

УДК:616-056.3-053.2-07:613.287

**Т.Р. Уманець¹, О.Г. Шадрін¹, В.А. Клименко²,
С.Л. Няньковський³, О.М. Плахотна², Г.С. Романова²,
О.М. Ащеулов², О.С. Няньковська³, М.С. Яцула³**

Основні положення настанов з ведення хворих з алергією до коров'ячого молока. Частина III. Діагностика алергії до коров'ячого молока

¹ ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

² Харківський національний медичний університет, Україна

³ Львівський національний медичний університет, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):14-18; doi10.15574/SP.2015.68.14

У статті наведено розділ 10 керівництва Всесвітньої організації алергологів DRACMA (*Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy*), що стало прототипом для створення вітчизняних Наставов по веденню хворих з алергією до коров'ячого молока (АКМ). Наставови розроблені робочою групою за ініціативи Асоціації алергологів, Асоціації дитячих гастроентерологів та нутриціологів, Асоціації імунологів, алергологів та імунореабілітологів України та за підтримки МОЗ України.

Ключові слова: алергія, коров'яче молоко, діагностика, провокаційна проба.

Розділ 10. Оральна провокаційна проба у діагностиці АКМ

Введення

Тести для виявлення сенсibilізації до білків коров'ячого молока КМ (шкірні алергопроби, визначення специфічного IgE) мають невисоку точність. Крім того, дані тести негативні за наявності відстроченої, не-IgE-індукованої алергії. Провокаційні проби вважаються сьогодні «золотим стандартом» для діагностики харчової алергії.

Оральна провокаційна проба (ОПП) є комплексним дослідженням, яке вимагає кількох годин часу від педіатра, середнього персоналу й родини та має ризик для пацієнта. Враховуючи частоту очікуваних реакцій, показання для проведення ОПП повинні визначатися дуже обережно. Більше того, хоча ОПП і вважається «золотим стандартом» діагностики АКМ багато років, але ще залишається багато спірних питань щодо того, які саме діти повинні пройти ОПП, і яка найкраща методика дослідження.

Визначення

Оральна провокаційна проба з КМ є діагностичним дослідженням *in vivo*, що дозволяє напевно підтвердити попередню підозру на АКМ. Існує 3 методики проведення проби:

а. Відкрита проба, де кожний знає, що дитині дається коров'яче молоко.

б. Одиночно-сліпа проба, де педіатр знає, коли дитині дається молоко, але батьки не знають цього.

в. Подвійно сліпа плацебо-контрольована ОПП, коли ні педіатр, ні батьки не знають, коли дитина отримує молоко.

Оральна провокаційна проба з наступною клінічною реакцією оцінюється як «позитивна», тоді як ОПП без клінічної реакції оцінюється як «негативна». Позитивна проба буде давати уявлення щодо дози, яка сприймається, якщо така існує. Також це допоможе планувати елімінаційну дієту з частковим або повним виключенням білків КМ.

Негайні та відстрочені реакції після ОПП

Алергічні реакції визначаються як негайні, якщо вони виникають протягом двох годин після прийому молока.

Реакції уповільненого типу з'являються пізніше двох годин [121,122]. Деякі автори реєструють реакції уповільненого типу навіть на 7-й [123], 9-й [124] та 14-й [125] дні. Однак протягом цього періоду діагностика уповільненої алергічної реакції дуже складна, тому що дитина повертається додому, де численні чинники оточуючого середовища (інфекції, дієтичні фактори, емоції, фізична активність тощо) можуть ускладнювати інтерпретацію діагнозу. Часто негайні та уповільнені симптоми одночасно присутні у однієї дитини [126].

Відкрита провокаційна проба

Це проста процедура, яка вимагає менше витрат від медичних установ. Ретельне клінічне обстеження проводиться протягом двох годин після виконання проби та повторно дитина повинна бути оглянута через кілька днів, що повинно бути зазначено у розкладі роботи клініки. Враховуючи простоту проведення, відкрита провокаційна проба є заходом першого вибору для оцінки несприятливої реакції на молоко. Однак у половині випадків відкрита позитивна провокаційна проба не відтворюється у подвійному сліпому плацебо-контрольованому тесті [127].

Проста сліпа ОПП

При простій сліпій ОПП педіатр знає, яка саме їжа дається дитині, але батьки не знають. Ця проба використовується рідше, ніж відкрита або подвійно сліпа плацебо-контрольоване дослідження, тому що вона має ті самі труднощі, що і подвійно сліпий тест, але з менш вірогідним результатом через можливість суб'єктивної оцінки дослідника. Проста сліпа ОПП може бути проведена як з плацебо, так і без нього, залежно від вимог лікаря та тривоги у пацієнта [128].

Як правило, проста сліпа ОПП складається з двох етапів: одна проба — з молоком, друга — з плацебо. Вони можуть бути проведені в один день (не менш ніж з двохгодинною перервою) або у різні дні. В один день проби можуть бути проведені тільки тоді, коли уповільнені алергічні реакції виключені заздалегідь.

У пацієнтів, у яких можуть виникнути алергічні реакції уповільненого типу, ці етапи ОПП повинні проводитися через декілька днів або тижнів одна від одної [129,130].

Таблиця 10.1

Відкрита або сліпа ОПП? Загальні показання

Подвійно сліпа плацебо-контрольована проба	Метод вибору для наукових досліджень. Метод вибору при хронічних алергічних захворюваннях з алергічними реакціями сповільненого типу. Обов'язково при суб'єктивних симптомах. При невизначених результатах відкритого провокаційного тесту
Відкрита провокаційна проба	Для оцінки негайних симптомів при IgE-залежній АКМ. Коли вірогідність негативного тесту висока, відкрита проба проводиться перед виконанням подвійної сліпої проби

Таблиця 10.2

Відкрита або сліпа ОПП? Показання згідно з анамнезом

Клінічна ситуація	Показання	Відкрита або сліпа	Місце проведення
Анафілаксія на білки КМ	встановлення діагнозу; оцінка формування толерантності кожні 12 міс.	відкрита	стаціонар
Генералізовані або локальні реакції в одному органі (кропив'янка, ангіонабряк, блювота, респіраторні симптоми) протягом двох годин після вживання молока з позитивним результатом специфічного IgE	встановлення діагнозу; оцінка формування толерантності кожні 9–12 міс. залежно від віку	відкрита	стаціонар
Клінічні ознаки протеїн-індукованого ентероколіту, пов'язаного з КМ, незалежно від рівня специфічних IgE	встановлення діагнозу; оцінка формування толерантності кожні 18–24 міс. залежно від віку	відкрита	стаціонар
Атопічний дерматит середнього та важкого ступеня, резистентний до стандартної топічної терапії з наявністю підвищеного рівня специфічних IgE до КМ. Атопічний дерматит різної важкості в асоціації з іншими алергічними симптомами (риніт, астма, діарея, блювання тощо), не залежно від присутності специфічних IgE	показано	подвійно сліпа	стаціонар
Клінічна ситуація, не характерна для АКМ, відсутні алергічні реакції негайного типу, але пацієнт та його батьки впевнені щодо наявності АКМ та усі клінічні прояви пов'язують з вживанням молока	показано	подвійно сліпа	стаціонар
Перше введення молока у дитини, що сенсibilізована до білків КМ	показано	відкрита	стаціонар
Повторне введення молока після елімінаційної дієти, що тривала кілька місяців, незалежно від рівня специфічних IgE при відсутності клінічних ознак АКМ	показано	відкрита	стаціонар
Клінічні суб'єктивні симптоми (нудота, абдомінальний біль, свербіж тощо)	показано	подвійно сліпа	стаціонар
Клінічна картина алергічної реакції сповільненого типу (хронічна діарея, коліт, алергічний проктоколіт, гастроєзофагеальний рефлюкс) з відсутністю специфічного до молока IgE	показано	відкрита	вдома

У пацієнтів з можливістю розвитку психологічних реакцій алерген має даватися першим. У цьому разі проба з плацебо буде даватися в інший день.

При позитивній простій сліпій ОПП діагноз потребує підтвердження подвійною сліпою плацебо-контрольованою ОПП. При негативній простій сліпій ОПП молоко повинне бути застосоване відкрито [131].

Подвійно сліпа, плацебо-контрольована оральна провокаційна проба (ПСПКОПП)

Ця проба вперше була застосована 19 травня 1973 року для визначення алергічних реакцій до харчових продуктів у дітей з бронхіальною астмою. Натепер ПСПКОПП є дослідженням вибору у діагностиці АКМ. При проведенні цього дослідження тільки та людина, яка виготовляє досліджуваний продукт, знає, чим він насправді є: плацебо чи молоком. Ця людина не контактує ані з лікарем, ані з дитиною або з її родиною, вона тільки готує їжу і сортує за принципом рандомізації. Код рандомізації отримують у закритих конвертах. Основною проблемою при підготовці плацебо є запобігання застосуванню продуктів, які можуть бути алергенними. Загалом використання амінокислотних сумішей при проведенні ОПП робить це дослідження більш захищеним від невір-

них тлумачень. Якщо використовують інші продукти у якості плацебо, відсутність сенсibilізації має бути досліджена за допомогою шкірних тестів. Після закінчення проби коди відкриваються, а результат обговорюється з пацієнтом або його батьками. Реакція на плацебо можлива, але зустрічається рідко [132].

Відкрите або сліпе? Загальні показання

Вибір процедури має відбуватися згідно з показаннями, зазначеними у табл.10.1 (загальні показання) та табл. 10.2 (показання згідно з анамнезом).

Провокаційні проби можуть проводитися амбулаторно, коли шкірний прик-тест є негативним, рівень специфічного IgE до молока низький та немає даних щодо наявності в минулому переконливих симптомів негайної АКМ.

Для тих пацієнтів, які мали в анамнезі анафілактичні реакції або переконливі симптоми негайних реакцій на молоко, навіть за наявності негативних результатів лабораторних та шкірних тестів, ОПП проводиться під наглядом лікаря у стаціонарі.

Попередня оцінка сенсibilізації до КМ

У керівництві DRACMA надано специфічні рекомендації для оцінки сенсibilізації з використанням шкірних

прик- та апікаційного тестів та/або визначення специфічного IgE. Слід пам'ятати, що рівень сироваткового специфічного IgE до КМ та розміри папул при шкірному тестуванні не вказують на тяжкість можливих алергічних реакцій [3,133].

Діагностична елімінаційна дієта

Тестове застосування елімінаційної дієти може бути корисним для визначення у пацієнтів порушень. Пробна елімінаційна дієта є одночасно і діагностичною, і лікувальною процедурою у дітей з підозрою на АКМ (див. секцію «Діагностична елімінаційна дієта») [134,135].

Клінічна оцінка

Для проходження процедури ОПП пацієнт має бути здоровим, не мати інфекційних епізодів лихоманки, блювоти, діареї, риніту або астми [136]. Атопічний дерматит має бути у стабільному стані протягом не менше одного тижня до проведення ОПП, без коливань у клінічних симптомах, що може зробити оцінку тесту важкою. Збільшення проявів атопічного дерматиту на понад 10 балів за шкалою SCORAD вважається мінімальним порогом для визначення достовірного погіршення атопічного дерматиту [137]. Дитина має припинити вживання антигістамінних препаратів щонайменше за 72 години до ОПП [138].

Переваги ОПП

Переваги позитивної ОПП включають переконливий діагноз АКМ, який передбачає зменшення занепокоєння щодо невідомості стану дитини та необхідність подальшої суворої елімінації молока, зменшення ризику випадкового вживання білків КМ. Перевагою негативної ОПП є розширення дієти та поліпшення якості життя пацієнта. Це дозволяє усунути марні витрати на спеціальні суміші.

Обмеження ОПП

Процедура ОПП пов'язана з ризиком, вимагає витрат праці, часу та коштів. Перед проведенням ОПП деталі процедури, ризику та переваги мають бути обговорені з пацієнтом або його родиною. Негайні системні реакції можуть бути тяжкими, їх не можна передбачити на підставі сенсibiлізації. Існує певна кореляція між тяжкими симптомами в анамнезі та симптомами після ОПП [139,140]. Крім того, були визначені фактори ризику для більш серйозних реакцій після ОПП: нестабільна або тяжка астма, прогресуючі важкі реакції, реакції на невелику кількість молока або лікування препаратами бета-адренергічних антагоністів. Для мінімізації ризику венозний доступ повинен бути збережений під час проведення ОПП. У Європейських рекомендаціях вказано, що у маленьких дітей внутрішньовенний доступ повинен бути застосований тільки в окремих випадках [141]. Ці рекомендації беруть до уваги той факт, що смертність від анафілаксії частіше зустрічається у віці після 5 років. З огляду на це важливо проводити ОПП під наглядом лікарів з досвідом у дитячій алергології і мати усе обладнання та препарати для надзвичайних ситуацій [142]. ОПП є більш стандартизованою для IgE-залежних, ніж для IgE- незалежних реакцій. В останньому випадку спостереження повинно бути продовжено протягом тривалого часу.

Оральна провокаційна проба у дітей з попередньою анафілактичною реакцією

Наявність анафілактичної реакції на молоко в анамнезі є протипоказанням до ОПП, за винятком ситуацій:

- якщо важка реакція відбулася відразу після одночасного введення багатьох продуктів (типова ситуація для дітей на грудному вигодовуванні при введенні прикорму);
- для оцінки формування толерантності до молока після періоду елімінації.

Місце проведення та обладнання для провокаційної проби

Провокаційна проба є дуже трудомістким дослідженням та має певний ризик для пацієнта. Кожна особа, яка проводить таке дослідження у дітей або дорослих з очікуваною АКМ, повинна вміти та мати необхідне обладнання для надання невідкладної допомоги та для лікування анафілактичної реакції [143]. Першим кроком є вирішення, чи може дослідження бути проведене вдома, або пацієнт повинен перебувати під безпосереднім постійним наглядом лікаря. Існує багато специфічних умов, які потрібно брати до уваги у кожній конкретній ситуації. Ідеальними умовами є лікарняні, амбулаторні або стаціонарні [144]. За наявності високого ризику виникнення важкої реакції та за необхідності проведення провокаційної проби вона повинна проводитися в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії. Процедура повинна проводитися за наявності внутрішньовенного доступу та потребує подовженого лікарського нагляду. Проби при низькому рівні ризику та при співпраці пацієнта можуть бути проведені у кабінеті лікаря. При реакціях сповільненого типу буде потрібний подовжений термін спостереження. Для надання необхідної допомоги пацієнту при виникненні симптомів під час проведення дослідження усі провокаційні проби мають проводитися за наявності усього необхідного обладнання [145].

Підготовка до провокаційної проби

Існують відомості, що обробка молока, включаючи кип'ятіння (та, можливо, висушування), не має впливу на алергенність коров'ячого молока [146]. Таким чином, рідке цільне молоко, обезжирене сухе молоко та дитячі молочні суміші використовуються у якості матеріалу для провокаційної проби у різних клініках [147]. При використанні плацебо, яким є суміш з екстенсивним гідролізом білків КМ, може виникати випадкова алергічна реакція у деяких дітей з алергією [148–151]. Взагалі, відповідно до даних літератури, гідролізати коров'ячого молока та соєві суміші можуть вважатися плацебо [152,153]. При проведенні провокаційної проби з використанням дегідрованого коров'ячого молока у капсулах, лактоза використовується у якості плацебо. Однак «капсули» не є ідеальними для відтворення ефекту молока, тому що оральна фаза відсутня та непереносимість лактози асоційована у дітей з АКМ [154,155].

Процедура провокаційної проби

За відсутності порівняльних досліджень між різними протоколами проведення провокаційних проб не існує універсального алгоритму щодо часу та доз молока для проведення цієї проби. Дослідники рекомендують індивідуальні дози та час залежно від клінічної історії пацієнта [156,157].

Пропонується початкова доза в 0,1 мл, але вона може змінюватися залежно від ризику виникнення реакції та типу алергічної реакції (IgE-залежна чи незалежна). Проведення провокаційної проби шляхом нанесення алергену тільки на губи пропонуються у якості початкового засобу безпеки для оральної проби у деяких дослідженнях при IgE-залежній АКМ. Ця процедура починається з нанесення краплі молока на нижню губу на дві хвилини зі спостереженням появи локальної або системної реакції протягом наступних 30 хвилин [158].

Алгоритм провокаційної проби:

1. Загальна доза повинна розраховуватися відповідно до максимальної вжитої дози на порцію або враховувати вагу пацієнта.
2. Використовувати той самий тип молока, який пацієнт буде отримувати щодня при негативних результатах провокаційної проби.

3. Обрати у якості плацебо найменш алергенний продукт з перевагою до того типу молока, який пацієнт буде вживати щодня при позитивних результатах проби.

4. Починати з дози, яка точно нижча за порогову, наприклад та кількість, яку пацієнт отримував перед даним дослідженням.

5. Взагалі початкова доза — одна крапля або 0,1 мл, але у випадку високого ризику використовують одну краплю молока, розчинену у воді у співвідношенні 1:100.

6. Дозу потрібно давати кожні 20–30 хвилин, що буде мінімізувати ризик важкої алергічної реакції та дозволить провести ідентифікацію найнижчої провокуючої дози.

7. Збільшення дози відбувається логарифмічно. Наприклад: 0,1; 0,2; 0,5; 1,5; 4,5; 15,40 та 150 мл (загальний об'єм 212 мл [159]; або 0,1; 0,3; 1,0; 3,0; 10; 30 та 100 мл (загальний об'єм 145 мл [160]); або 0,1; 0,3; 1; 3; 10; 30 та 100 мл (загальний об'єм 144 мл [11, 46]).

8. Для мінімізації можливостей ідентифікації молока (його відмінностей від плацебо) молока розводиться плацебо у співвідношенні 50:50.

9. При введенні плацебо застосовують таку саму послідовність доз у різні дні.

10. Процедуру переривають при появі перших об'єктивних симптомів.

11. Враховуються тільки ті реакції, що з'явилися протягом 2–3 годин після припинення процедури.

12. Завершіть негативну ОПП проведенням відкрито-го введення коров'ячого молока.

Для відстрочених реакцій діють ті самі правила, за винятком:

Правило 4: почніть з дози 0,1 мл.

Правило 5: виключено.

Правило 6: інтервал в цьому випадку повинен бути підрахований за даними анамнезу.

Правило 11: визначте реакцію, яка з'явилася протягом 24–48 годин після припинення процедури.

Інтерпретація результатів

Оральна провокаційна проба з коров'ячим молоком повинна припинятися при появі перших симптомів алергії [161]. Суб'єктивні симптоми алергії включають свербіж, нудоту або дисфагію, відчуття бронхіальної обструкції, диспноє, зміну поведінки, прострацію, головний біль або відмову від молока.

Об'єктивні симптоми включають:

- генералізовані уртикарії;
- еритематозий висип зі свербіжем;
- блювоту або біль у животі;
- закладеність носа;
- ринорею;
- ринокон'юнктивіт;
- зміни тембру голосу;
- стридор;
- ларингоспазм;
- інспіраторний стридор;
- кашель та/або свистячі хрипи;
- блідість шкіри;
- зміни поведінки;
- підвищення частоти серцевих скорочень принаймні на 20% (це може бути проявом тривоги);
- зменшення артеріального тиску на понад 20%;
- колапс;
- анафілаксію.

Іноді суб'єктивні симптоми можуть бути провісниками алергічної реакції, що починається. Якщо дитина здатна засвоювати молоко без реакції, провокаційна проба може розцінюватися як негативна для негайної реакції,

але необхідно принаймні 24–48 годин для виключення можливості відстроченої реакції.

Лабораторні дані для інтерпретації ОПП

Спроби використовувати лабораторні дослідження для підтвердження результатів ОПП мають довгу історію. Триптаза сироватки та 1-метилгістамін сечі можуть оцінюватися у якості параметрів для моніторингу оральної провокаційної проби у дітей, але їхня точність недостатня [162]. Зменшення еозинофілії крові та підвищення вмісту сироваткового еозинофільного катіонного протеїну (ЕСР) на 8–24 годині після позитивної проби розглядалися у якості індикатора позитивної харчової провокаційної проби [163], але ці результати неможливо було відтворити [164,165]. Діти грудного віку з екземою та АКМ показують значне підвищення системної проалергічної ІЛ-4 відповіді при інтестинальному контакті з алергеном [166,167]. А негативну оральну провокаційну пробу з коров'ячим молоком асоційовано з підвищенням рівнів ЕСР та TNF- α . Діти грудного віку з алергією та відстроченими інтестинальними маніфестаціями мають підвищення рівня фекального TNF- α [168]. Однак ці спостереження недостатні для діагнозу.

Інтерпретація відстрочених реакцій

Для точного визначення відстрочених реакцій при АКМ був запропонований протокол для двофазної ОПП у пацієнтів, в основному з інтестинальними симптомами від двох годин та до п'яти днів після застосування молока. Ці процедури допоможуть розрізнити негайну IgE-залежну та відстрочену IgE-незалежну АКМ [169]. При синдромі IgE-незалежного протеїн-індукованого ентероколіту ризик негайних реакцій у перші часи низький, а симптоми починають з'являтися в межах 1–4 години після застосування молока. Уся порція для проби може бути введена поступово протягом 45 хвилин та розділена на три маленькі порції [170].

Після проби...

Негативна провокаційна проба з повторним відкритим вживанням коров'ячого молока уявляється пацієнтам важливим кроком до «нормального» особистого та соціального життя. Однак багато пацієнтів не вживають багатьох продуктів та продовжують «неофіційну» елімінаційну дієту. Причинами цього є страх присутності АКМ, повернення шкірного свербіжу та висипу після вживання молока [171]. Після негативних результатів провокаційної проби пацієнт не повинен бути виключеним з медичного моніторингу для запобігання таким елімінаціям та для проведення повторної оцінки можливих мінорних скарг (наприклад гастроінтестинальні), які пов'язані з АКМ.

Висновки

Оральна провокаційна проба вважається стандартом для діагностики АКМ. Робоча група ААААІ, враховуючи європейські заяви, нещодавно повторно визначила показання до проведення ОПП з коров'ячим молоком, додавши деякі не зазначені раніше стани.

Показання для ОПП з коров'ячим молоком:

- a. Підтвердження підозри на АКМ.
- b. Періодичне спостереження за станом дитини та моніторинг ремісії АКМ.
- c. Оцінка толерантності при позитивному шкірному прик-тесті у дітей на грудному вигодовуванні з підозрою до АКМ, які ще не отримували протеїнів коров'ячого молока.
- d. Оцінка толерантності до продуктів, що перекресно реагують з білками коров'ячого молока (яловичина, кобиляче та осляче молоко та ін.).

е. Обострения осіб, що мають декілька дієтичних обмежень на підставі суб'єктивних скарг.

ф. Виключення можливих реакцій на молоко при хронічних захворюваннях, таких як atopічний дерматит або алергічний еозинофільний езофагіт.

г. Визначення порогу толерантності до білків молока.

Подвійно сліпа, плацебо-контрольована ОПП є методом вибору при проведенні наукових досліджень та при невизначеності результатів відкритої провокаційної проби. У всіх інших випадках перевага надається відкритій ОПП. Проби проводяться в умовах стаціонару, крім випадків, коли у патогенезі хвороби має місце уповільнена алергічна реакція (хронічна діарея, коліт, алергічний проктоколіт, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба) та рівень специфічних IgE знаходиться у межах норми. При

низькому ризику виникнення ускладнень та наявності комплаєнсу з пацієнтом можливе проведення ОПП амбулаторно.

Усі процедури при проведенні проб мають певний ризик та потребують затрат трудових ресурсів, часу та коштів. Проби необхідні при плануванні елімінаційних режимів, сприяють зменшенню ризику невиправданих обмежень. Негативні проби розширюють перелік страв у дієті і тим самим підвищують якість життя пацієнтів, дозволяють економити кошти на використанні спеціальних штучних сумішей.

Список літератури зі 171 джерела знаходиться в редакції

Основные положения руководства по ведению больных с аллергией к коровьему молоку. Часть III. Диагностика аллергии к коровьему молоку

Т.Р. Уманец¹, О.Г. Шадрин¹, В.А. Клименко², С.Л. Няньковский³, О.М. Плахотна², Г.С. Романова², О.М. Ащеулов², О.С. Няньковська³, М.С. Яцула³

¹ ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

² Харьковский национальный медицинский университет, Украина

³ Львовский национальный медицинский университет, Украина

В статье представлен 10 раздел руководства Всемирной организации аллергологов DRACMA (Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy), ставшего прототипом для создания отечественного Руководства по ведению больных с аллергией к коровьему молоку. Рекомендации разработаны рабочей группой по инициативе Ассоциации аллергологов, Ассоциации детских гастроэнтерологов и нутрициологов, Ассоциации иммунологов, аллергологов и иммунореабилитологов Украины и при поддержке МЗ Украины.

Ключевые слова: аллергия, коровье молоко, диагностика, провокационная проба.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):14-18; doi10.15574/SP.2015.68.14

The main provisions of the guideline for the management

of patients with the cow's milk allergy. Part iii — diagnostics of cow's milk allergy

T.R. Umanets¹, O.G. Shadrin¹, V.A. Klymenko², S.L. Nyankovskyy³, O.M. Plachotna², G.S. Romanova², O.M. Asheulov², O.S. Nyankovska³, M.S. Jazula³

¹ SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS Ukraine», Kyiv, Ukraine

² Kharkiv National Medical University, Ukraine

³ Lviv National Medical University, Ukraine

The article presents the 10th sections of the World Allergy Organization guidelines DRACMA (Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy), which was the prototype for the creation of national guidelines for the management of patients with the cow milk allergy. Guidelines developed by the panel on the initiative of Ukrainian Allergy Organization, Ukrainian Organization of children gastroenterologists and nutritionists, Ukrainian Organization of immunologists, allergists and immunorehabilitologists and supported by the Ministry of Health of Ukraine.

Key words: allergy, cow's milk, diagnostics, food challenge.

Сведения об авторах:

Уманец Татьяна Рудольфовна — д.мед.н., вед. н. сотр. научной группы проблем аллергии и иммунореабилитации детей ГУ «ИПАГ НАМН України», Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская аллергология».

Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Шадрин Олег Геннадиевич — проф., д. мед. н., зав. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН України», Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская гастроэнтерология». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-81-17.

Клименко Виктория Анатольевна — д.мед.н., зав. каф. пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета. Адрес: г. Харьков, ул. Клочковская, 337-а; тел.: (057)338-20-69.

Няньковский Сергей Леонидович — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии Львовского национального медицинского университета им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел. (032) 291-78-51.

Плахотная О.Н. — к.мед.н., доц. каф. пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета. Адрес: г. Харьков, ул. Клочковская, 337-а; тел.: (057)338-20-69.

Романова Г.С. — к.м.н., ассистент каф. пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета. Адрес: г. Харьков, ул. Клочковская, 337-а; тел.: (057)338-20-69.

Ащеулов Александр Михайлович — к.м.н., ассистент каф. пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета. Адрес: г. Харьков, ул. Клочковская, 337-а; тел.: (057)338-20-69.

Няньковская Елена Сергеевна — д.мед.н., доц. каф. педиатрии и неонатологии ФПО Львовского национального медицинского университета им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел. (032) 294-16-24.

Яцула М.С. — каф. педиатрии и неонатологии ФПО Львовского национального медицинского университета им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел. (032) 294-16-24.

Статья поступила в редакцию 30.03.2015 г.