інші високоалергізуючі страви. Необхідним також вважали призначення базисної "гіпоалергенної дієти" [6], яка полягає у виключенні з раціону дитини високоекстрактивних м'ясних бульонів, гострих та солених страв, прянощів, маринадів, консервантів, продуктів, які містять каву, какао.

Вірогідних відмінностей у частоті рецидивів БОС не виявлено. Так, у ІА підгрупі вони становили $84,0 \pm 7,3\%$ випадків, а у ІВ підгрупі – у $89,5 \pm 5,0\%$ спостережень ($P > 0,05$). Частота рецидивів бронхіальної обструкції у ІА підгрупі становила $4,7 \pm 2,0\%$ випадків на рік, а в ІВ підгрупі – $4,8 \pm 1,9\%$ випадків на рік ($P > 0,05$).

Нами виявлено вірогідну відмінність у частоті госпіталізації у пацієнтів підгруп спостереження, яка, на нашу думку, відображала відповідно частку тяжких нападів бронхіальної обструкції. Так, у ІА підгрупі в катамнезі трирічного спостереження частота госпіталізацій становила $7,8 \pm 1,5\%$ випадків, а в ІВ підгрупі – $3,2 \pm 1,4\%$ ($P < 0,05$).

При проведенні порівняльного аналізу ефективності елімінаційних заходів щодо зменшення частоти рецидивів нападів БА було виявлено, що частота нападів менше 5 на рік у пацієнтів ІА підгрупи в катамнезі спостерігалась у $64,0 \pm 9,6\%$ випадків, а при більш жорсткій комбінованій (елімінаційна+гіпоалергенна) дієті реєструвалась у $31,6 \pm 10,6\%$ спостережень ($P < 0,05$). Відсутність жорсткого підходу до дієтотерапії у вигляді поєднання елімінаційного з гіпоалергенним її варіантами в пацієнтів ІА підгрупи знижувало абсолютний та відносний ризик розвитку частих рецидивів БА в порівнянні із ІВ підгрупою з $ARR = 32,4\%$, $RRR = 10,3$ (95%CI: 5,2-11,1), при $NNT = 3,1$ (95%CI: 1,4-3,5).

Таким чином, на нашу думку, "посилення" елімінаційної дієти в дітей, хворих на БА, яка проходить на тлі ХА, за рахунок "гіпоалергенної" не має свого клініко-епідеміологічного обґрунтування, а тому є недоцільним. Незважаючи на меншу частоту госпіталізацій з приводу нападів БА дітей, які отримували комбіновану (елімінаційна+гіпоалергенна) дієту, активність їх терапії вірогідно не відрізнялася від лікування до призначення дієти, а частота загострень 5 і більше разів на рік була вірогідно більшою.

Висновки:

1. Використання елімінаційної дієти дозволяє зменшити частоту та тяжкість нападів бронхіальної астми в пацієнтів раннього та дошкільного віку, на тлі харчової алергії.

2. "Посилення" елімінаційних заходів за рахунок жорсткої "гіпоалергенної" дієти не супроводжувалося меншою частотою нападів бронхіальної астми в дітей із сенсibiliзацією до харчових алергенів, а тому є недоцільним.

Перспективи подальших досліджень. У дітей, хворих на бронхіальну астму на тлі харчової алергії, доцільно використовувати елімінаційні заходи в комплексному лікуванні цього захворювання.

Література. 1. Балаболкин И.И. Современные проблемы детской аллергологии // Педиатрия. - 1997. - № 2. - С.5-8. 2. Григорьян О.Н. Использование гипоаллергенной диеты и специализированных продуктов в лечении больных с пищевой аллергией // Вопр. питания. - 1992. - №2. - С.52-53. 3. Ласица О.И. Современные подходы к лечению бронхиальной астмы у детей // Укр. мед. часопис. - 1998. - №1(3) -- С.14-17. 4. Макарова С.Г., Боровик Т.Э., Балаболкин И.И., Ревя-

кина В.А. Использование продуктов, способствующих нормализации кишечного биоценоза, при пищевой аллергии у детей раннего возраста //Аллергология.- 2001.- № 1, - С.29-32. 5. *Международный консенсус по бронхиальной астме* //Рос. мед. ж.-1996.-№2.-С.11-16. 6. *Справочник по детской диетике.* /Под ред. И.М. Воронцова, А.В. Мазурина.- М.: Медицина.-1980.- 415 с. 7. *Чучалин А.Г.* Бронхиальная астма: глобальная стратегия //Терапевт. арх.- 1994.- №3.- С.3-8. 8. *Fletcher R.H., Fletcher S.W., Wagner E.H.* Clinical epidemiology – the essentials. William & Wilkins, Baltimore.- London.- 1982.-223 p. 9. *Pajno G.B, Passalacqua G., La Grutta S. Et al.* True multifoood allergy in a 4-years-old child: a case study //Allergol. Immunopathol. (Madr).- 2002.- Vol. 30, №6.- P.338-341. 10. *Rowe A.H.* Food allergy. Springfield.-1972.-215 p.

THE EFFICACY OF ELIMINATION MEASURES IN CHILDREN OF EARLY AND PRESCHOOL AGE AFFLICTED WITH BRONCHIAL ASTHMA ASSOCIATED WITH FOOD ALLERGY

E. V. Yurchyshena

Abstract. The author has carried out a long-term follow-up of children of early and preschool age, suffering from bronchial asthma associated with food allergy. It has been ascertained that a “fortification” of elimination diet at the expense of hypoallergenic one is not expedient in children with bronchial asthma against a background of food allergy.

Key words: children, catamnesis, bronchial asthma, food allergy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol. 8, №3. - P.63-65

Надійшла до редакції 14.04.2004 року