

## ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ

Белорусское научное общество аллергологов и иммунологов<sup>2</sup>,  
ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр ВС»<sup>2</sup>

Аллергия превратилась в глобальную проблему современности. Продолжающийся рост аллергической заболеваемости и ее уровень в нозологической структуре общесоматической патологии заставляют расценивать ситуацию как эпидемическую. Вне зависимости от конкретных причин, объясняющих такое положение, очевидно, что угрожающая человечеству «аллергологическая обстановка» связана с антропогенными воздействиями, а также с изменением факторов окружающей среды. В связи с этим особенно актуальным в настоящее время становится привлечение внимания к проблемам пищевой аллергии не только работников здравоохранения и больных аллергией, но и всего общества [1].

### 1. Синдром Стивенса-Джонсона

Подавляющее большинства авторов считают, что в патогенезе синдрома Стивенса-Джонсона принимает участие иммунологический механизм. Наиболее часто данное заболевание провоцируют переохлаждение, очаговая инфекция, прием различных медикаментов, преимущественно сульфаниламидов, жаропонижающих, антибиотиков, барбитуратов и др. В аллергологической и дерматологической практике мы не встречали синдром Стивенса-Джонсона на пищевые продукты, закончившийся летальным исходом. Приводим наше наблюдение.

Больной 3., 20 лет, военнослужащий, поступил в отделение I неотложной терапии 13 декабря 1990 г. в 21 час 30 мин с жалобами на общую слабость, головокружение при попытке встать, зудящие высыпания на коже. Болен с 10.11.1990 г., когда, проснувшись утром, обратил внимание на обильную сыпь по всему телу, беспокоил сильный кожный зуд. 11.12.1990 г. осмотрен врачом воинской части и госпитализирован в медицинский пункт. Лечился димедолом, хлористым кальцием. Состояние не улучшалось, и 13.12.1990 г. направлен в 432 окружной военный госпиталь.

Аллергологический анамнез: накануне, 9 декабря, принял в пищу около 30 цитрусовых (мандарины), которые привезли родственники из Грузии. В детстве аллергические реакции на лекарства, пищевые продукты отрицал.

При объективном осмотре общее состояние больного средней тяжести, сознание ясное, отмечалась гипотония (АД-80/45 мм рт.ст.). Пульс-78 уд. в 1 мин., ритмичный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется, диурез не нарушен. На коже лица, туловища, конечностей имелась крупно-пятнистая, слива-

ющаяся между собой сыпь ярко-красного цвета. С диагнозом: крапивница, тяжелое течение, токсико-аллергический шок больной был госпитализирован в отделение неотложной терапии, где проводились инфузионная, дезинтоксикационная, гормональная, гипосенсибилизирующая терапия, симптоматическое лечение, а именно: внутривенно капельно гемодез, глюкоза, инсулин, преднизолон, димедол, коргликон, аскорбиновая кислота, реополиглюкин, хлористый кальций; седуксен, пенициллин, лазикс. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось. Нарастали явления печеночно-почечной, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности: билирубин с 58 ммоль/л увеличился до 160 ммоль/л, креатинин-1336,0 ммоль/л, мочевины с 25,2 ммоль/л до 50,6 ммоль/л, тахикардия, одышка.

Больному, кроме указанных лечебных мероприятий, была назначена интенсивная терапия с применением кортикостероидов 120 мг/сутки-преднизолон, внутривенно, кефзол, супрастин. Проводились методы экстракорпоральной детоксикации: гемодиализ, гемосорбция, плазмофорез, а также высокочастотная искусственная вентиляция легких, форсированный диурез. 20.11.1990 г. больной был переведен в отделение реанимации. Несмотря на проводимые мероприятия, интенсивную терапию, 20.12.1990 г. в 19.15 наступила остановка сердечной деятельности и дыхания. Реанимационные мероприятия, оказались неэффективными, констатирована смерть.

Паталогоанатомический диагноз: алиментарная токсидермия по типу синдрома Стивенса-Джонсона. Септический шок. Токсический гепатит. Токсико-аллергический гломерулонефрит. Токсический миокардит. Васкулит. Некроз эпителия извитых канальцев почек. Почечно-печеночная недостаточность; эрозивный гастроэнтерит. Уремический отек легких и головного мозга, желтуха, нижнедолевая очаговая пневмония.

Анализируя данный случай, видно, что в результате приема цитрусовых (мандарины) возникла ответная токсико-аллергическая реакция с полисиндромным поражением ряда органов и систем. Можно предположить, что в результате политерапии и введения пенициллина, аллергическая реакция усилилась. Лечащим врачам необходимо помнить, что не только лекарственные препараты, инфекционные факторы, но и пищевые продукты, цитрусовые (возможно, обработанные ядохимикатами) приводят к таким грозным осложнениям, закончившимся летальным исходом.

## 2. Случай пищевой аллергии на рыбу.

Больной К., 19 лет, рядовой, водитель, находился на обследовании и лечении в 432 ГВКГ МО РБ в аллергологическом отделении с 27.06.2002 г. по 09.07.2002 г. При поступлении жалобы на приступы удушья, отечность языка, насморк, слезоточивость при употреблении в пищу рыбы и других морепродуктов. Вышеуказанные явления с детства. Неоднократно возникали случаи крапивницы, отека Квинке, бронхоспазма, которые больной связывает исключительно с указанными выше аллергенами даже при посещении пищеблоков на запах продуктов. Аллергические реакции на медикаменты, введение сывороток и вакцин в анамнезе не отмечены. В армию призван в январе 2002 г. Советским РВК. С 5.06 по 06.06.2002 – лечение в Молодеченской ЦРБ по поводу крапивницы, с 12.06.02 по 21.06.02 – в воинской части. Анамнез жизни больного, общие условия труда, быта и военной службы удовлетворительные. Дома отмечает наличие ковровых изделий, библиотеки, цветов. Холост. Перенесенные заболевания отрицает. Курит до 10 сигарет в сутки. При объективном исследовании отклонений не выявлено. Данные лабораторных исследований (общий анализ крови, мочи, биохимия крови, кал на яйца глист, электрокардиограмма, флюорография) также находились в пределах нормальных значений. При осмотрах ряда специалистов (отоларинголога, хирурга, окулиста и невропатолога) патологии не выявлено.

При фиброгастроуденоскопии пищевод и кардия в норме. В желудке порция прозрачной жидкости. Складки среднего калибра, слизистая в антральном отделе «мелкобугристая», с очаговой гиперемией. Перистальтика ритмичная. Привратник проходим. Двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: антральный «зернистый» гастрит.

При проведении аллергологического обследования кожные скарификационные пробы с бытовыми (дом пыль серия № 268, библиотечная пыль, перо подушки, клещ), пыльцевыми (береза, ольха, лещина (орешник), дуб, клен, ясень, тимopheевка, овсяница, ежа, мятлик, райграс, лисохвост,

рожь, пырей, полевица, циклохена, кукуруза, конопля, подсолнечник, одуванчик, полынь, лебеда, амброзия, микст сорных трав, микст луговых трав); пищевыми (свинина, говядина, мясо утки, курица, белок и желток куриного яйца, ржаная и пшеничная мука, рисовая крупа, гречневая, ячменная и овсянная крупы, коровье молоко, апельсин, мандарин, лимон) аллергенами были отрицательными. На тест-контрольную жидкость (раствор гистамина) и на аллергены хека и трески – резко положительными.

На основании вышеизложенного больному был выставлен диагноз: пищевая аллергия с клиническими проявлениями крапивницы, отеков Квинке, бронхоспазма, риноконъюнктивита, трудно поддающаяся лечению. Сенсибилизация к треске, хеку. Хронический гастрит, ремиссия.

Из получаемого лечения в госпитале больной только находился на безрыбной диете, не получая медикаментозную терапию, поскольку проявления болезни были только при проведении аллергологического обследования. При выписке рекомендовано: диета с исключением рыбы; освобождение от нарядов по столовой; медицинское освидетельствование на предмет годности к военной службе в ведомственном лечебном учреждении, поскольку на основании статей 21<sup>6</sup>, 30<sup>7</sup> гр. II пр. Министерства обороны и Министерства здравоохранения Республики Беларусь №369/173-1998 г. больной негоден к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время.

Указанный случай с одной стороны демонстрирует эффективность и необходимость проведения при любой степени тяжести пищевой аллергии элиминационных мероприятий, с другой стороны – четкую направленность специфического иммунного ответа (в данном случае – только на аллергены рыб) и необходимость тщательного медицинского обследования на призывных комиссиях в военкоматах.

## Литература

1. Федорович, СВ. Пищевая аллергия / СВ. Федорович, В.А. Жарин.-Минск, 2007.-277 с.