

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ И ВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ (Обзор литературы)

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18359318>

Бойназарова Дилдора Журакуловна
Юлдашев Ботир Ахматович
Хамроев Гулом Абдуганиевич

Самаркандский государственный медицинский университет

Введение

Пищевая аллергия у детей представляет собой одну из наиболее распространённых форм аллергопатологии и остаётся важной медико-социальной проблемой. Рост заболеваемости, ранний дебют клинических проявлений и риск развития тяжёлых аллергических реакций обуславливают необходимость совершенствования диагностических и лечебных подходов. Современное ведение детей с пищевой аллергией требует комплексного, научно обоснованного и персонализированного подхода, направленного на раннее выявление заболевания, предупреждение осложнений и улучшение качества жизни пациентов.

Ключевые слова

пищевая аллергия, детский возраст, диагностика, клинические проявления, IgE, элиминационная диета, анафилаксия, профилактика, иммунотерапия.

Этиология и механизмы развития. Развитие пищевой аллергии у детей обусловлено взаимодействием генетических и средовых факторов. Наследственная предрасположенность к атопии, незрелость иммунной системы, особенности микробиоты кишечника и ранние пищевые воздействия играют ключевую роль в формировании патологического иммунного ответа. В большинстве случаев заболевание развивается по IgE-опосредованному механизму, при котором происходит сенсибилизация к пищевым белкам с последующей активацией тучных клеток и высвобождением медиаторов воспаления.

Нарушение барьерной функции кишечника у детей раннего возраста способствует проникновению аллергенов и формированию иммунной гиперреактивности. При этом возможно развитие как немедленных, так и отсроченных аллергических реакций, что определяет клиническое разнообразие пищевой аллергии.

Клинические особенности пищевой аллергии у детей. Клинические проявления пищевой аллергии отличаются полисистемным характером. Наиболее часто отмечаются кожные симптомы в виде атопического дерматита, крапивницы и ангионевротического отёка. Со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдаются рвота, диарея, колики, нарушение аппетита и прибавки массы тела. В ряде случаев вовлекается дыхательная система, что проявляется ринитом, кашлем или бронхообструктивным синдромом.

Тяжёлым и потенциально жизнеугрожающим проявлением пищевой аллергии является анафилаксия, требующая немедленного оказания медицинской помощи. Разнообразие клинических форм нередко затрудняет своевременную диагностику, особенно у детей первого года жизни.

Диагностические стратегии. Современная диагностика пищевой аллергии основывается на поэтапном алгоритме, включающем клиническую оценку и использование лабораторных методов. Важнейшее значение имеет подробный аллергологический анамнез с анализом связи симптомов с употреблением определённых продуктов.

К методам специфической диагностики относятся кожные прик-тесты, определение уровня специфических IgE и молекулярная аллергодиагностика, позволяющая уточнить характер сенсибилизации и прогнозировать тяжесть реакции. Пероральная пищевая провокационная проба остаётся наиболее точным методом подтверждения диагноза, однако проводится строго по показаниям в условиях специализированного стационара.

Принципы лечения и наблюдения. Ведущим методом лечения пищевой аллергии у детей является элиминация причинно-значимых аллергенов из рациона. При этом необходимо обеспечить адекватную нутритивную поддержку и предотвратить дефицит белков, витаминов и микроэлементов. Подбор диеты должен осуществляться индивидуально с учётом возраста и особенностей развития ребёнка.

Медикаментозная терапия применяется для купирования симптомов и включает антигистаминные препараты, топические и системные глюкокортикостероиды. При риске анафилаксии обязательным является обучение родителей использованию адреналина и формированию навыков экстренной помощи.

Перспективным направлением считается внедрение методов аллерген-специфической иммунотерапии, которые направлены на формирование иммунологической толерантности и снижение выраженности аллергических реакций.

Профилактика и перспективы развития. Профилактика пищевой аллергии включает мероприятия, направленные на формирование иммунной толерантности в раннем возрасте. Современные рекомендации подчёркивают важность своевременного и контролируемого введения прикорма, включая потенциальные аллергены. Развитие персонализированной медицины и использование молекулярных маркеров открывают новые возможности для оптимизации диагностики и лечения пищевой аллергии у детей.

Заключение. Таким образом, пищевая аллергия у детей является сложным мультифакторным заболеванием, требующим комплексного подхода к диагностике и лечению. Современные диагностические технологии, индивидуализированная диетотерапия и образовательные программы для семей пациентов позволяют повысить эффективность медицинской помощи и улучшить долгосрочный прогноз.

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.