

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т.Е.

Проверила: кмн., доцент Педанова Е.А.

Реферат

На тему: «Аллергия к белкам коровьего молока у детей»

Выполнила: врач-ординатор Клепикова О. Е.

Красноярск 2019г.

Кор. Педанова
25.02.19
25.02.19 врач-орд. Клепикова

Оглавление

Термины и определения:	3
Этиология и патогенез:	3
Эпидемиология:	4
Кодирование по МКБ-10:.....	4
Примеры диагнозов:	4
Классификация:	4
Диагностика:	6
Дифференциальная диагностика:.....	10
Лечение.	11
Реабилитация.....	12
Библиографический список:.....	13

Термины и определения:

Аллергия к белкам коровьего молока – иммунологически обусловленные клинические реакции на продукты, содержащие белки коровьего молока.

Пищевые аллергены – это любые вещества, чаще всего белковой природы, стимулирующие выработку IgE или клеточный иммунный ответ.

Элиминационная диета – диета с исключением причинно-значимого аллергена.

Диагностическое введение продукта – диагностическое мероприятие, заключающееся в пробном введении малых количеств ранее исключенного из рациона питания продукта/ов для оценки клинической реакции.

Неиммунная реакция на пищу – не связанная с иммунными механизмами гиперчувствительность к пищевым продуктам.

Определение:

Аллергия к белкам коровьего молока (АБКМ) — это патологическая реакция, вызванная приемом продуктов, содержащих белки коровьего молока (БКМ), в основе которой лежат иммунные механизмы (специфические IgE-опосредованные реакции, клеточный иммунный ответ (не-IgE-опосредованные) или их сочетание - реакции смешанного типа). Термин «непереносимость коровьего молока» не отражает патогенетических механизмов АБКМ и включает в себя также непереносимость лактозы, поэтому его применение в отношении иммунологически обусловленных реакций на продукты, содержащие БКМ, нецелесообразно .

Этиология и патогенез:

Способность пищевого белка выступать в роли аллергенов у генетически предрасположенных индивидуумов зависит от наличия в его составе структур - эпитопов, способных вызывать активацию Th2 и выработку IgE-антител .

В спектре белков коровьего молока наибольшее клиническое значение имеют: β -лактоглобулин, α -лактальбумин, бычий сывороточный альбумин и γ -глобулин, а также α - и β -казеины . Казеин – не видоспецифичный белок, он содержится в молоке других животных.

Казеин термостабилен, а также устойчив в кислой среде желудка. β -лактоглобулин коровьего молока является видоспецифичным (встречается только в коровьем молоке), также термостабилен. Аллергия на казеин и β -лактоглобулин коровьего молока обуславливают формы АБКМ, сопровождающиеся реакциями как на свежее, так и на термически обработанное коровье молоко. α -лактоальбумин и бычий сывороточный альбумин являются термолабильными фракциями БКМ.

Большое значение в патогенезе аллергии к белкам коровьего молока у детей раннего возраста имеет вскармливание молочными смесями, приводящее к раннему чрезмерному поступлению чужеродного белка, что на фоне незрелости кишечного барьера и иммунного ответа приводит к сенсibilизации к БКМ. Однако, и у детей на грудном вскармливании также может развиваться клинически значимая АБКМ за счет проникновения пищевых белков в грудное молоко .

Перекрестные аллергические реакции. Аллергенными свойствами обладает молоко других млекопитающих, в том числе козье. При этом козье молоко может выступать как перекрестный аллерген, вызывая перекрестно-аллергические реакции у больных с аллергией к белкам коровьего

молока, так и являться самостоятельным аллергеном, вызывая тяжелые реакции у пациентов, толерантных к коровьему молоку. Установлено, что более чем у 90% детей с аллергией к БКМ развиваются перекрестные аллергические реакции к козьему и овечьему молоку. Известно, что β -лактальбумин имеет перекрестно-связывающие детерминанты с овальбумином куриного яйца, а бычий сывороточный альбумин является причиной реакций на говядину и телятину у больных с АБКМ.

Эпидемиология:

Белок коровьего молока - ведущий по клинической значимости аллерген раннего детского возраста. Согласно Европейским данным (ESPGHAN, 2012 г.), пик заболеваемости аллергией к БКМ приходится на первый год жизни, составляя 2-3% среди грудных детей. У детей первого года жизни частота аллергии на молочный белок по данным опроса (self-reported point prevalence) составляет 4,2%, у детей 2-5 лет - 3,75% (EAACI, 2014 г), при этом частота выявления специфических антител класса иммуноглобулина Е (sIgE) к этому белку составляет в этих возрастных группах 1,6% и 6,8%, соответственно.

Кодирование по МКБ-10:

L20.8 – Другие атопические дерматиты;

L27.2 - Дерматит, вызванный съеденной пищей;

K52.2 - Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит;

T78.1 – Другие проявления патологической реакции на пищу;

T78.4 – Аллергия неуточненная;

T78.8 – Другие неблагоприятные реакции, не классифицированные в других рубриках.

Примеры диагнозов:

Аллергия к белкам коровьего молока представляет собой патогенетический механизм формирования определенных заболеваний и/или симптомокомплексов и, соответственно, не является нозологическим диагнозом. Однако, учитывая высокую этиологическую и клиническую значимость АБКМ при аллергических реакциях и заболеваниях, особенно в раннем детском возрасте, наличие АБКМ целесообразно включать в полный клинический диагноз после обозначения основной нозологической формы.

- Атопический дерматит, распространенная форма, среднетяжелое течение, обострение. Пищевая аллергия (аллергия на белок коровьего молока) (L20.8)

-Аллергическая крапивница. Пищевая аллергия (аллергия на белок коровьего молока) (L50.0)

-Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит. Пищевая аллергия (аллергия на белок коровьего молока) (K52.2)

Классификация:

Современная классификация проявлений АБКМ основана на клинико-иммунологическом принципе. Ниже представлены наиболее распространенные клинические проявления АБКМ у

детей, опубликованные в согласительном документе World Allergy Organization по диагностике и лечению АБКМ .

Состояния, связанные с IgE-опосредованными реакциями на белок коровьего молока.

I. Системные IgE-опосредованные реакции (анафилаксия)

A. Реакции немедленного типа

B. Отсроченные реакции

II. IgE-опосредованные гастроинтестинальные реакции

A. Оральный аллергический синдром

B. Гастроинтестинальные реакции немедленного типа

III. IgE-опосредованные респираторные реакции

A. Астма или ринит после употребления в пищу молока

B. Астма или ринит после попадания БКМ в дыхательные пути

IV. IgE-опосредованные кожные реакции

A. Реакции немедленного типа

1. Острая крапивница или ангиоотек

2. Контактная крапивница

B. Отсроченные реакции

Атопический дерматит

Состояния, связанные с не-IgE-опосредованными и смешанными реакциями на белок коровьего молока.

I. Атопический дерматит

A. Реакции немедленного типа

B. Отсроченные реакции

II. Не-IgE-опосредованные гастроинтестинальные реакции

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Дисфагия (крикофарингеальный спазм)

Пилороспазм

Аллергический эозинофильный эзофагит

Индукцированная БКМ энтеропатия

Запоры

Колики

Индукцированные БКМ гастроэнтероколит и проктоколит

III. Не-IgE-опосредованные респираторные реакции

Синдром Гейнера.

Диагностика:

Жалобы и анамнез:

При сборе анамнеза и жалоб следует оценить:

- Семейный анамнез;
- Причинно-значимые аллергены с учетом высокой частоты АБКМ у детей раннего возраста;
- Характер реакции (немедленного или замедленного типа);
- Характер клинических симптомов и их тяжесть;
- Воспроизводимость реакции;
- Наличие ко-факторов.

Физикальное обследование:

☐ При проведении клинического осмотра рекомендуется измерять рост и массу тела, температуру тела, оценить состояние кожных покровов, наличие лимфаденопатии, состояние дыхательной системы и органов пищеварения .

Клинические проявления АБКМ значительно отличаются в зависимости от формы и характера реакции, а также у больных разного возраста. Начальные симптомы, возникающие в первые дни и недели жизни ребенка, часто недостаточно специфичны и не имеют характера определенной патологии. К ним относятся такие кожные проявления, как гиперемия кожи, упорные опрелости, мелко-папулезная сыпь. Клиническая картина АБКМ со стороны желудочно-кишечного тракта обусловлена воспалением, нарушением моторики или сочетанием этих механизмов. У грудных детей симптомы АБКМ со стороны желудочно-кишечного тракта также неспецифичны. Гастроинтестинальная симптоматика может выражаться обильными срыгиваниями и/или рвотой после приема продукта, коликами, функциональными запорами, появлением слизи в стуле. Считается, что как минимум 10–15% случаев колик у грудных детей связаны с наличием пищевой аллергии. АБКМ является одной из наиболее частых причин появления примеси крови в кале у детей раннего возраста. Хроническая железодефицитная анемия может быть единственным симптомом АБКМ.

Отказ от приема продукта или беспокойство после еды также могут быть свидетельством аллергической реакции. У грудных детей по данным анамнеза и объективного осмотра невозможно дифференцировать гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и АБКМ. У детей старше года АБКМ может проявляться не только симптомами ГЭРБ, но и диспепсией или болями в животе, что также сложно дифференцировать с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта или непереносимостью лактозы.

Возможна диарея (в сочетании с мальабсорбцией и потерей белка вследствие энтеропатии или без этих осложнений), отсутствие прибавки массы тела, боли в животе, и стойкие запоры (часто с изменениями перианальной зоны).

Анафилаксия - быстрая прогрессирующая мультисистемная реакция. Известно о случаях развития у детей анафилактического шока со смертельным исходом после употребления БКМ.

Тяжелые шокоподобные реакции с метаболическим ацидозом характерны для синдрома энтероколита, вызванного пищевым белком, являющегося не IgEопосредованной формой заболевания.

Поражение более чем двух систем органов увеличивает вероятность диагноза АБКМ. Такие проявления, как ангионевротический отек и атопический дерматит более вероятны у детей с наличием IgE-опосредованной сенсibilизации к БКМ. В то же время одни и те же симптомы могут отмечаться у пациентов как с повышенным, так и с нормальным уровнем специфических IgE к БКМ, особенно это касается желудочно-кишечных симптомов (например, при аллергическом проктите или проктоколите).

Оральный аллергический синдром – характерен зуд, легкий отек ограничивается полостью рта. Крапивница/ангиоотек, возникающие при приеме внутрь или при контакте с пищевым продуктом, содержащим БКМ.

Респираторные реакции (астма или ринит после употребления в пищу молока или после попадания БКМ в дыхательные пути) - редкие проявления АБКМ. У младенцев и детей встречается чаще, чем у взрослых и характеризуются появлением симптомов затрудненного дыхания и/или выделений из носа.

Атопический дерматит – у детей раннего возраста часто ассоциируется с АБКМ.

Гастроинтестинальные симптомы - тошнота, рвота, боли в животе и диарея, вызванные приемом пищи.

Симптоматика зависит от уровня ЖКТ, вовлеченного в процесс и степени эозинофильного воспаления. Описан индуцированный пищей проктит, проктолит, энтероколит, при которых характерна слизь и кровь в стуле.

Преимущественно встречается у младенцев и обычно разрешается к более старшему возрасту. Белки коровьего молока наиболее часто являются причиной аллергического энтероколита у детей первого года жизни. Индуцированная пищей энтеропатия характеризуется такими симптомами как: рвота, диарея, отставание в росте, вялость. При повторном введении продукта после элиминации характерны: рвота, диарея, гипотензия в течение 2 ч после приема. Преимущественно встречается у младенцев и обычно разрешается к более старшему возрасту.

Синдром Гейнера - редкое заболевание, которое наиболее часто связано с АБКМ, однако, является формой легочного гемосидероза, развивается у детей раннего возраста, как правило, в возрасте от 1 до 9 месяцев, может сопровождаться желудочно-кишечным кровотечением, железодефицитной анемией.

Лабораторная диагностика:

- ☐ Определение уровня специфических антител класса IgE (sIgE).

Определение уровня специфических IgE является методом диагностики IgE-опосредованной ПА. В клинической практике в настоящее время используются следующие тест-системы:

- колориметрический метод с использованием бумажных дисков в качестве твердой подложки;
- флуориметрический метод с использованием целлюлозной губки в качестве твердо-фазовой матрицы;
- хемилюминесцентный метод, использующий биотинилированные аллергены и твердую фазу с частицами авидина;

Наиболее признанной аналитической тест-системой в области лабораторной диагностики аллергии в настоящее время является метод UniCAP Systems, который обладает высокой чувствительностью, специфичностью и воспроизводимостью.

Граница обнаружения sIgE является более низкой по сравнению с границей обнаружения молекул общего IgE. В большинстве лабораторий для sIgE: от 0,01 до 0,35 кЕ/л (для общего IgE - 2-5 кЕ/л).

Потенциальный риск развития клинических проявлений при наличии сенсibilизации обуславливает не только уровень sIgE, но и тип аллергена. В то же время, высоко позитивные результаты тестов не обязательно предполагают усиление тяжести клинических симптомов и развитие, например, анафилактического шока.

Для педиатрической практики оптимальным является определение сенсibilизации по уровню sIgE к определенным пищевым аллергенам с помощью тест-системы, в которой имеются фиксированные пороговые границы уровней sIgE, определяющие риск развития клинических симптомов, а также обозначена их корреляция с возрастом (известны для белков коровьего молока, куриного яйца). Однако для взрослых пациентов и для плохо исследованных аллергенов подобных границ не разработано. Положительные результаты тестирования свидетельствуют только о наличии сенсibilизации. И, напротив, отсутствие специфических IgE не исключает диагноза ПА. Все полученные результаты должны интерпретироваться только в контексте анамнестических данных. Молекулярная алергодиагностика позволяет получить дополнительную информацию о характере сенсibilизации к отдельным белкам, входящим в состав продукта и позволяет прогнозировать особенности клинических проявлений и течения ПА.

Возможности молекулярной включают: распознавание маркеров истинной сенсibilизации от перекрёстной реактивности; оценку рисков развития острых системных или местных реакций; прогнозирование вероятности формирования толерантности или перехода аллергии в персистирующую форму.

□ Проведение клеточных тестов – тесты активации базофилов различных модификаций (проточно-цитометрический аллерген-стимулирующий тест, метод проточной цитометрии с двойной меткой (FLOW-CAST), клеточный тест высвобождения сульфолейкотриенов после воздействия аллергена на клетку (EKCAST), комбинированный аллерген-стимулирующий тест (CAST-COMBI)).

Позволяют установить неспецифическое высвобождение медиаторов из базофилов в присутствии аллергена и без связи с молекулой IgE. Имеют ограниченное применение вследствие высокой стоимости.

□ Рекомендовано определение в крови и моче медиаторов эффекторных клеток и метаболитов медиаторов. Применяется преимущественно для диагностики анафилактических реакций.

☐ Рекомендован анализ полиморфизмов в гене лактазы (LCT). Проводится с целью дифференциальной диагностики с первичной гипоалактазией.

Инструментальная диагностика:

☐ *Проведение кожного тестирования.*

Кожное тестирование (кожные скарификационные пробы, приквесты) позволяет подтвердить наличие сенсибилизации и эффективно в диагностике IgE-опосредованной аллергии на БКМ. Кожное тестирование должно выполняться квалифицированным персоналом с использованием стандартизованных аллергенов. Противопоказаниями к кожному тестированию являются наличие в анамнезе анафилактических реакций, прием β -блокаторов, выраженное обострение аллергического заболевания, дерматогрифическая крапивница, возраст до 6 месяцев. Также нужно помнить, что применение некоторых лекарственных средств может привести к получению ложных результатов (антигистаминные препараты, антидепрессанты, системные и местные глюкокортикостероиды и др.).

Как и результаты определения специфических IgE, данные кожного тестирования интерпретируются в соответствии с анамнезом и эффективностью безмолочной диеты.

☐ *Проведение эзофагогастродуоденоскопии как метода дифференциальной диагностики с другими (неиммунными) формами пищевой непереносимости (целиакия) и заболеваниями ЖКТ.*

Пациентам с выраженными и стойкими жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта, задержкой развития или железодефицитной анемией, которые не удается объяснить другими причинами, показано эндоскопическое исследование верхних и нижних отделов ЖКТ с морфологическим исследованием биоптатов.

Иная диагностика:

☐ *Диагностическая элиминационная (безмолочная) диета.*

Диагностическая элиминационная (безмолочная) диета является универсальным методом, позволяющим подтвердить диагноз как при IgE-опосредованных, так и при не-IgE-опосредованных формах АБКМ (Приложения Г2-Г4). При наличии клинически значимых симптомов и вероятной роли АБКМ, назначается диагностическая безмолочная диета с исключением продуктов, содержащих белки коровьего молока, а также молока других млекопитающих и говядину (телятину). При грудном вскармливании все эти продукты исключаются из рациона матери. Продолжительность диагностической диеты зависит от клинической картины и должна быть достаточной, чтобы оценить уменьшение/исчезновение клинических симптомов. Продолжительность может колебаться от 7-10 дней у детей с реакциями немедленного типа до 2-4 недель у детей с отсроченными и хроническими реакциями.

При вероятности множественной пищевой аллергии на диагностический период назначается диагностическая гипоаллергенная элиминационная диета, при которой из рациона исключаются все подозреваемые продукты (можно порекомендовать за основу диету № 5). В периоде ремиссии продукты вводятся в рацион поочередно, в постепенно возрастающих количествах, с обязательной регистрацией всех симптомов. Целесообразно ведение пищевого дневника.

☐ *Диагностическое введение продукта.*

Разработано такое диагностическое мероприятие, как «диагностическое введение продукта». Количество продукта, содержащего БКМ, для первого пробного введения определяется исходя из данных анамнеза (количество продукта, на которое отмечалась реакция и выраженность реакции). Начинают с дозы, значительно меньшей той, которая вызвала симптомы. Срок наблюдения за реакцией после диагностического введения продукта зависит также от характера предыдущих реакций на этот продукт и составляет от 2 часов при реакциях немедленного типа до 2 суток при реакциях замедленного типа в анамнезе. Если на первое диагностическое введение продукта никаких отрицательных реакций не отмечается, продукт вводится в питание в постепенно возрастающих количествах с обязательной регистрацией всех симптомов – должны быть оценены проявления аллергии как со стороны кожи и желудочно-кишечного тракта, так и респираторные.

- ☐ *Рекомендована консультация диетолога (для подбора и коррекции рациона).*
- ☐ *Рекомендована консультация гастроэнтеролога (при гастроинтестинальной симптоматике для подбора и коррекции терапии).*
- ☐ *Рекомендована консультация дерматолога (при кожных проявлениях АБКМ для подбора и коррекции терапии).*
- ☐ В некоторых случаях необходимо проведение медико-генетического консультирования и пренатальной диагностики с целью дифференциальной диагностики с наследственными заболеваниями и синдромами.

Дифференциальная диагностика:

Проводится в первую очередь с неиммунными формами пищевой непереносимости и реакциями на пищу, а также другими заболеваниями:

- Заболевания другой этиологии, сопровождающиеся кожными проявлениями;
- Непереносимость пищи ферментная и/или метаболическая:
 - ✓ непереносимость лактозы;
 - ✓ мальабсорбция углеводов;
 - ✓ целиакия.
- Токсические реакции на пищу:
 - ✓ бактериальной, вирусной или иной этиологии;
 - ✓ фармакологические.
- Реакции на пищевые добавки и контаминанты;
- Состояния, не всегда связанные с приемом пищи:
 - ✓ ГЭРБ;
 - ✓ функциональные кишечные нарушения;
 - ✓ синдром раздраженной толстой кишки;
 - ✓ воспалительные заболевания кишечника.

Реакции на пищу неиммунного характера могут клинически не отличаться от проявлений аллергии к БКМ и могут сочетаться у одного и того же больного с аллергическими реакциями. Так, непереносимость лактозы может встречаться как самостоятельное нарушение, но в ряде случаев вторичная лактазная недостаточность сопровождается аллергией к БКМ и является проявлением аллергического поражения кишечника.

Причиной развития неиммунных реакций может быть связано с присутствием в молочных продуктах таких контаминант, как пестициды, фторсодержащие, хлорорганические соединения, сернистые соединения, антибиотики, продукты микробного метаболизма, грибки и т.д.

Лечение.

Консервативное лечение:

- Проведение этиологического лечения - исключение из питания всех продуктов, содержащих белки коровьего молока, а также говядины.

В случаях легких проявлений АБКМ безмолочная диета рекомендована в качестве монотерапии. Из питания ребенка необходимо исключить смеси на основе коровьего молока и прикорм, содержащий БКМ или другие, не модифицированные, молочные животные белки (например, козье, овечье молоко). Соблюдение элиминационной диеты должно сопровождаться мониторингом показателей физического развития ребенка.

Диетотерапия АБКМ носит поэтапный характер:

- ✓ этап - диагностический.
- ✓ этап – лечебная элиминационная диета
- ✓ этап - расширение рациона.
- Минимальные сроки исключения из питания рекомендованы международными документами, и составляют не менее 6 мес, при наличии тяжелых реакций – не менее 12-18 мес.
- Детям с АБКМ, находящимся на искусственном вскармливании, рекомендовано использовать в питании специализированные смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или аминокислот.
- При АБКМ не рекомендовано и не обосновано назначение смесей на основе частично (умеренно) гидролизованного белка, смесей на основе козьего молока / молока других млекопитающих.
- Напитки из сои, риса, миндаля, кокоса или каштана, неправомерно называют «молоком». Они не соответствуют потребностям грудных детей и не рекомендованы к использованию в их питании в качестве смеси для искусственного вскармливания.
- Антигистаминные препараты I-го поколения (хлоропираминж,вк - код АТХ R06AC03, мебгидролин - код АТХ R06AX, клемастин - код АТХ R06AA04) применять для лечения ПА не рекомендуется из-за наличия выраженных седативного и антихолинергического побочных эффектов.
- Применение антигистаминных препаратов II поколения при АБКМ рекомендовано для купирования нежизнеугрожающих проявлений.
 - ✓ Дезлоратадин (код АТХ: R06AX27) применяют у детей с 6 мес до 1 года по 1 мг (2 мл сиропа); с 1 года до 5 лет по 1,25 мг (2,5 мл), с 6 до 11 лет по 2,5 мг (5 мл) 1 раз в сутки в форме сиропа, старше 12 лет — 5 мг (1 таблетка или 10 мл сиропа) 1 раз в сутки.
 - ✓ Лоратадин ж,вк (код АТХ: R06AX13) применяют у детей старше 2 лет. Детям с массой тела менее 30 кг препарат назначают по 5 мг 1 раз в сутки, детям с массой тела более 30 кг — по 10 мг 1 раз в сутки.

- ✓ Левоцетиризин (код АТХ: R06AE09) детям старше 6 лет — в суточной дозе 5 мг, детям в возрасте от 2 до 6 лет — 2,5 мг/сут в форме капель.
- ✓ Рупатадина фумарат (код АТХ: R06AX28) применяют у детей старше 12 лет рекомендуемая доза составляет 10 мг 1 раз/сут.
- ✓ Цетиризин ж,вк (код АТХ: R06AE07) детям в возрасте от 6 до 12 мес. по 2,5 мг 1 раз в день, детям от 1 года до 6 лет назначают по 2,5 мг 2 раза в день или 5 мг 1 раз в день в виде капель, детям старше 6 лет — по 10 мг однократно или по 5 мг 2 раза в день.
- Тяжелые, а также жизнеугрожающие проявления АБКМ (особенно при развитии кардиоваскулярных и респираторных симптомов) рекомендовано купировать введением эпинефрина.
- Рекомендовано пациентов с сопутствующей бронхиальной астмой проинформировать о возможном риске развития респираторных проявлений после приема причиннозначимого аллергена и необходимости обязательного использования ингаляционных коротко действующих β_2 -агонистов (сальбутамол – код АТХ R03AC02) для купирования развившейся бронхиальной обструкции.
- Рекомендовано наружную терапию проводить дифференцированно с учетом патологических изменений кожи. Целью наружной терапии является не только купирование воспаления и зуда, но и восстановление водно-липидного слоя и барьерной функции кожи, а также обеспечение правильного и ежедневного ухода за кожей.
- Стабилизаторы мембран тучных клеток не рекомендованы к использованию для профилактического лечения проявлений АБКМ.
- Специфическая иммунотерапия в рутинной практике не рекомендована в связи с высоким риском анафилаксии.

Хирургическое лечение:

Не требуется.

Реабилитация.

Профилактика:

Первичная профилактика АБКМ - профилактика раннего дебюта атопии.

Диетопрофилактика должна проводиться у детей из группы высокого риска, т.е. имеющих наследственную отягощенность по atopическим заболеваниям. Определенным превентивным эффектом обладает исключительно грудное вскармливание до возраста 4-6 мес. Убедительные доказательства профилактического эффекта строгой гипоаллергенной диеты матери в течение беременности для предупреждения развития аллергического заболевания у ребенка отсутствуют: рекомендуется, по возможности, разнообразный полноценный рацион. Индивидуальный гипоаллергенный рацион с исключением причинно-значимых аллергенов рекомендован матери в тех случаях, когда женщина сама страдает аллергическим заболеванием. В периоде кормления грудью матерям из «группы риска» целесообразно сформировать полноценный разнообразный рацион с ограниченным использованием в питании наиболее распространенных аллергенов, в том числе продуктов, содержащих БКМ.

У детей из группы риска по развитию атопии, находящихся на искусственном или

смешанном вскармливании, использование частично- или высокогидролизированных смесей должно быть обязательным профилактическим мероприятием в возрасте до 6 мес.; в более позднем возрасте их эффективность не доказана. Детям с высоким риском развития atopических заболеваний, лишенным материнского молока, рекомендуется применение смесей с доказано сниженными аллергенными свойствами. В РФ для профилактики пищевой аллергии (в том числе АБКМ) используются смеси на основе умеренно гидролизованного молочного белка, в названии их используется слово «гипоаллергенная» или аббревиатура «ГА» (например, «Беллакт ГА», «НАН ГА», «Нутрилак ГА», «Нутрилон Гипоаллергенный», «Фрисолак ГА», «Хумана ГА»).

Введение продуктов прикорма в рамках «окна толерантности» - в возрасте 4-6 мес. способствует снижению риска развития атопии в последующие годы. Ключевым правилом введения прикорма детям с высоким риском развития атопии является назначение монокомпонентных продуктов, а также соблюдение принципа постепенного расширения рациона (не более 1 продукта в неделю). Сроки введения прикорма соответствуют рекомендованным для здоровых детей.

Диспансерное наблюдение:

Тактика динамического наблюдения определяется нозологической формой и тяжестью течения заболевания.

Диагностическая программа с комплексом терапии и подбором индивидуальной элиминационной диеты в стационаре / дневном стационаре может составлять в среднем около 14 дней. Больные с легкими проявлениями АБКМ могут наблюдаться амбулаторно, консультации специалистов (в зависимости от характера проявления и по показаниям – аллерголога, диетолога, гастроэнтеролога, дерматолога) с частотой 1 раз в 2-6 месяцев. При тяжелых и среднетяжелых реакциях на БКМ ребенок может нуждаться в госпитализации для обследования, подбора терапии и коррекции рациона, реабилитационных мероприятий (1 раз в 3-12 мес., в зависимости от характера патологических проявлений).

Библиографический список:

1. Клинические рекомендации «Аллергия к белкам коровьего молока у детей» 2018 год, Союз педиатров России.

2. Макарова С.Г., Боровик Т.Э., Алексеева А.А. Гастроинтестинальные проявления аллергии на белок коровьего молока у детей//журнал Медицинский совет, 2014 год.
3. Намазова-Баранова Л.С., Боровик Т.Э., Макарова С.Г. Аллергия на белок коровьего молока. Тактика ведения больных на разных этапах диетотерапии. Педиатрия, 2013, 92, 6, 68-77.
4. Детская аллергология. Под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. М.: «Гэотар-медиа», 2006. 688.
5. Денисова, С. М. Клиническая эффективность комплексной терапии у больных раннего возраста с аллергией к белкам коровьего молока и атопическим дерматитом / С. М. Денисова, М. Ю. Белицкая, Т. Б. Сенцова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2013. — № 1. — С. 101—107.
6. Ботвиньев О.К., Еремеева А.В. Диетотерапия при пищевой аллергии к белкам коровьего молока у детей раннего возраста// журнал Педиатрия 2015 год, стр. 89-112.
7. Караулов, А. В. Пищевая аллергия у больных с атопическим дерматитом / А. В. Караулов, И. В. Сидоренко, А. Ю. Нутузина // Аллергология и иммунология. — 2001. — Т. 2, № 2. — С. 94—95.
8. Суржик, А. В. Обзор международных рекомендаций по лечению аллергии к белкам коровьего молока у детей раннего возраста с использованием смесей со сниженной аллергенностью / А. В. Суржик, Т. Е. Лаврова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2011. — № 4. — С. 104—108.
9. Короткова Т.Н., Сенцова Т.Б., Денисова С.Н. и соавтр. Провоспалительные иммунные факторы при атопии и пищевой непереносимости у детей раннего возраста с атопическим дерматитом. Рос. Педиатр. Журнал. 20014, №2, с.27-32.
10. Ревякина В.А. Кожные проявления аллергии. В кН. Пищевая аллергия у детей/ [под ред. И.И.Балаболкина, В.А.Ревякиной], М.: Издательства «Династия», 2010, — 190, с. 39-52