

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ

**Стоєва Тетяна Вікторівна**

Д-р. мед. наук, завідувачка кафедрою педіатрії №2  
*Одеський національний медичний університет, Україна*

**Портнова Ольга Олександрівна**

Канд. мед. наук, доцент кафедри педіатрії №2  
*Одеський національний медичний університет, Україна*

**Кешрі Снеха**

Студентка 5 курсу міжнародного факультету  
*Одеський національний медичний університет, Україна*

**Науковий керівник: Стоєва Тетяна Вікторівна**

Д-р. мед. наук, завідувачка кафедрою педіатрії №2  
*Одеський національний медичний університет, Україна*

Патологічна реакція на прийом певних харчових продуктів, яка зв'язана з імунними механізмами (специфічними IgE-опосередкованими реакціями), клітиною імунною відповіддю (не IgE-опосередкованими) або їх сполученням, має назву харчової алергії [1].

Харчова алергіє (ХА) супроводжує багато гострих та хронічних захворювань, у тому числі й бронхіальну астму (БА), яка є кінцевою ланкою так званого «атопічного маршу»[2]. Важливим напрямком сучасних досліджень бронхіальної астми вважається виявлення у дітей предикторів захворювання, факторів ризику його тяжкого перебігу, а також критеріїв ефективності контролю та лікування захворювання [3]. Точних даних щодо розповсюдженості ХА при бронхіальній астмі в доступній літературі немає. Однак, ХА, як безпосередня причина розвитку бронхообструктивного синдрому, розглядається лише приблизно у 5% дітей раннього та дошкільного віку [4]. Більшість батьків та частина практикуючих лікарів вважають, що роль ХА після трьох років нівелюється. В той же час чимала доля дітей продовжує демонструвати високу патологічну реактивність до харчових продуктів не тільки в ранньому шкільному, але й в підлітковому віці. Частота доведеної харчової алергії у розвинених країнах становить у дітей раннього віку 6–8%, серед підлітків 2–4%, а у дітей, які страждають на атопічний дерматит, частота ХА доходить до 30% [5, 6]. Тому, ХА, як коморбідна патологія БА, може вважатися обтяжуючим фактором та впливає на стан контролю захворювання у дитячому та підлітковому віці. Успішне лікування БА у дітей з ХА безпосередньо залежить від процесу елімінації причинного алергену. Слід зазначити, що тривалість дотримання гіпоалергеної дієти цілком залежить від віку формування харчової толерантності до основних алергогенних продуктів. [8, 9]. Крім того, підхід до лікування астми з позиції персоналізованої медицини потребує сприйняття факту, що «переростання» ХА, відсутність її впливу на перебіг БА у дітей у віці старше 3 років не є доведеним фактором. Отже, враховуючи індивідуальні особливості, елімінаційна дієта може відігравати вагомий роль у дітей старшого віку.

Метою нашого дослідження стала оцінка динаміки проявів та клінічних

особливостей ХА у дітей з БА у віці 4-17 років.

Під спостереженням перебувало 84 дитини, хворі на БА з коморбідним діагнозом ХА у віці 4-17 років. Програма обстеження включала: оцінку фізичного розвитку, збір алергоанамнезу, визначення рівня загального та специфічного IgE в сироватці крові. Також проведено ретроспективний аналіз анамнестичних даних щодо перебігу БА та динаміки ХА. Особливості ХА у дітей з БА проаналізовані за гендерними та віковими ознаками. Діти були розподілені на 3 групи: 1-а група дошкільники (4–6 років) – 21 дитина, 2-а група молодші школярі (7–10 років) – 33, 3-я група підлітки (11–17 років) – 30 дітей.

Строки початку проявів ХА у всіх групах відносились до 1-го року життя у 46 (54,8%), початок проявів ХА старше 3 років був тільки у 11 дітей (13,1%). Стійка ремісія ХА у дошкільному віці зафіксована у 9 (10,7%), в шкільному віці – у 13 (15,5%) дітей. Слід зазначити, що діти, у яких ознаки ХА не виявлялися після 6 років, переважно мали інтермітуючу або легку персистуючу БА. Діти, які мали ранній старт ХА (до 6 міс) та зберігали анамнестично та лабораторно доведену ХА, після 6 років страждали на середньотяжку та тяжку персистуючу БА.

Найбільш частим клінічним перебігом харчової алергії був atopічний дерматит – 43 (51,2%). Прояви atopічного дерматиту найчастіше реєструвалися у групах 2 та 3 (51,5 та 70%). Серед дітей з atopічним дерматитом гендерних розбіжностей не було.

На другому місці серед проявів ХА був оральний алергічний синдром – у 28 (33,3%). Найбільш виражені його ознаки діагностувалися у 1 та 2 групах. Третім за розповсюдженістю проявом ХА була гостра кропив'янка, яка переважала у старших вікових групах.

Таким чином, наявність ХА, як коморбідної патології БА у дітей 4-17 років значно впливала на перебіг БА. У дітей з раннім початком симптомів ХА БА мала більш тяжкий перебіг, в той же час у пацієнтів з раннім зниженням толерантності до алергогенних продуктів БА перебігала у більш легкій формі. Тому, раннє призначення елімінаційної дієти знижує рівень предикторів БА та зменшує тяжкість її перебігу.

#### Список використаних джерел:

1. Hill DA, Spergel JM. The atopic march: Critical evidence and clinical relevance. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 120(2):1321-7. doi:10.1016/j.anaai.2017.10.037.
2. Foong RX, Du toit G, Fox AT. Asthma, food allergy, and how they relate to each other. *Front Pediatr.* 5:89. doi:10.3389/fped.2017.00089.
3. Gupta RS, Warren CM, Smith BM, et al. The public health impact of parent-reported childhood food allergies in the United States. *Pediatrics.* 142(6): e20181235. doi:10.1542/peds.2018-1235.
4. Caffarelli C, Garrubba M, Greco C, Mastroianni C, Povesi Dascalo C. Asthma and food allergy in children: Is there a connection or interaction? *Front Pediatr.* 4:34. doi:10.3389/fped.2016.
5. Khan SJ et al. Is the atopic march related to confounding by genetics and early-life environment? A systematic review of sibship and twin data. *Allergy.* 2018;73(1):17-28.
6. Baena-Cagnani CE, Badellino HA. Diagnosis of Allergy and Asthma in Childhood. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2011;11:71-7.