

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

Кафедра педиатрии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., доцент Педанова Е. А.

Реферат

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

Выполнил: врач-ординатор

Ефимовская А.Г.

г. Красноярск, 2018 год.

от
30.10.2018
Леден
31.10.18
м.п. г. Красноярск
г. Красноярск

Оглавление

Введение	3
Этиология и патогенез	4
Кодирование по МКБ-10	5
Примеры диагнозов	5
Классификация	5
Диагностика	6
Дифференциальная диагностика	12
Лечение	13
Профилактика и диспансерное наблюдение	16
Исходы и прогноз.....	18
Заключение.....	19
Список литературы.....	20

Введение

Аллергия к белкам коровьего молока (АБКМ), являясь самым распространенным аллергическим заболеванием среди детей первого года жизни, может носить системный характер с поражением кожи, органов желудочно-кишечного и респираторного трактов. Несвоевременная диагностика АБКМ способствует возникновению полидефицитных состояний и нарушениям физического и нервно-психического развития детей. У младенцев ранняя постановка диагноза часто затруднительна ввиду неспецифичности проявлений АБКМ, а также схожести ее клинической симптоматики с проявлениями ряда других заболеваний.

АБКМ — это патологическая реакция, вызванная приемом продуктов, содержащих белки коровьего молока, в основе которой лежат иммунные механизмы (специфические IgE-опосредованные реакции, клеточный иммунный ответ (не IgE-опосредованные) или их сочетание — реакции смешанного типа).

Распространенность АБКМ в РФ среди детского населения неизвестна. Данные зарубежных исследований свидетельствуют, что АБКМ встречается у 2—5% младенцев, находящихся на искусственном вскармливании, и у 0,5—1,5% детей на естественном вскармливании.

Аналогичные данные приводит ESPGHAN (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition): пик заболеваемости АБКМ приходится на первый год жизни, достигая 2—3% среди детей раннего возраста. Часто пищевая аллергия выявляется у людей, склонных к атопии. Следует отметить, что среди страдающих атопическим дерматитом у 70—85% детей диагностируется АБКМ.

Белки коровьего молока являются ведущими аллергенами у детей раннего возраста. Это обусловлено тем, что коровье молоко (а так же другие виды молока млекопитающих: козье, буйволиное, верблюжье, кобылье и др.) включает целый спектр белков, обладающих высоким сенсibilизирующим потенциалом.

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 α -лактальбумин имеет перекрестно-связывающие детерминанты с овальбумином куриного яйца, а бычий

сывороточный альбумин является причиной реакций на говядину и телятину у больных с АБКМ.

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

- 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 клинкоиммунологическом 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)

А. Реакции немедленного типа

В. Отсроченные реакции

II. IgE-опосредованные гастроинтестинальные реакции

А. Оральный аллергический синдром

В. Гастроинтестинальные реакции немедленного типа

III. IgE-опосредованные респираторные реакции

А. Астма или ринит после употребления в пищу молока

В. Астма или ринит после попадания БКМ в дыхательные пути

IV. IgE-опосредованные кожные реакции

А. Реакции немедленного типа

1. Острая крапивница или ангиоотек

2. Контактная крапивница

В. Отсроченные реакции

Атопический дерматит

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

I. Атопический дерматит

А. Реакции немедленного типа

В. Отсроченные реакции

II. Не-IgE-опосредованные гастроинтестинальные реакции

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Дисфагия (крикофарингеальный спазм)

Пилороспазм

Аллергический эозинофильный эзофагит

Индуцированная БКМ энтеропатия

Запоры

Колики

Индуцированные БКМ гастроэнтероколит и проктоколит

III. Не-IgE-опосредованные респираторные реакции

Синдром Гейнера

Диагностика

Жалобы и анамнез: 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: измерение роста и массы тела, температуры тела, 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, мелкопапулезная 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, проктоколит, 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 IgE (sIgE) является методом диагностики IgE-опосредованной ПА.

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). 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.

- Проведение клеточных тестов – тесты активации базофилов различных модификаций (проточно-цитометрический алерген-стимулирующий тест, метод проточной цитометрии с двойной меткой (FLOW-CAST), клеточный тест высвобождения сульфолейкотриенов после воздействия алергена на клетку (ЕКCAST), комбинированный алерген-стимулирующий тест (CAST-COMBI)) Они позволяют установить неспецифическое высвобождение медиаторов из базофилов в присутствии алергена и без связи с молекулой IgE. Имеют ограниченное применение вследствие высокой стоимости.
- Определение в крови и моче медиаторов эффекторных клеток и метаболитов медиаторов. Применяется преимущественно для диагностики анафилактических реакций.
- Анализ полиморфизмов в гене лактазы (LCT). Проводится с целью дифференциальной диагностики с первичной гипо- и алактазией.

Инструментальная диагностика

- Кожное тестирование (кожные скарификационные пробы, прик-тесты) позволяет подтвердить наличие сенсibilизации и эффективно в диагностике IgE-опосредованной аллергии на БКМ. Противопоказания: наличие в анамнезе анафилактических реакций, прием β -блокаторов, выраженное обострение

аллергического заболевания, дерматографическая крапивница, возраст до 6 месяцев. Также 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.

- ЭФГДС как метод 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 удастся объяснить другими причинами, показано эндоскопическое исследование верхних и нижних отделов ЖКТ с морфологическим исследованием биоптатов.

Иная диагностика

- Диагностическая элиминационная (безмолочная) диета - универсальный метод, позволяющий подтвердить диагноз как при IgEопосредованных, так и при не-IgE-опосредованных формах АБКМ. 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. 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.
- Консультация диетолога (для подбора и коррекции рациона).
- Консультация гастроэнтеролога (при гастроинтестинальной симптоматике для подбора и коррекции терапии).
- 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:

- 1. Заболевания другой этиологии, сопровождающиеся кожными проявлениями;*
- 2. Непереносимость пищи ферментная и/или метаболическая;*

- непереносимость лактозы;
- мальабсорбция углеводов;
- целиакия.

3.Токсические реакции на пищу:

- бактериальной, вирусной или иной этиологии;
- фармакологические.

4.Реакции на пищевые добавки и контаминанты;

5.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 присутствие в молочных продуктах пестицидов, фторсодержащих, хлорорганических соединений, сернистых соединений, антибиотиков, продуктов микробного метаболизма, грибов и т.д.

Лечение

Консервативное лечение

- 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: диагностический этап, лечебная элиминационная диета, расширение рациона.

- Минимальные сроки исключения из питания 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 (Алфаре Аллерджи, Нутрилак Пептиди СЦТ, Нутрилон Пепти Аллергия, Нутрилон Пепти Гастро, Фрисопеп, Пептикейт, Пептамен Юниор; Алфаре Аминокислоты, Неокейт LCP, Неокейт Эдванс, Нутрилон аминокислоты). Если при приеме смеси на основе высокогидролизованного белка состояние не улучшается в течение 2 недель, рекомендуется перевод на питание на основе аминокислот.
- При АБКМ не рекомендовано и не обосновано назначение смесей на основе частично (умеренно) гидролизованного белка, смесей на основе козьего молока / молока других млекопитающих. Смеси на основе частично (умеренно) гидролизованного белка предназначены для искусственного и смешанного вскармливания детей из группы риска по развитию аллергической патологии, по своему назначению являются профилактическими и не могут применяться у детей с подтвержденной АБКМ. Смеси и продукты на основе немодифицированных (негидролизованных) белков молока - козьего, овечьего, верблюжьего и других видов млекопитающих не рекомендуются детям с АБКМ.
- 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 (хлоропирамин, мебгидролин, клемастин) применять для лечения ПА не рекомендуется из-за наличия выраженных седативного и антихолинергического побочных эффектов. Учитывая

отсутствие зарегистрированных к применению антигистаминных препаратов второго поколения, детям в возрасте до 6 мес кратким курсом может быть назначен диметинден (режим дозирования пациентам от 1 мес. до 1 года по 3–10 капель на прием 3 раза в сутки).

- Применение антигистаминных препаратов II поколения при АБКМ рекомендовано для купирования нежизнеугрожающих проявлений.

Дезлоратадин - 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 - 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 - 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 - применяют у детей старше 12 лет рекомендуемая доза составляет 10 мг 1 раз/сут.

Фексофенадин - применяют у детей 6–12 лет по 30 мг 1 раз в сутки, старше 12 лет — 120–180 мг 1 раз в сутки.

Цетиризин - 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.

У некоторых детей системные антигистаминные препараты второго поколения также могут оказывать легкий седативный эффект.

- Длительный прием антигистаминных препаратов II поколения в профилактических целях не рекомендуется.
- Тяжелые, а также жизнеугрожающие проявления АБКМ (особенно при развитии кардиоваскулярных и респираторных симптомов) рекомендовано купировать введением эпинефрина.

Препарат вводится бригадой скорой медицинской помощи. После инъекции эпинефрина пациент должен быть осмотрен специалистом скорой помощи и по показаниям находиться под наблюдением как минимум несколько часов.

- 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) для купирования развившейся бронхиальной обструкции.
- Наружная терапия проводится 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
- Специфическая иммунотерапия рекомендуется только для пациентов с сопутствующими респираторными симптомами и проводится только с ингаляционными аллергенами.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Профилактика

Первичная профилактика АБКМ - профилактика раннего дебюта атопии. Диетопрофилактика должна проводиться у детей из группы высокого риска, т.е. имеющих наследственную отягощенность по атопическим 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 атопических 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).

Исходы и прогноз

Формирование толерантности и прогноз во многом зависят от вида аллергена и формы АБКМ, а также от адекватной тактики ведения ребенка на ранних этапах развития патологии. Продолжительность элиминационной диеты и формирование толерантности индивидуальны. Минимальные сроки исключения из питания БКМ определены международными документами - не менее 6 мес, при наличии тяжелых реакций – не менее 12- 18 мес. Дальнейшая тактика ведения ребенка определяется характером клинических проявлений и результатами обследования и наблюдения. Частота формирования толерантности к молочным белкам у детей, имевших аллергию к БКМ на первом году жизни при не-IgE – опосредованной форме аллергии к БКМ может достигать 100% к 5 годам, тогда как при IgE-опосредованной форме эти цифры значительно ниже: и составляет по разным данным 41% к 2 годам, 19-57% к 4 годам, 74% к 5 годам и у 85% - к 8-9 годам, 64% к 12-летнему и 79% – к 16-летнему возрасту.

Более склонны к персистированию:

- IgE-опосредованные формы аллергии к БКМ;
- заболевания с более поздним началом симптомов, более длительным периодом между началом употребления БКМ и появлением первых симптомов аллергии,
- при наличии множественных реакций на пищу и других аллергических заболеваний;
- кожные проявления аллергии к БКМ по сравнению с гастроинтестинальными, тяжелое течение атопического дерматита;
- аллергия к БКМ у детей с значительно отягощенным семейным анамнезом по атопическим болезням.

Предикторами толерантности могут служить результаты диагностического введения продуктов и кожных проб. Показано, что реакция на минимальные количества молока (10 мл и менее) при диагностическом введении, а также большой размер папулы при прик-тесте, являются предикторами

персистирувания аллергии к БКМ. При своевременной адекватной диетотерапии прогноз преимущественно благоприятный.

Заключение

Таким образом, лечение аллергии на белок коровьего молока у детей раннего возраста требует дифференцированного подхода.

Оптимальным продуктом питания для ребенка первых месяцев жизни является материнское молоко, обеспечивающее адекватное развитие детского организма.

При выявлении у ребенка АБКМ рекомендуется продолжить естественное вскармливание малыша, с исключением БКМ (молока и молочных продуктов, в т.ч. кефира, творога, сыра) из рациона питания мамы.

Современным общепринятым подходом к диетотерапии детей раннего возраста с аллергией к белкам коровьего молока (АБКМ), находящимся на искусственном вскармливании, является назначение смесей на основе высокогидролизованных молочных белков (Европейская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов [EAACI], Европейское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов [ESPGHAN], Американская ассоциация педиатров [AAP]), а при выраженных проявлениях заболевания первым средством выбора признаны аминокислотные смеси.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации. Аллергия к белкам коровьего молока у детей / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, Р. М. Хаитов [и др.] // Министерство здравоохранения РФ; Союз педиатров России. – 2018. – 52 с.
2. Совершенствование диагностики аллергии к белкам коровьего молока у детей грудного возраста / Т. А. Шуматова, С. Н. Шишацкая, Е. С. Зернова [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2016. – № 4. – С. 19-21.
3. Войтова, Е. В. Использование козьего молока и новых формул на его основе в питании детей раннего возраста / Е. В. Войтова, Н. В. Микульчик // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2015. – № 3. – С. 18-37.
4. Дифференцированный подход к лечению лактазной недостаточности и аллергии на белок коровьего молока у детей раннего возраста / Т. А. Филатова, М. Г. Ипатова, Ю. Г. Мухина [и др.] // Детские инфекции. – 2016. – № 2. – С. 24-30.