

УДК[616.33-002-036.1+616.342-002-036.12+616-021.5:613.2]-053.6-07-092

О.В. Тяжка, С.С. Вороніна, Т.А. Богданова

Особливості анамнезу і клініко-лабораторних даних у дітей-підлітків з гастроудоденальною патологією на тлі харчової алергії

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
Дитяча клінічна лікарня №9 м. Києва, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.8(80):70-73; doi 10.15574/SP.2016.80.70

Мета: оцінити анамнестичні та клініко-лабораторні дані, прояви харчової алергії у дітей-підлітків з хронічною гастроудоденальною патологією та супутнім atopічним дерматитом і порівняти з дітьми-підлітками з хронічними захворюваннями гастроудоденальної зони без супутньої алергічної патології.

Пацієнти і методи. Під спостереженням знаходилось 60 дітей віком від 11 до 17 років з хронічною гастроудоденальною патологією, з них 30 із супутньою алергічною патологією (atopічний дерматит) і 30 без супутньої алергічної патології. Вивчалися анамнестичні та клінічні дані у підлітків, результатів даних ФЕГДС, визначення загального IgE та специфічного до харчових продуктів.

Результати. Рівень загального IgE у дітей із супутньою алергічною патологією в середньому склав 194 IU/ml (від 9,13 — 1530 IU/ml); IgE-опосередкована алергія виявлена у 65% підлітків, не-IgE-опосередкована — у 35%. Алергію на білок коров'ячого молока виявлено у 46,1% дітей, на пшеницю — у 65,3%, на куряче яйце — у 23%, на какао-боби — у 53,8%, на сою — у 11,5%.

Висновки. Необхідно проводити профілактику харчової алергії дітям ще у ранньому віці, оскільки вона відіграє суттєву роль у перебігу гастроудоденальної патології у підлітків, обтяжуючи клінічні прояви даного захворювання. У дітей із хронічною гастроудоденальною патологією на тлі atopічного дерматиту загострення гастроудоденальної патології були більш тривалими і не мали сезонності. Суттєвим негативним чинником у перебігу гастроудоденальної патології в обох групах спостереження було неадекватне харчування.

Ключові слова: діти-підлітки, atopічний дерматит, хронічна гастроудоденальна патологія, харчова алергія.

Вступ

Хронічні захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) займають провідне місце в структурі хвороб органів травлення у дітей усіх вікових груп та складають 58–65% у структурі гастроентерологічної патології. Серед хронічної патології травної системи провідне місце займають ураження верхніх відділів травного тракту, на частку яких припадає 70–75% патології шлунково-кишкового тракту. За результатами Всеросійської диспансеризації, хвороби органів травлення займають друге місце в структурі дитячої захворюваності у підлітків. Поширеність хронічного гастриту і хронічного дуоденіту становить 300–400 на 1000 дитячого населення [2].

Однією з причин цього поширення може бути часта алергічна патологія, яка також нерідко діагностується у дітей різного віку. З огляду на це, вивчення ролі алергічного чинника в патогенезі хронічних хвороб шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей з алергічними захворюваннями, ймовірно, може мати суттєве значення, особливо це може стосуватись харчової алергії.

Харчова алергія — це atopічне захворювання, етіологія якого остаточно не вивчена. Симптоми харчової алергії можуть з'явитись у будь-кому віці, водночас дана патологія найбільш поширена серед немовлят і старших вікових груп, зокрема дітей шкільного віку. Як відомо, роль харчової алергії у розвитку atopічного дерматиту у дітей підтверджується у 87% випадків [3].

Упродовж останніх 50–60 років частота захворювання на астму, atopічний дерматит, алергічний риніт збільшилась у багатьох країнах світу. Поширеність харчової алергії почала зростати за останні 10–20 років, що свідчить про збільшення різних чинників її розвитку [5–6].

За даними американських дослідників, понад 50 мільйонів американців мають алергію на один харчовий продукт. Дані центрів з контролю і профілактики захворювань Америки повідомляють, що харчова алергія діагностується у 4–6% дітей та 4% дорослих. Захворюваність на харчову алергію у дітей віком до 18 років збільшилася з 3,5% у 2000 р. до 4,6% у 2011 р. [6].

Поширеність харчової алергії у Європі становить 17% і 6% у Північній та Південній Європі відповідно, за даними EAACI GUIDELINES. Частота виникнення харчових алергій у дітей вища, ніж у дорослих, найвищі показники у Північно-Західній Європі. Водночас у Південній Європі найнижчий показник поширеності даної патології. Численні дослідження вказують, що прогностичним фактором у розвитку харчової алергії є вік, стать, місце проживання, наявність інших алергічних захворювань та обтяжений сімейний анамнез з алергії [8,10].

Найчастішими продуктами, які викликають харчову алергію, є білок коров'ячого молока, яйця, борошно пшениці, соя, арахіс, лісові горіхи, риба та морепродукти (молоски та ракоподібні). За даними європейських досліджень, які проходили з 01.01.2000 р. по 30.09.2012 р., було встановлено наявність харчової алергії у всіх вікових групах людей: 6,0% на коров'яче молоко (95% середній інтервал 5,7–6,4), 2,5% на яйця (2,3–2,7), 3,6% на пшеницю (3,0–4,2), 0,4% на сою (0,3–0,6), 1,3% на арахіс (1,2–1,5), 2,2% на лісові горіхи (1,8–2,5) і 1,3% на рибу та морепродукти (0,9–1,7).

Алергія на коров'яче молоко і яйця була більш поширена серед дітей молодшого віку, в той час як алергія на арахіс, горіхи, рибу і ракоподібні частіше спостерігалась у дорослих. Алергія на більшість продуктів харчування,

за винятком сої та арахісу, виявилась більш поширеною у Північній Європі [7].

Виникнення харчової алергії у дітей є причиною зниження толерантності до харчових антигенів, що пов'язано зі зниженням бар'єрної функції шлунково-кишкового тракту і продукції секреторного імуноглобуліну А [5].

Розвиваючись під час експозиції з харчовими антигенами, алергічні реакції можуть мати в своїй основі різний імунопатологічний механізм. На сьогодні відомі чотири клініко-імунологічні варіанти харчової алергії: IgE-опосередкована, не-IgE-опосередкована, опосередкована як IgE, так і не-IgE-механізмами, і клітинно-опосередкований механізм харчової алергії.

IgE-опосередкована харчова алергія найчастіше зустрічається у дітей. Її розвиток є результатом дисбалансу Th2 та Th1-лімфоцитів з переважанням Th2-клітинної відповіді з активацією синтезу IL-4, IL-5, IL-13 та недостатністю Th1-імунної відповіді, яка проявляється зниженням IFN- γ . Синтезовані під час експозиції з харчовими алергенами специфічні IgE-антитіла фіксуються на клітинах-мішенях. При повторному надходженні у сенсibilізований організм алергенів вони взаємодіють з фіксованими на поверхні клітин-мішеней специфічними IgE. Далі відбувається виділення тучними клітинами і базофілами преформованих та синтезованих ліпідних медіаторів, залучення в алергічний процес еозинофілів та екскреція Th2-клітинами прозапальних цитокінів (IL-3, IL-5, IL-8, TNF). Дія на тканини шокowego органа вказаних медіаторів викликає розвиток алергічного запалення та маніфестацію проявів харчової алергії [1].

Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням було 60 дітей-підлітків (віком від 11 до 17 років) із хронічною гастроуденальною патологією, з них 30 із супутньою алергічною патологією (атопічний дерматит, основна група) і 30 — без супутньої алергічної патології (контрольна група). Обстеження проводилось під час стаціонарного лікування хворих у гастроентерологічному відділенні ДКЛ №9 м. Києва, куди хворі були госпіталізовані у зв'язку із загостренням гастроуденальної патології. У всіх спостережуваних хворих після відповідного обстеження основним клінічним діагнозом був:

- хронічний первинний гастроуденіт (еритематозна гастроуденопатія) у стадії загострення у 17 дітей-підлітків основної групи та у 24 контрольної;
- хронічний первинний гастроуденіт (ерозивна гастропатія еритематозна дуоденопатія) у стадії загострення у 4 пацієнтів основної групи та у 2 дітей контрольної;
- хронічний первинний гастроуденіт (еритематозна гастропатія та ерозивна дуоденопатія) у стадії загострення у 7 дітей основної групи та у 4 контрольної.

З наведених даних видно, що у дітей основної групи деструктивні зміни слизової шлунка та дванадцятипалої кишки були більш виразними, ніж у дітей контрольної групи.

Результати дослідження та їх обговорення

Діагноз хронічного гастроуденіту був встановлений у підлітків основної групи у 7–10 років, а у контрольній групі дітей — після 10–13 років.

На початку спостереження загострення атопічного дерматиту було у 36,6% дітей основної групи. Висипання на шкірі з'являлись після вживання солодощів, шоколаду, цитрусових, смаженої їжі та солодких напоїв. Слід зазна-

чити, що більшість (72,4%) дітей основної групи мали діагноз атопічного дерматиту з першого півріччя життя.

Спадковість щодо захворювань органів травлення була обтяженою у 73,3% дітей основної групи та у 54,7% контрольної групи. Нами було помічено, що у батьків пацієнтів з атопічним дерматитом частіше зустрічалися кислотозалежні захворювання шлунково-кишкового тракту, особливо виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (33,3% випадків).

В обох групах спостереження вивчалися анамнестичні та клінічні прояви хронічного гастроуденіту. При госпіталізації усі пацієнти скаржились на біль у животі, інтенсивність якого була від періодичного нападopodobного неінтенсивного до інтенсивного болю, який потребував застосування анальгетиків та спазмолітиків. Локалізація болю у дітей основної групи була в епігастральній ділянці, правому підребер'ї та рідше — у параумбілікальній ділянці. Найчастіше біль не був пов'язаний із прийомом їжі та актом дефекації, не мав сезонності загострення. Пацієнти контрольної групи спостереження в основному скаржились на ниючий неінтенсивний біль в епігастрії, який був пов'язаний з прийомом їжі.

Результати фіб्रोезофагогастроуденоскопії (ФЕГДС) показали, що у дітей пубертатного віку із супутнім атопічним дерматитом ерозії та виразки шлунка і дванадцятипалої кишки зустрічаються вдвічі частіше, ніж у підлітків із хронічним гастроуденітом без супутньої алергічної патології.

При оцінці результатів загального аналізу крові було відмічено нормальні цифри гемоглобіну та підвищення кількості еозинофілів у лейкоцитарній формулі дітей із супутньою алергічною патологією — 6–10% еозинофілів було у 77,6% обстежуваних. Усі інші показники загального аналізу крові були в межах норми.

Рівень загального IgE у дітей із супутньою алергічною патологією в середньому склав 194 IU/ml (від 9,13–1530 IU/ml); IgE-опосередкована алергія виявлена у 65% підлітків, не-IgE-опосередкована — у 35%. Алергію на білок коров'ячого молока виявлено у 46,1% дітей, на пшеницю — у 65,3%, на куряче яйце — у 23%, на какао-боби — у 53,8%, на сою — у 11,5%.

Вивчення харчових звичок показало, що 90% підлітків не снідають вранці або мають легкий перекус (бутерброд із чаєм). Це було притаманне хворим обох груп. У дітей обох груп також відмічено надмірне споживання продуктів, які містять глютен: вироби з борошна вищого ґатунку, солодощі, шоколадні продукти, солодкі напої, ковбасні вироби, консервовані продукти, які підлітки вживають щодня або через день. Щодо споживання цукру відмічалось наступне: чай без цукру п'є 14,9% підлітків, 44,4% кладе дві чайні ложки, а 40,7% — три і більше чайних ложок цукру. У закладах швидкого харчування діти із супутньою алергічною патологією їдять: один-два рази на тиждень — 25,9%, один-два рази на місяць — 40,7%, щодня — 3,3%, зовсім не харчуються в цих закладах 30,1%. Підлітки без супутньої алергічної патології харчуються в таких закладах: один-два рази на тиждень — 47,4%, один-два рази на місяць — 15,4%, щодня — 27,5%, зовсім не відвідують — 10,2%. Діти-підлітки, які мають прояви гастроінтестинальної алергії і відчувають дискомфорт при проявах атопії після вживання їжі у закладах швидкого харчування, на 19,9% частіше відмовляються від їх відвідування. Свіжі фрукти (яблука, банани) щодня споживають 40,7% дітей обох груп, один-три рази на тиждень — 59,3%; свіжі овочі діти споживають достовірно рідше: щодня — 15,8% та 25,3% відповідно, один-два рази

на місяць та рідше — 58,9%. Лише одну склянку води впродовж дня випиває 52% дітей, а 1 л та більше — 48%.

Відомо, що ВООЗ віднесла до «нездорових» продуктів харчування ті, що в 100 г містять більше 20 г насичених жирів або більше 1,5 г солі чи більше 12 г цукру. Аналізуючи фактичний раціон підлітків, ми виявили надмірне споживання цукру — 40,7% підлітків вживають більше 12 г цукру у чистому вигляді, не враховуючи солодоців, а також продуктів, що містять глютен. За цими даними можна сказати, що група підлітків харчується не лише незбалансовано та нерегулярно, а має шкідливі продукти харчування в своєму раціоні. Їх харчування не забезпечує потребу організму, який інтенсивно росте і розвивається, основними нутрієнтами, у тому числі вітамінами, мінералами тощо. Маніфестація та прояви харчової алергії і загострення гастроудоденальної патології частіше спостерігались після порушень у режимі харчування в основній групі спостереження. З огляду на це є очевидним, що неоптимальне ведення дітей із проявами харчової алергії

може призвести як до розвитку атопічного маршу, так і до виникнення запальних, деструктивних змін слизової шлунково-кишкового тракту.

Висновки

Харчова алергія відіграє суттєву роль у перебігу гастроудоденальної патології у підлітків, обтяжуючи клінічні прояви даного захворювання. На тлі атопічного дерматиту загострення гастроудоденальної патології були більш тривалими і не мали сезонності. За результатами наших спостережень видно, що у підлітків основної групи деструктивні морфологічні зміни слизової шлунка та дванадцятипалої кишки були більш виразними, ніж у дітей контрольної групи. Суттєвим негативним чинником у перебігу гастроудоденальної патології в обох групах спостереження було неадекватне харчування. У дітей-підлітків із харчовою алергією дебют патології гастроудоденальної системи починається у середньому раніше (у 7–10 років), ніж у дітей без алергічної патології (у 10–13 років).

ЛІТЕРАТУРА

1. Балаболкин И. И. Пищевая аллергия у детей: современные аспекты патогенеза и подходы к терапии и профилактике / И. И. Балаболкин // Иммунология, аллергология, инфектология. — 2013. — № 3. — С. 36–46.
2. Звягина Н. М. Современные представления о хроническом гастрите у детей / Н. М. Звягина, О. В. Антонов // Медицина и образование в Сибири. — 2015. — № 6.
3. Мачарадзе Д. Ш. Атопический дерматит у детей / Д. Ш. Мачарадзе. — Москва-Тверь: ООО Издательство «Триада», 2008. — 288 с.
4. Allen J. K. The epidemiology of IgE-mediated FA and anaphylaxis / J. K. Allen, J. J. Koplin // Immunol. Allergy. — Clin. N. Am. — 2012. — Vol. 32. — P. 35–50.
5. Bramem A. M. Food allergy among children in the United States / A. M. Bramem, S. L. Lukacs // Pediatrics. — 2009. — Vol. 124 (6). — P. 1549–1556.
6. Food allergies in babies, New Health Guide for Your Everyday Health, Feb. 18, 2014.
7. Primary versus secondary immunoglobulin e sensitization to soy and wheat in the Multi-Centre Allergy Study cohort / Matricardi P. M., Bockelbrink A., Beyer K. [et al.] // Clin. Exp. Allergy. — 2008. — Vol. 38. — P. 493–500.
8. Research needs in allergy: an EAACI position paper, in collaboration with EFA / Papadopoulos N.G., Agache I., Bavbek S. [et al.] // Clin. Transl Allergy. — 2012. — Vol. 2. — P. 21.
9. Sampson H. A. FA: accurately identifying clinical reactivity / H. A. Sampson // Allergy. — 2015. — Vol. 60, Suppl. 79. — P. 19–24.
10. The EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Public Declaration: [http://www.eaaci.org/attachments/FoodAllergy &AnaphylaxisPublicDeclarationCombined.pdf](http://www.eaaci.org/attachments/FoodAllergy%20&AnaphylaxisPublicDeclarationCombined.pdf). Last accessed 26 April 26 2014.

Особенности анамнеза и клинико-лабораторных данных у детей-подростков с гастроудоденальной патологией на фоне пищевой аллергии

А.В. Тяжкая, С.С. Воронина, Т.А. Богданова

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Детская клиническая больница №9 г. Киева, Украина

Цель: оценить анамнестические и клинико-лабораторные данные проявлений пищевой аллергии у детей-подростков с хронической гастроудоденальной патологией и сопутствующим атопическим дерматитом и сравнить с детьми-подростками с хроническими заболеваниями гастроудоденальной зоны без сопутствующей аллергической патологии.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 60 детей в возрасте от 11 до 17 лет с хронической гастроудоденальной патологией, из них 30 с сопутствующей аллергической патологией (атопический дерматит) и 30 без сопутствующей аллергической патологии. Проведена оценка анамнестических и клинических данных у подростков, результатов данных ФЭГДС, определение общего IgE и специфического к пищевым продуктам.

Результаты. Уровень общего IgE у детей с сопутствующей аллергической патологией в среднем составил 194 IU / ml (от 9,13–1530 IU/ml); IgE-опосредованная аллергия выявлена у 65% подростков, не-IgE-опосредованная — у 35%. Алергия на белок коровьего молока обнаружена у 46,1% детей, на пшеницу — у 65,3%, на куриное яйцо — у 23%, на какао-бобы — у 53,8%, на сою — у 11,5%.

Выводы. Необходимо проводить профилактику пищевой аллергии детям еще в раннем возрасте, поскольку она играет существенную роль в течении гастроудоденальной патологии у подростков, обременяя клинические проявления данного заболевания. У детей с хронической гастроудоденальной патологией на фоне атопического дерматита обострения гастроудоденальной патологии были более длительными и не имели сезонности. Существенным негативным фактором в течении гастроудоденальной патологии в обеих группах наблюдения было неадекватное питание.

Ключевые слова: дети-подростки, атопический дерматит, хроническая гастроудоденальная патология, пищевая аллергия.

Special features of history and clinical-laboratory data of teenage with gastroduodenal pathology on the background of food allergy

A.V. Tyazhka, S.S. Voronina, T.A. Bogdanova

Bogomolets national medical university, Kyiv, Ukraine
Children's Hospital № 9 in Kyiv, Ukraine

Purpose: to assess the medical history, the clinical-laboratory data, the manifestations of food allergy in teenage with chronic gastroduodenal pathology and concomitant atopic dermatitis and to compare with teenage children, who have chronic gastroduodenal diseases without concomitant allergic diseases.

Patients and methods: 60 teenage patients (aged from 11 to 17 years old) with chronic gastroduodenal pathology were observed. 30 out of 60 had concomitant allergic diseases (atopic dermatitis) and the other 30 patients were without concomitant allergic diseases. Evaluation of medical history and clinical data in teenage, the results of fibrogastroduodenoscopy, the determination of total and specific IgE to food.

Results: total IgE level in teenage with concomitant allergic pathology averaged 194 IU / ml (from 9.13 to 1530 IU / ml), IgE-mediated allergy was present in 65% of adolescents, non-IgE mediated allergy was present in 35%. Allergy to cows' milk protein was found in 46.1% teenage, to wheat — in 65.3%, to chicken eggs — 23%, to cocoa beans — 53.8%, to soybean — 11.5%.

Conclusions: It is necessary to carry out prevention of food allergy in childhood, because it plays a significant role during the gastroduodenal pathology in teenage, burdening the clinical manifestations of the disease. The acute of gastroduodenal pathology was longer and was not seasonal in children with chronic gastroduodenal pathology on the background of atopic dermatitis. Inadequate nutrition was a significant negative factor during the gastroduodenal pathology in both observation groups.

Key words: teenage, atopic dermatitis, chronic gastroduodenal pathology, food allergy.

Сведения об авторах:

Тяжкая Александра Васильевна — д.мед.н., проф. кафедры педиатрии №1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца. Адрес: 01030, г. Киев, ул. М. Коцюбинского, 8-а; тел: (044) 465-17-88; e-mail: pediatria1nmu@gmail.com
Воронина Светлана Степановна — к.мед.н, врач-гастроэнтеролог высшей категории, зав. отделением гастроэнтерологии ДКБ№9, главный гастроэнтеролог ДООЗ г. Киева. Адрес: г. Киев, ул. Копыловская, 1/7; тел (044) 468-33-06.
Богданова Татьяна Анатольевна — аспирант каф. педиатрии №1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца. Адрес: г. Киев, ул. М. Коцюбинского, 8-а; тел. (044) 465-17-88, (044) 462-17-89.
Статья поступила в редакцию 15.11.2016 г.

НОВОСТИ

Педиатры доказали пользу контакта с родителями для недоношенных детей

Спустя 20 лет ученые обследовали детей, выношенных с помощью «метода кенгуру», и выявили его положительное влияние на последующую жизнь.

По данным ВОЗ, ежегодно на свет появляется около 15 млн недоношенных младенцев. Около миллиона из них умирают, многие из выживших страдают от проблем в развитии. Метод кенгуру подразумевает контакт недоношенного ребенка кожа к коже со взрослым — матерью, отцом, бабушкой. При отсутствии противопоказаний ребенка можно держать на себе по многу часов в день. Метод обеспечивает физическую и психологическую близость, помогает регулировать

температуру тела новорожденного и позволяет осуществлять естественное кормление грудью.

Как выяснилось, в юности «кенгурята» менее склонны к агрессии и гиперактивности по сравнению с контрольной группой недоношенных детей, которых выхаживали в кувезе. Их семьи более сплоченные, их мозг больше и у них выше шанс дожить до 20 лет. «Исследование показывает, что Метод кенгуру оказывает значительные, продолжительные эффекты на поведение и социальную жизнь», — говорит ведущий автор исследования доктор Натали Чарпак.

О результатах они сообщают в журнале *Pediatrics*.

Источник: med-expert.com.ua