

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ (Обзор литературы)

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18359299>

Бойназарова Дилдора Журакуловна
Юлдашев Ботир Ахматович
Хамроев Гулом Абдуганиевич

Самаркандский государственный медицинский университет

Введение

Пищевая аллергия у детей является одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии и детской аллергологии. По данным различных исследований, распространённость пищевой аллергии в детской популяции неуклонно растёт, особенно среди детей раннего возраста. Заболевание существенно влияет на качество жизни ребёнка и его семьи, повышает риск развития тяжёлых аллергических реакций и может способствовать формированию других атопических заболеваний, включая бронхиальную астму и атопический дерматит. В связи с этим оптимизация диагностики и лечения пищевой аллергии у детей представляет собой важную клиническую и научную задачу.

Ключевые слова

пищевая аллергия, дети, диагностика, лечение, IgE-опосредованные реакции, аллергодиагностика, элиминационная диета, профилактика, иммунотерапия.

Понятие и патогенез пищевой аллергии. Пищевая аллергия – это патологическая иммунная реакция организма на пищевые белки, которые в норме не вызывают нежелательных эффектов. В большинстве случаев у детей пищевая аллергия носит IgE-опосредованный характер, однако возможны и не-IgE-зависимые, а также смешанные механизмы. В основе заболевания лежит нарушение формирования оральной толерантности, обусловленное генетической предрасположенностью, особенностями иммунного ответа и воздействием факторов внешней среды.

Ключевую роль в патогенезе пищевой аллергии играют Т-хелперы второго типа, выработка специфических IgE-антител и активация тучных клеток и базофилов. Повышенная проницаемость кишечного барьера у детей раннего возраста способствует проникновению аллергенов и формированию сенсибилизации.

Клинические проявления. Клиническая картина пищевой аллергии у детей отличается значительным полиморфизмом. Наиболее часто поражаются кожа, желудочно-кишечный тракт и дыхательная система. Типичными проявлениями являются атопический дерматит, крапивница, ангионевротический отёк, рвота, диарея, абдоминальные боли. В тяжёлых случаях возможно развитие системных реакций, включая анафилаксию, представляющую угрозу для жизни ребёнка.

Особую сложность представляет диагностика пищевой аллергии у детей раннего возраста, когда симптомы могут носить неспецифический характер и маскироваться под функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта.

Современные подходы к диагностике. Оптимизация диагностики пищевой аллергии основывается на комплексном и поэтапном подходе. Первостепенное значение имеет тщательный сбор анамнеза, включающий анализ пищевого рациона, характера симптомов, времени их появления и семейного анамнеза по аллергическим заболеваниям.

Лабораторная диагностика включает определение общего и специфического IgE, кожные прик-тесты, а также молекулярную аллергодиагностику, позволяющую выявлять сенсibilизацию к отдельным аллергенам. Данный подход повышает точность диагностики и позволяет прогнозировать тяжесть аллергических реакций.

«Золотым стандартом» подтверждения пищевой аллергии остаётся пероральная пищевая провокационная проба, однако её применение ограничено риском развития тяжёлых реакций и требует проведения в специализированных условиях. В связи с этим особое значение приобретает разработка безопасных и информативных диагностических алгоритмов.

Принципы лечения пищевой аллергии. Основой лечения пищевой аллергии у детей является элиминационная диета с исключением причинно-значимых аллергенов. При этом крайне важно избегать неоправданных ограничений, которые могут привести к дефициту питательных веществ и нарушению физического развития ребёнка. Оптимизация диетотерапии предполагает индивидуальный подход с учётом возраста, нутритивного статуса и спектра сенсibilизации.

Медикаментозная терапия применяется для купирования острых аллергических реакций и включает антигистаминные препараты, глюкокортикостероиды и, при необходимости, адреналин. Обучение родителей и детей навыкам распознавания симптомов анафилаксии и

правильному использованию автоинжекторов адреналина является важной частью лечебной стратегии.

В последние годы активно изучаются методы аллерген-специфической иммунотерапии при пищевой аллергии, включая оральную и эпикутанную иммунотерапию. Несмотря на перспективность данных подходов, их широкое применение в педиатрической практике пока ограничено и требует дальнейших исследований.

Профилактика и перспективы. Оптимизация диагностики и лечения пищевой аллергии неразрывно связана с вопросами профилактики. Современные рекомендации подчёркивают важность раннего и контролируемого введения потенциальных пищевых аллергенов в рацион детей из групп риска. Формирование толерантности в раннем возрасте рассматривается как один из ключевых факторов снижения распространённости пищевой аллергии.

Перспективными направлениями остаются развитие молекулярной диагностики, персонализированный подход к лечению и внедрение мультидисциплинарных программ наблюдения детей с пищевой аллергией.

Заключение. Пищевая аллергия у детей является многофакторным заболеванием, требующим комплексного и индивидуализированного подхода. Оптимизация диагностики и лечения основана на раннем выявлении заболевания, рациональном использовании современных диагностических методов и персонализированной терапии. Внедрение новых технологий и профилактических стратегий способно существенно улучшить прогноз и качество жизни детей с пищевой аллергией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Sampson H.A. Update on food allergy // J. Allergy. Clin. Immunol. 2004. Vol. 113. P. 805 – 819.
2. Sicherer S.H., Teuber S. Current approach to the diagnosis and management of adverse reactions to foods // J. Allergy. Clin. Immunol. 2004. Vol. 114. P. 1146 – 1150.
3. Roehr C, Edenharterw G., Reimannz G. et al. Food allergy and non-allergic food hypersensitivity in children and adolescents // Clin. Exp. Allergy. 2004. Vol. 34. P. 1534 – 1541
4. Nowak-Wegrzyn A., Sampson H.A. Adverse reactions to foods // Med. Clin. North. Am. 2006. Vol. 90. P. 97 – 127.

5. Scurlock A.M., Lee L.A., Burks A.W. Food allergy in children // *Immunol. Allergy. Clin. North. Am.* 2005. Vol. 25. P. 369–388.
6. Bernstein I.L., Li J.T., Bernstein D.I. et al. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. *Asthma and Immunology // Ann. Allergy. Asthma Immunol.* 2008. Vol. 100, № Suppl 3. S1–148.
7. Atkins D. Food Allergy: Diagnosis and Management // *Prim. Care.* 2008. Vol. 35. P. 119–140.
8. Teufel M, Biedermann T., Rapps N. et al. Psychological burden of food allergy // *World J. Gastroenterol.* 2007. Vol. 13, № 25. P. 3456–3465.
9. Schafer T., Bohler E, Ruhdorfer S. et al. Epidemiology of food allergy/food intolerance in adults: associations with other manifestations of atopy // *Allergy.* 2001. Vol. 56. P. 1172–1179.
10. Rief W., Barsky A.J. Psychobiological perspectives on somato-form disorders // *Psychoneuroendocrinology.* 2005. Vol. 30. P. 996–1002.
11. David T.J. Anaphylactic shock during elimination diets for severe atopic eczema // *Arch. Dis. Child.* 1984. Vol. 59, № 10. P. 983–986.
12. Strait R.T., Morris S.C., Finkelman F.D. IgG-blocking antibodies inhibit IgE-mediated anaphylaxis in vivo through both antigen interception and Fc gamma RIIB cross-linking // *J. Clin. Invest.* 2006. Vol. 116. P. 833–841.
13. Bousquet J., Anto J.M., Bachert C. et al. Factors responsible for differences between asymptomatic subjects and patients presenting an IgE sensitization to allergens. A GA2LEN project // *Allergy.* 2006. Vol. 61. P. 671–680.
14. Steckelbroeck S., Ballmer-Weber B.K., Vieths S. Potential, pitfalls, and prospects of food allergy diagnostics with recombinant allergens or synthetic sequential epitopes // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2008. Vol. 121. P. 1323–1330.
15. Sicherer S.H., Munoz-Furlong A., Sampson H.A. Prevalence of peanut and tree nut allergy in the United States determined by means of a random digit dial telephone survey: a 5-year follow-up study // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2003. Vol. 112. P. 1203–1207.
16. Roberts G, Lack G. Diagnosing peanut allergy with skin prick and specific IgE testing // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2005. Vol. 115. P. 1291–1296.
17. Codreanu F., Moneret-Vautrin D.A., Morisset M. et al. The risk of systemic reactions to skin prick-tests using food allergens: CICBAA data and literature review // *Allerg. Immunol.* 2006. Vol. 38, № 2. P. 52–54.
18. Lockey R.F. Adverse reactions associated with skin testing and immunotherapy // *Allergy. Proc.* 1995. Vol. 16. P. 293–296.

19. Bock S., Buckley J., Holst A., May C. Proper use of skin tests with food extracts in diagnosis of food hypersensitivity // *Clin. Allergy*. 1978. Vol. 8. P. 559 – 644.
20. Sampson H.A. Food Allergy. Part 2: diagnosis and management // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 1999. Vol. 3. P. 981 – 999.
21. Menardo J., Bousquet J., Rodiere M. et al. Skin test reactivity in infancy // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 1985. Vol. 74. P. 646 – 651.
22. Eigenmann P.A., Sampson H.A. Interpreting skin prick tests in the evaluation of food allergy in children // *Pediatr. Allergy. Immunol.* 1998. Vol. 9. P. 186 – 191.
23. Bock S.A., Buckley J., Holst A., May C.D. Proper use of skin tests with food extracts in diagnosis of hypersensitivity to food in children // *Clin. Allergy*. 1977. Vol. 7. P. 375 – 383.
24. Bock S.A., Sampson H.A., Atkins F.M. et al. Double-blind, placebo-controlled food challenge (DBPCFC) as an office procedure: a manual // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 1988. Vol. 82. P. 986 – 997.
25. Dreborg S. Skin test in diagnosis of food allergy // *Allergy. Proc.* 1991. Vol. 12. P. 251 – 254.
26. Sporik R., Hill D.J., Hosking C.S. Specificity of allergen skin testing in predicting positive open food challenges to milk, egg and peanut in children // *Clin. Exp. Allergy*. 2000. Vol. 30. P. 1540 – 1546.
27. Hill D.J., Heine R.G., Hosking C.S. The diagnostic value of skin prick testing in children with food allergy // *Pediatr. Allergy. Immunol.* 2004. Vol. 15. P. 435 – 441.
28. Ortolani C., Ispano M, Pastorello E. Comparison of results of skin prick tests (with fresh foods and commercial food extracts) and RAST in 100 patients with oral allergy syndrome // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 1989. Vol. 83. P. 683 – 690.
29. Astier C, Morisset M, Roitel O. et al. Predictive value of skin prick tests using recombinant allergens for diagnosis of peanut allergy // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2006. Vol. 118. P. 250 – 256.
30. Peeters K.A., Koppelman S.J., van Hoffen E. et al. Does skin prick test reactivity to purified allergens correlate with clinical severity of peanut allergy? // *Clin. Exp. Allergy*. 2007. Vol. 37. P. 108 – 115.
31. Hauswirth D.W., Burks A.W. Banana anaphylaxis with a negative commercial skin test // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2005. Vol. 115. P. 632 – 633.
32. Sicherer S.H., Sampson H.A. Food allergy // *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2006. Vol. 117. P. S470 – S475.

33. Moneret-Vautrin D. Cross reactivity of food allergens and its clinical relevance // Bull. Acad. Natl. Med. 2005. Vol. 189, № 7. P. 1491 – 1501.
34. Dolen W.K. IgE antibody in the serum – detection and diagnostic significance // Allergy. 2003. Vol. 58. P. 717 – 723.
35. Niggemann B., Beyer K. Diagnostic pitfalls in food allergy in children // Allergy. 2005. Vol. 60. P. 104 – 107.
36. Celik-Bilgili S., Mehl A., Verstege A. et al. The predictive value of specific IgE levels in serum for the outcome of oral food challenges // Clin. Exp. Allergy. 2005. Vol. 35, № 3. P. 268 – 273.
37. Palosuo K., Varjonen E., Kekki O-M. et al. Wheat x-5 gliadin is a major allergen in children with immediate allergy to ingested wheat // J. Allergy. Clin. Immunol. 2001. Vol. 108. P. 634 – 638.
38. Garcia-Ara M.C. Cow's milk-specific immunoglobulin E levels as predictors of clinical reactivity in the follow-up of the cow's milk allergy infants // Clin. Exp. Allergy. 2004. Vol. 34, № 6. P. 866 – 870.
39. Rance F, Abbal M, Lauwers-Cances V. Improved screening for peanut allergy by the combined use of skin prick tests and specific IgE assays // J. Allergy. Clin. Immunol. 2002. Vol. 109, № 6. P. 1027 – 1033.
40. Sampson H., Ho D. Relationship between food-specific IgE concentrations and the risk of positive food challenges in children and adolescents // J. Allergy. Clin. Immunol. 1997. Vol. 100, № 4. P. 444 – 451.