

**Т.Р. Уманець¹, О.Г. Шадрін¹, В.А. Клименко²,
С.Л. Няньковський³, О.С. Лупальцова², К.О. Яновська²,
О.М. Ащеулов², О.С. Няньковська³, М.С. Яцула³**

Основні положення настанов по веденню хворих з алергією до коров'ячого молока Частина IV. Лікування та прогноз алергії до коров'ячого молока (продовження)

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

²Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

³Львівський національний медичний університет, м. Львів, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.6(70):56-60; doi10.15574/SP.2015.70.56

У статті наведено розділи 13 та 14 керівництва Всесвітньої організації алергологів DRACMA (Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy), що стало прототипом для створення вітчизняних Настанов по веденню хворих з алергією до коров'ячого молока (АКМ). У цих розділах розглядаються питання можливості виключення білків коров'ячого молока з дієти без заміників молока (розділ 13) та рекомендації щодо вибору заміної суміші (розділ 14). Настанови 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, лікування, прогноз.

Розділ 13. Коли можливе виключення білків коров'ячого молока з дієти без заміників коров'ячого молока?

Немовлятам, які знаходяться на виключно грудному вигодовуванні, і дітям старше двох років не потрібні заміники коров'ячого молока для забезпечення достатнього споживання кальцію (600–800 мг/день).

Призначення ефективної дієти

Успішна стратегія елімінації планується із сім'єю хворого та ґрунтується на абсолютному виключенні контакту з БКМ.

Матерям дітей на природному вигодовуванні рекомендується продовження грудного вигодовування з елімінацією молочних продуктів з раціону [61]. Молочні протеїни, що виявлені в грудному молоці, можуть викликати побічні реакції під час грудного вигодовування в сенситивізованих дітей [62]. Матері на безмолочній дієті потребують додаткового надходження кальцію у дозі 1000 мг/добу у кілька прийомів.

Для дітей на штучному вигодовуванні пропонується замісна суміш. Поточні керівництва визначають суміш лікувальну, якщо вона добре переноситься 90% дітей з АКМ [63]. Цим критеріям відповідають деякі високогідролізовані суміші на основі сироваткових БКМ та/або казеїну, соєві і рисові гідролізати, амінокислотні суміші.

Для підвищення діагностичного значення фази елімінації повинні використовуватися найменш алергенні замісники. До 10% дітей з АКМ можуть реагувати на «залишкові» алергени в сумішах з екстенсивним гідролізом [64]. «Залишкові» алергени є причиною неефективності терапії у цій ситуації [65], частіше викликають шлунково-кишкові симптоми з IgE-незалежним патогенезом [66,67], реакції негайного типу також мали місце у таких дітей [68]. Найбільш ефективними для проведення елімінаційної фази є гідролізована рисова та амінокислотна суміші, безпека яких доведена [69,70], що забезпечують належне харчування [71], сприяють збільшенню ваги та швидкому росту.

Планування режиму харчування з елімінацією всіх БКМ із харчових продуктів є спільним консенсусом між науковими товариствами, лікарями первинної ланки та вихователями. Для дитячого харчування перелік продуктів і їх заміників має бути адаптованим до особистих

потреб пацієнта [72]. Лікар-дієтолог може конкретизувати перелік щоденних варіантів меню для пацієнтів.

При веденні хворих з АКМ необхідно враховувати можливість серйозних алергічних реакцій при інгаляційному або зовнішньому (шкірному) контакті з алергеном [73,74].

Запобігання випадковому контакту

З метою забезпечення харчових потреб пацієнтів з алергією, прийнято законодавство щодо детального маркування основних категорій харчових алергенів для оброблених або розфасованих продуктів. З 2005 р. (після перегляду попередньої директиви маркування, що була прийнята Європейським Союзом у вересні 2001 р.), 12 продуктів, у тому числі молоко та молочні продукти, обов'язково повинні бути вказаними на етикетці всіх оброблених або розфасованих продуктів. Аналогічні вимоги діють у США, відповідно до законів «Маркування харчових алергенів» та «Захист прав споживачів». Таким чином, «приховані» алергени, що раніше не потребували маркування та конкретних вказівок (тобто барвники, ароматизатори тощо), тепер повинні вказуватися.

Проте з обох боків Атлантики ці регуляторні зусилля викликали занепокоєння з приводу зайвого маркування, що може надалі обмежити навіть потенційно безпечний вибір для споживачів, які страждають на алергію. Гранична концентрація, на якій повинна об'єктивно ґрунтуватися елімінація, невідома, і питання щодо дози для діагностики або елімінації вирішується індивідуально [75].

Чинне законодавство не забезпечує викриття усіх потенційних домішок. Часто виробник вказує на етикетці попередження про гіпотетичну контамінацію під час обробки харчових продуктів («може міститися...»), щоб відвернути страхові позови.

У літературі обговорюється участь лактози в розвитку несприятливих реакцій у дітей з АКМ [76–79]. Не зафіксовано жодного випадку несприятливої реакції на вживання лактози серед дітей з АКМ у рамках проспективного подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження алергенності лактози [80]. Таким чином, навіть якщо прийом лактози всередину може сам по собі викликати ризик контамінації БКМ (як видно з інцидентів після інгаляції лактозовмісного препарату [81]), повна елімі-

нація лактози з раціону дітей з АКМ є невиправданою. Продукти, що призначені для використання дітьми з АКМ, можуть містити лактозу [82].

Інформованість щодо перехресно реагуючих продуктів

Множинна харчова алергія насправді рідко зустрічається в загальній популяції. Оральні харчові проби підтверджують алергію на один або два алергени (не більше!), в той час як понад десять продуктів спричиняють харчову гіперчутливість [83]. Таким чином, елімінаційні дієти стосовно великої кількості харчових алергенів є некорисними, а стратегія елімінації повинна ґрунтуватися на передбачуваних перехресних реакціях між різними білками [84].

У контексті АКМ йдеться про яловичину, що містить «спільний» антигенний білок [85,86]. Молочні продукти та яловичина є важливими джерелами білка в західній дієті (30 кг яловичини на людину споживається в США щорічно [87]). Алергія до коров'ячого молока зустрічається на 10% частіше, ніж гіперчутливість до яловичини [88]. У той час як майже всі діти, які страждають на алергію на яловичину, також мають АКМ [89].

Промислова обробка (з виморожуванням або гомогенізуванням) може сильніше змінити алергенність яловичини, ніж домашнє приготування [90]. Алерголог повинен оцінити перехресну сенсibiлізацію під час діагностичного обстеження дитини. Загальне уникнення яловичини вміста дітьми з АКМ є невиправданим.

Призначення адекватної харчової дієти

Складання раціону немовлят під час елімінації молока вимагає ретельної оцінки всіх поживних аспектів та індивідуального підходу до пацієнта. Численними елімінаційними дієтами слід користуватись як діагностичним інструментом тільки протягом короткого періоду [91]. Для розвитку дитини вирішальне значення мають збалансовані дієти з достатньою кількістю білків, калорій, мікроелементів і вітамінів [92]. Це особливо актуально для дітей з АКМ, оскільки їхні харчові потреби вимагають збалансованого співвідношення калорій та білка, амінокислотного складу та адекватного джерела кальцію [93]. Ігнорування цих принципів може призвести до нераціонального харчування, іноді з драматичними наслідками [94]. Дотримання заходів елімінації є складним завданням, вимагає комплаєнсу, як це було доведено в Голландському дослідженні дітей, що дотримувалися елімінаційної дієти від народження для первинної профілактики АКМ [95].

Періодичні переоцінки АКМ

Елімінаційні стратегії повинні переглядатись щорічно шляхом проведення оральної провокаційної проби. Переконливі симптоми після випадкового вживання молока можуть розглядатись як еквівалент позитивної оральної харчової проби, і подальша процедура може бути відповідно перенесена.

Висновки

Найпростішим способом боротьби з АКМ є елімінація БКМ. Замінники молока необхідні до двох років.

Дітям, що знаходяться на природному вигодовуванні, доцільно продовжувати грудне вигодовування, а матерям-годувальницям радять еліминувати білок молока з дієти та додатково отримувати кальцій.

Для дітей на штучному вигодовуванні доступні замінники, що містять екстенсивно (високо) гідролізовані сироваткові білки коров'ячого молока та/або гідролізований казеїн, соєву основу, соєві та рисові гідролізати, амінокислотні суміші. Цінність таких сумішей підлягає GRADE-оцінюванню у відповідних розділах. Альтернативні види молока не будуть оцінені відповідно до GRADE-шкали та можуть бути використані на індивідуальній основі.

Перелік допустимих продуктів і придатних замінників повинен бути адаптований до конкретних потреб кожного пацієнта.

Відповідно до рекомендацій DRACMA, усі елімінаційні стратегії для пацієнтів повинні переглядатись щорічно, в ідеалі — на підставі оральної харчової провокаційної проби під наглядом лікаря.

Розділ 14. Рекомендації щодо вибору замінної суміші Вступ

Елімінаційні заходи при лікуванні АКМ супроводжуються харчовим ризиком, тому що молоко є основним продуктом харчування для дітей віком до двох років. У якості повноцінних замінників пропонуються наступні типи сумішей:

1. Амінокислотна (АКС).
2. З гідролізованими білками коров'ячого молока.
3. Соєва.
4. Рисова гідролізована.
5. Соєва гідролізована.
6. Молоко інших видів ссавців.

Після огляду літератури, експерти DRACMA надали інформацію фахівцям стосовно сумішей 1–4, оскільки для соєвої гідролізованої суміші та молока інших видів ссавців не проведено оцінку за GRADE-критеріями, враховуючи обмеженість вірогідної інформації. Проаналізовано 1579 рандомізованих досліджень. Потім додатково були вивчені результати 2954 обсерваційних досліджень, але ці додаткові дослідження не змінили рекомендацій.

Питання, що підлягало вивченню (Питання №7)

Чи можуть суміші амінокислотні, з гідролізованим сироватковим та/або казеїновим білком, соєві або рисові використовуватись у дітей з IgE-залежною АКМ?

Стислий виклад результатів

Систематичні огляди

Існує систематичний огляд D.J. Hill (2007) щодо оцінки ефективності амінокислотної суміші в полегшенні симптомів АКМ [96]. Але експерти не можуть використовувати цей огляд для розробки рекомендацій, тому що у ньому немає оцінки методологічної якості включених досліджень, результати окремих досліджень не об'єднані, а також в огляд включені дослідження, які проведені у дітей без підтвердженої АКМ [97,98]. Експерти оцінили усі зазначені у систематичному огляді дослідження і використовували тільки ті, що відповідали встановленим критеріям. Також визначено ще одне додаткове рандомізоване дослідження з порівняння амінокислотної та гідролізованої сумішей.

Не виявлено систематичних оглядів з оцінки переваг/недоліків гідролізованої молочної суміші у порівнянні із соєвими або рисовими сумішами або порівняння соєвих сумішей з рисовими у дітей з АКМ.

Індивідуальні дослідження

Експертами визначено три рандомізовані дослідження, у яких проведено порівняння амінокислотної суміші із сумішами з гідролізованими сироватковими білками [99–101]. Усі дослідження використовували «Неокейт» (SHS International) в якості амінокислотної суміші та три різні суміші з гідролізованими сироватковими протеїнами: Peptidi-Nutteli (Valio), Alfare (Nestle') та Althera (Nestle'). Усі дослідження мали методологічні обмеження: відсутність повідомлень про метод рандомізації та розподіл хворих, і тільки одне з них було сліпим (рис. 14.1, 14.2).

Також виявлено два рандомізовані короткострокові дослідження щодо порівняння амінокислотної суміші із сумішами на основі гідролізованого казеїну та із соєвою.

Н.А. Sampson і його колеги досліджували 28 дітей віком від 11 місяців до 12 років з підтвердженою АКМ. Проведено

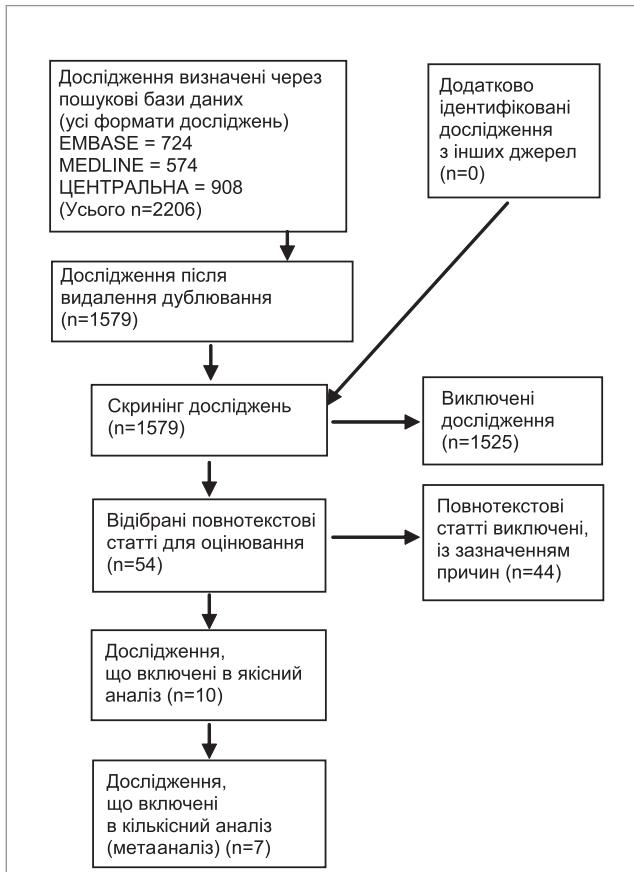


Рис.14.1. Відбір рандомізованих досліджень щодо ефективності замінників коров'ячого молока

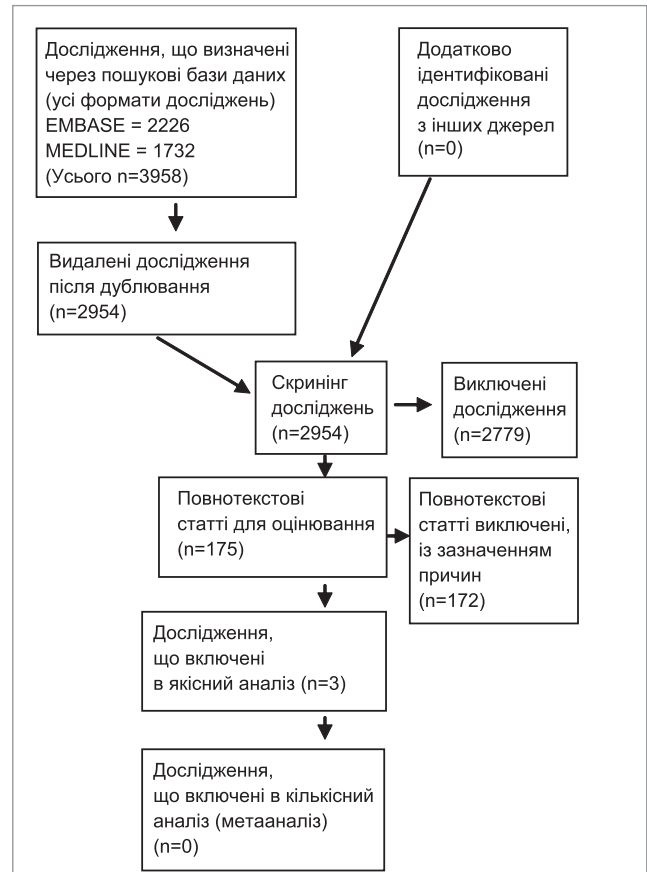


Рис.14.2. Відбір обсерваційних досліджень щодо ефективності замінників коров'ячого молока

провокаційні тести з амінокислотою (Neocate) і гідролізованою казеїновою (Nutramigen) сумішами. Не було виявлено жодних реакцій під час тесту з амінокислотою сумішшю; одна дитина реагувала на гідролізовану суміш блювотою, еритемою, ринітом, набряком гортані і хрипами [102].

У дослідженні С. Caffarelli доведено ефективність соєвої суміші в лікуванні 20 дітей віком від 11 місяців до 9 років з підтвердженою АКМ. Це дослідження має методологічні обмеження: у 20% дітей не проведено проби з гідролізованою і у 50% – з амінокислотою сумішшю. У двох дітей при проведенні проби з амінокислотою сумішшю відмічено відтерміновану реакцію у вигляді екзема, в одній дитини після прийому гідролізованої казеїнової суміші мала місце реакція негайного типу (діарея), у трьох дітей мали місце реакції на суміш з гідролізованими сироватковими білками: блювота і діарея (один), кропив'янка (один), екзема – реакція сповільненого типу (один) [103].

У жодному дослідженні щодо амінокислої суміші немає повідомлень про набряк гортані, важку астму, анафілактичний шок, ентеропатію або ентеро/проктоколіт. Немає досліджень, які б вимірювали дефіцит білка і поживних речовин, якість життя дітей, що отримували АКС.

Не виявлено досліджень щодо порівняння амінокислої суміші із соєвою чи гідролізованою рисовою сумішами. У двох дослідженнях порівнювалися суміші на основі гідролізованого коров'ячого білка (Nutramigen regular – Mead Johnson і Peptidi-Tutteli – Valio) із соєвою сумішшю (Isomil-2 – Ross Abbott і Soija Tutteli – Valio) [104,105]. Усі дослідження мали методологічні обмеження: вони не були сліпими, не вказані методи рандомізації і розподілу хворих.

Два рандомізовані дослідження порівнюють соєву та рисову суміші [106].

Оскільки кількість рандомізованих досліджень щодо проблеми замінників коров'ячого молока невелика, експертами вивчалися обсерваційні дослідження з незалежною контрольною групою. Відібрано п'ять обсерваційних досліджень, що відповідали критеріям доказової медицини [107–111]. Два з них (М. Kaczmarek, 2005; F. Savino, 2005) оцінювали ефективність тільки високогідролізованих сумішей.

В одному дослідженні (S.S. Mehr, 2008) описано 51 дитину з алергічними реакціями негайного типу на БКМ, які використовували гідролізовані молочні, соєві або амінокислотні суміші. Суміш було вибрано клініцистом, і критерії вибору не описані. Алергічна реакція на вибрану суміш спостерігалася у трьох із восьми дітей, які отримували високогідролізовану молочну суміш, і в жодній дитини, що вигодовувалася соєвою (29 дітей) або амінокислотою (6 дітей) сумішами.

В іншому дослідженні (I. Palczewska, 2002) описано когорту з 25 дітей, «чутливих до білків коров'ячого молока» (не повідомлені критерії діагностики), що отримували соєву або гідролізовану казеїнову суміш протягом 12 місяців. Автори вимірювали зріст, масу і верхню окружність плеча і не виявили відмінностей між групами.

У третьому дослідженні (F. Savino, 2005) описано 58 дітей з atopічним дерматитом і АКМ, які отримували гідролізовану рисову, соєву або гідролізовану суміш казеїну. Вибір суміші ґрунтувався на результатах алерготестів, клінічних особливостях на початку діти і віку. Автори вимірювали вагу дітей, але не оцінювали її у ваго-віковій Z-шкалі за групами.

Амінокислотна суміш у порівнянні з гідролізованою сироватковою або казеїною сумішшю

Переваги

У дітей із atopічним дерматитом гідролізована сироваткова суміш мала аналогічний вплив на тяжкість екземи (середнє значення SCORAD) порівняно з амінокислотою сумішшю. Зріст та відношення довжини до ваги були однаковими в обох групах, хоча результати були неточними.

Недоліки

Блювота спостерігалася у меншій кількості дітей, які отримували гідролізовану сироваткову суміш, порівняно з амінокислотою сумішшю (відносний ризик: 0,12 [95% ДІ: 0,02–0,88]; різниця ризиків: на 235 менше на 1000 [від 32 до 261]). Однак ця оцінка заснована тільки на дев'яти випадках.

В одному дослідженні оцінювалися лікувальні витрати. Вартість використання гідролізованої сироваткової суміші становила € 149 на одну дитину в місяць порівняно з витратами на амінокислотну суміш — € 318 (різниця — на € 169 на дитину в місяць). Прямі витрати оцінено із розрахунку, що діти (середній вік 8 місяців) споживали близько 600 мл (± 200) суміші щодня. Однак ця оцінка є лише приблизним орієнтиром і різниться залежно від регіону та інших умов.

Висновки

Клінічна перевага заміни коров'ячого молока на амінокислотну суміш порівняно з гідролізованою сироватковою сумішшю є невизначеною. Прямі витрати на амінокислотну суміш вищі, ніж на гідролізовану сироваткову суміш. Немає інформації з контрольованих клінічних досліджень щодо відносних переваг і недоліків використання суміші амінокислот порівняно із соєвою чи рисовою сумішами. Подальші дослідження, якщо будуть зроблені, матимуть великий вплив на рекомендації.

Гідролізована сироваткова або казеїнова суміш у порівнянні із соєвою сумішшю

Переваги

Зріст та вага, що вимірювалися за Z-шкалою, були однаковими в групах, але виявлено тенденцію до підвищення темпів зросту в групі, що одержувала гідролізовану суміш, порівняно із соєвою (середня різниця довжини за віковою Z-шкалою — 0,27 SD; (95% ДІ: 0,19–0,73), і вага за віковою Z-шкалою має різницю: вища на 0,23 SD (95% ДІ: 0,01–0,45). Однак результати були неточними, і це не дає певності при оцінці важливості висновків для пацієнтів.

Недоліки

У дітей з АКМ рідше спостерігалася алергічна реакція на гідролізовану суміш порівняно із соєвою (відносний ризик: 0,18; 95% ДІ: 0,05–0,71) і розвиток вторинної сенсibiliзації, що підтверджено наявністю специфічного IgE у сироватці (відносний ризик: 0,14, 95% ДІ: 0,03–0,76). Але було проаналізовано дуже мало випадків, тому результати є неточними.

Якість життя не вимірювалась у цих дослідженнях, але дослідники оцінювали «прийняття» суміші [46]. Усі 37 дітей, які отримували соєву суміш, сприйняли її добре, але 4 з 35 дітей, що вигодовувалися гідролізованою сумішшю, сприйняли її погано (відносний ризик: 0,89, 95% СІ: 0,75–1,02).

Висновки

Клінічна перевага заміни коров'ячого молока на гідролізовану суміш порівняно із соєвою сумішшю є невизначеною. Більшість результатів не оцінювалися в клінічних дослідженнях, і оцінки результатів дуже неточні. Подальші дослідження, якщо будуть зроблені, матимуть великий вплив на рекомендації.

Гідролізована сироваткова або казеїнова суміш у порівнянні з гідролізованою рисовою сумішшю

Переваги

Зріст, що вимірюється за віковою Z-шкалою, був однаковим в групах дітей, що одержували гідролізовану казеїнову та гідролізовану рисову суміші, але результати неточні.

Недоліки

Алергічних реакцій ні на гідролізовану, ні на рисову суміш не спостерігалася [46]. «Сприймання» сумішей було однаковим (відношення шансів: RR 1,06; 95% ДІ: 0,86–1,32), але результати були дуже неточними. Гідролізовані рисові суміші недоступні у багатьох країнах.

Висновки

Клінічна перевага заміни коров'ячого молока на гідролізовану молочну суміш порівняно з рисовою сумішшю є невизначеною. Тільки одне відносно невелике рандомізоване дослідження є доступним, але у ньому не вивчалося більшість важливих питань, а оцінки результатів були неточними. Подальші дослідження, якщо будуть зроблені, матимуть великий вплив на ці рекомендації.

Соева суміш у порівнянні з гідролізованою рисовою сумішшю

Переваги

Не було очевидних відмінностей у довжині і масі за віковою Z-шкалою серед дітей, які отримували соєву суміш, у порівнянні з дітьми, що отримували рисову суміш. У дослідженні, яке проводили серед дітей із atopічним дерматитом, його тяжкість була однаковою в обох групах, як на початку, так і в кінці дослідження, але 11/16 дітей мали менше 20 балів за шкалою SCORAD на початку [46,48].

Недоліки

Меншість дітей з АКМ мали алергічну реакцію на гідролізовану рисову суміш, на відміну від соєвої суміші (0/43 проти 5/44; відносний ризик: 0,08; 95% СІ: 0,00–1,52). Однак результати є неточними.

Висновки

Клінічну перевагу заміни коров'ячого молока на соєву суміш у порівнянні з гідролізованою рисовою сумішшю не визначено. Будь-які рекомендації не є виправданими, доки не проведені подальші дослідження.

Резюме досліджень

Існує потреба у суворо розроблених і виконаних рандомізованих дослідженнях, які порівнюють різні типи сумішей, використовуючи їх довгостроково, у пацієнтів з АКМ [54,55].

Клінічні рекомендації до питання 7

Рекомендація 7.1

У дітей із IgE-залежною АКМ та високим ризиком анафілактичної реакції за даними анамнезу, які в даний час не використовують гідролізовану молочну суміш, пропонується амінокислотна суміш, а не гідролізована молочна суміш (умовна рекомендація / дуже низька якість доказів).

Основні цінності і переваги

Рекомендація має порівняно велике значення для профілактики можливих анафілактичних реакцій і більш низьке значення на зменшення прямих витрат на амінокислотну суміш в умовах, де вартість амінокислотної суміші є високою.

Зауваження

У контрольованих умовах годування гідролізованою молочною сумішшю може бути доцільним.

Рекомендація 7.2

Дітям із IgE-залежною АКМ і низьким ризиком анафілактичної реакції за даними анамнезу (без попередньої анафілаксії) та тим, які на момент обстеження вигодовуються гідролізованою молочною сумішшю, рекомендується

ся гідролізована молочна суміш, а не амінокислотна (умовна рекомендація / дуже низька якість доказів).

Основні цінності і переваги

Рекомендація має порівняно велике значення щодо уникнення прямих витрат на амінокислотну суміш в умовах, де вартість суміші є високою. В умовах, де вартість амінокислотної суміші невисока, її використання може бути в рівній мірі розумним.

Зауваження

Толерантність до гідролізованої молочної суміші повинна бути перевірена в клініці перед використанням. Введення нової суміші слід ретельно контролювати.

Рекомендація 7.3

У дітей із IgE-залежною АКМ рекомендується гідролізована молочна суміш, а не соєва (умовна рекомендація / дуже низька якість доказів).

Основні цінності і переваги

Ця рекомендація має порівняно велике значення щодо запобігання побічним реакціям на сою і менше значення щодо використання ресурсів.

Зауваження

Сою не слід використовувати в перші шість місяців життя через харчові ризики.

Рекомендація 7.4

Для дітей із IgE-залежною АКМ рекомендується гідролізована молочна суміш, а не гідролізована рисова (умовна рекомендація / дуже низька якість доказів).

Основні цінності і переваги

Рекомендація має порівняно велике значення при широкій доступності гідролізованої молочної суміші по відношенню до гідролізованої рисової.

Рекомендація 7.5

Для рекомендацій стосовно використання соєвої чи гідролізованої рисової суміші у пацієнтів з IgE-залежною АКМ потрібні подальші рандомізовані дослідження.

Зауваження

Існують дуже рідкісні свідчення щодо можливої вигоди використання гідролізованої рисової суміші порівняно із соєвою сумішшю, але необхідні додаткові дослідження для підтвердження цих спостережень.

Список літератури з 111 джерел знаходиться в редакції

Основные положения руководства по ведению больных с аллергией к коровьему молоку.

Часть IV. Лечение и прогноз аллергии к коровьему молоку (продолжение)

T.P. Umanets¹, O.G. Shadrin¹, V.A. Klimenko², S.L. Nyankovskiy³, O.M. Plahotna², G.S. Romanova², O.M. Ascheulov², O.S. Nyankovska³, M.S. Yatsula³

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 представлены разделы 13 и 14 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. В этих разделах рассматриваются вопросы возможности исключения белков коровьего молока из диеты без заменителей молока (раздел 13) и рекомендации относительно выбора заменяющей смеси (раздел 14).

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, лечение, прогноз.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.6(70):56-60; doi10.15574/SP.2015.70.56

The main provisions of guidelines for management of patients with an allergy to cow's milk. Part IV. Treatment and prognosis of allergy to cow's milk (continuation)

T.R. Umanets¹, O.G. Shadrin¹, V.A. Klimenko², S.L. Nyankovskiy³,

O.M. Plahotna², G.S. Romanova², O.M. Ascheulov², O.S. Nyankovska³, M.S. Yatsula³

¹SI «Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology, Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kiev, Ukraine

²Kharkiv National Medical University, Ukraine

³Lviv National Medical University, Ukraine

The article presents the 13th and 14th 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.

Keywords: 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 Украины», 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.

Лупальцова О.С. Харьковский национальный медицинский университет. 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 10.07.2015 г.