



УДК 616.3-008.1-053.2-056.3:613.2

ОХОТНІКОВА О.М.¹, ГЛАДУШ Ю.І.², БОНДАРЕНКО Л.В.², МЕЛЛІНА К.В.¹, ФЕДУШКА Г.М.¹, ПІДВИШЕННА Т.В.¹, БОРОВИК Ю.Р.¹, УКРАЇНСЬКА Т.Л.², ПІДГІРНА Н.В.², ШЕСТАКОВА О.С.², ЗАРУДНА О.Ф.², ГРИЩЕНКО О.М.²¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика²Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА ФОРМА ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ — АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ

Резюме. Мета: визначення особливостей гастроінтестинальної алергії у дітей з алергічною і соматичною патологією.

Пацієнти і методи. Обстежено 106 дітей: основна група — 60 пацієнтів з алергією, група порівняння — 46 дітей суто з патологією органів травлення. Проведено клінічні, лабораторні (загальний імуноглобулін Е) та ендоскопічні й морфологічні дослідження.

Результати. Причиною харчової алергії частіше були білки коров'ячого молока, цитрусові, шоколад, полуниця. Шлунково-кишкові симптоми при алергії проявлялись больовим і диспептичним синдромами (нудота, печія), порушенням випорожнення. У 28 % хворих абдоміналія була відсутня. Еозинофілія крові виявлена у 61,7 % дітей. Ендоскопічно рухова функція характеризувалась порушенням моторики шлунка, стравоходу або дванадцятипалої кишки, переважно рефлюксами. Незмикання серця було діагностично значущим ($\chi^2_{(1)} = 14,095$, $\phi = 0,374$) для харчової алергії. Візуальні особливості слизової оболонки (лімфоїдна гіперплазія, наліт за типом «манної крупи») верхніх відділів травного тракту не мали значущого зв'язку у хворих основної і порівнюваної груп (χ^2 не вище критичного значення). Відзначались випадки поєднання бронхіальної астми, алергічного риніту і харчової алергії з нормальним рівнем IgE, що зумовлено не-IgE-залежними реакціями.

Висновки. Ендоскопічне й морфологічне дослідження варто застосовувати в диференціальній діагностиці алергічних і неалергічних уражень слизової оболонки травного тракту.

Ключові слова: гастроінтестинальна алергія, ендоскопія, біопсія, імуноглобулін Е.

Вступ

У наш час винятково актуальними постають питання діагностики різноманітних клінічних проявів, що розвиваються на харчові продукти, причому переважно в дитячому віці [6, 9]. Харчова алергія (ХА) — це небажана реакція на їжу з доведеним імуноопосередкованим механізмом за рахунок як IgE-залежних, так і IgE-незалежних реакцій та їх комбінації [3, 4, 13], що клінічно проявляється шкірним, респіраторним і гастроінтестинальним синдромами [12]. Її важлива клінічна особливість — рецидивний, затяжний і хронічний перебіг, що створює загрозу для швидкої еволюції алергічного «маршу» [10, 11]. Поширеність ХА у дітей коливається в межах 6–8 % [4, 6, 14–16], проте справжня її частота залишається невідомою, оскільки в наш час вивчені лише найуживаніші харчові продукти [5]. Погіршення якості життя хворого, тісний зв'язок із хронічними хворобами шлунково-кишкового тракту (ШКТ), ензимопатіями,

іншими алергічними та соматичними хворобами, а також розмаїття харчових алергенів і варіантів алергічної відповіді роблять проблему ХА дуже актуальною [11].

Генетичні фактори відіграють важливу роль у схильності до розвитку алергічних хвороб у людини, у тому числі і до ХА. Можливо, саме через дефект в алерген-специфічній клітинній відповіді не розвивається толерантність до їжі у дітей, які це успадкували [15]. Наявність atopічного дерматиту,

Адреса для листування з авторами:

Боровик Ю.Р.

E-mail: yulya-borovik@rambler.ru

© Охотнікова О.М., Гладуш Ю.І., Бондаренко Л.В., Мелліна К.В., Федушка Г.М., Підвишенна Т.В., Боровик Ю.Р., Українська Т.Л., Підгірна Н.В., Шестакова О.С., Зарудна О.Ф., Грищенко О.М., 2015

© «Здоров'я дитини», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

бронхіальної астми чи алергічного риніту в родичів є суттєвим фактором ризику розвитку цих захворювань.

Етіологічно значущими алергенами харчових продуктів є білки, що здатні викликати у генетично схильних дітей складну активацію Th2-хелперів і продукцію специфічних IgE-антитіл чи проникати через бар'єр травного каналу і вступати в контакт з імунними клітинами органів і тканин [1]. Найпоширенішими харчовими алергенами у дітей є коров'яче молоко, курячі яйця, риба і продукти моря, м'ясо (особливо холодної обробки) [6–8, 18–20].

Важливим залишається питання взаємозв'язку харчової алергії та atopічного дерматиту. Провідна роль у механізмах виникнення харчової алергії належить порушенню морфофункціонального стану органів травлення [3, 6, 9]. Діти з функціональними порушеннями кишечника схильні до розвитку харчової алергії, оскільки шлунково-кишковий тракт має свою імунну систему, яка містить 80 % В-клітин. Разом із тим шкіра теж є імунним органом, у якому ініціація імунної відповіді здійснюється в асоційованій зі шкірою лімфоїдній тканині. Нормальна перистальтика сприяє елімінації мікроорганізмів та алергенів, зменшуючи можливість їх адгезії на епітелій. Розвитку алергічної реакції значно сприяє велика поверхня слизової оболонки травного каналу, її постійний безпосередній контакт з алергеном і фонова гастроентерологічна патологія, що полегшує антигенну пенетрацію кишкового епітелію [4, 6, 8, 12]. Кишкова мікробіота бере участь в імунному дозріванні організму дитини, що веде до Th2-поляризованої алергічної відповіді й підвищення

продукції інтерлейкінів IL-4, IL-5, IL-13 і алерген-специфічних IgE-антитіл. Водночас імунне запалення з еозинофільною інфільтрацією тканин призводить до стійкого порушення кількісного й видового складу мікробіоти.

Гастроінтестинальні симптоми харчової алергії в дітей грудного віку (диспептичні явища, кишкові кольки) виникають у період введення прикорму [2, 9, 12]. У віці понад 6 років більше ніж у половини дітей вже діагностуються хронічні захворювання органів травлення [2], зв'язок розвитку яких із харчовою алергією залишається нерозпізнаним.

Метою дослідження було поліпшення ефективності ранньої діагностики гастроінтестинальної харчової алергії у дітей різного віку.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 60 дітей віком від 1,5 до 17 років на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», із них 25 дівчаток і 35 хлопчиків (основна група). До дослідження залучено дітей зі скаргами з боку ШКТ та алергічними хворобами, такими як бронхіальна астма, алергічний риніт, atopічний дерматит, харчова алергія. Групу порівняння становили 46 дітей із патологією ШКТ (гастродуоденіт, виразкова хвороба, дискінезія жовчовивідних шляхів) без алергічних проявів.

Методи дослідження: збір детального анамнезу хвороби й життя, загальний аналіз крові і сечі, біохімічний аналіз крові, фіброезофагогастро-дуоденоскопія (ФЕГДС), біопсія слизової оболонки, рН-метрія шлункового соку, визначення загального IgE в сироватці крові, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. До включення дітей у дослідження була отримана

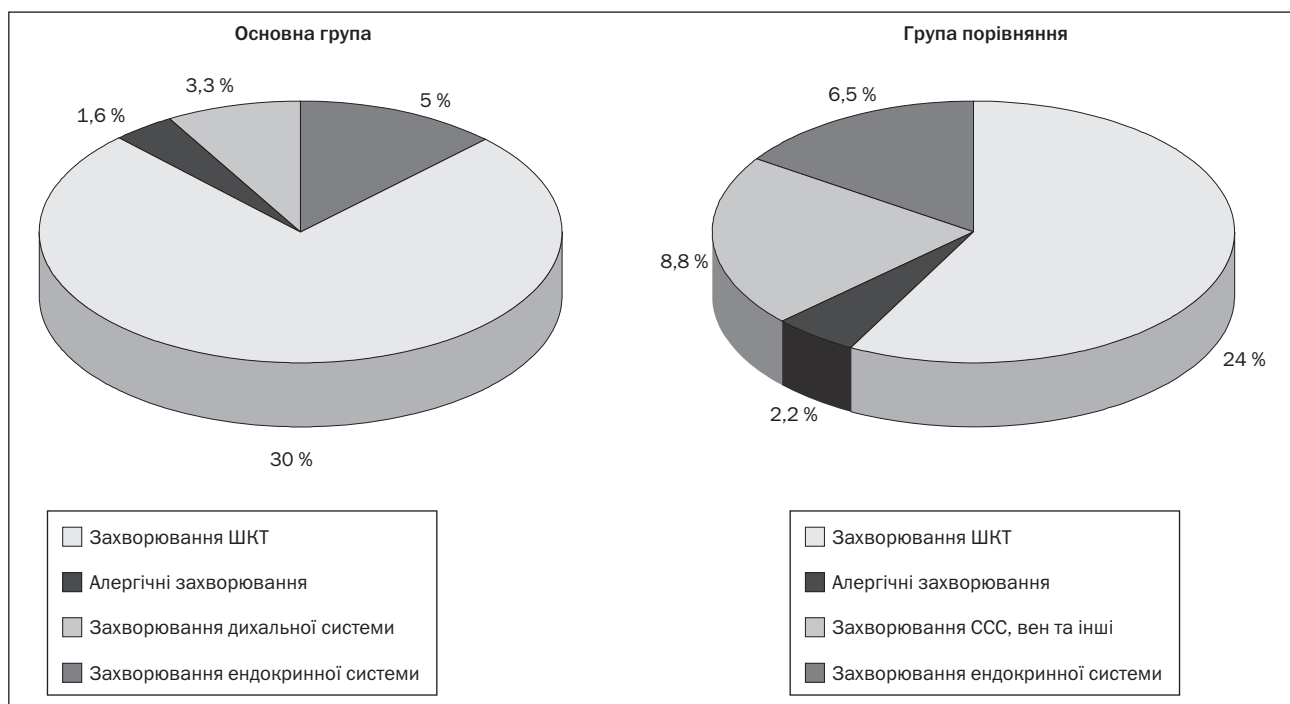


Рисунок 1. Частота і структура захворювань у родичів обстежених дітей

письмова поінформована згода батьків обстежених дітей.

Результати дослідження та їх аналіз

За даними сімейного анамнезу (рис. 1), у родичів дітей основної групи переважали алергічні захворювання (30 проти 2,2 % у дітей без алергічної патології), а в родичів дітей групи порівняння — захворювання ШКТ (24 проти 5 % у дітей із ХА). У батьків дітей з алергією відзначено більш високу частоту супутньої патології з перевагою алергічних хвороб: алергічний риніт — $32,5 \pm 12,0$ %, бронхіальна астма — $47,5 \pm 13,0$ %, атопічний дерматит — 45 ± 13 %, ангіонабряк (набряк Квінке) — $10,0 \pm 7,7$ %, кропив'янка — $15,0 \pm 9,2$ %, медикаментозна алергія — $7,5 \pm 6,8$ %. Отже, сімейний анамнез дає вагому підставу для підозри на спадкову схильність алергічної патології ШКТ у хворих з алергічною патологією.

На підставі вивчення харчового анамнезу обстежених дітей, що наведено на рис. 2, найчастіше ХА спричиняють білки коров'ячого молока, цитрусові, шоколад і полуниці, горіхи та ін.



Рисунок 2. Етіологічна структура харчової алергії в обстежених дітей за даними анамнезу

Що стосується клінічних проявів, перш за все скарг з боку ШКТ, то, як свідчать дані табл. 1, вони були однаковими в дітей обох порівнюваних груп, варто лише відмітити, що на неприємний запах із рота, відрижку повітрям, печію, а також астено-невротичні проблеми (головний біль, швидку втомлюваність) скаржились діти старшого віку (після 10 років).

Аналогічна ситуація спостерігалась і при аналізі даних об'єктивного обстеження. У хворих обох груп при пальпації живота виявлялась болючість різного ступеня в епігастрії, точці Кера, зоні Шоффара, навколопупкової ділянці, пілородуоденальній зоні, по ходу кишечника, позитивний симптом Ортнера. Біль у животі був відсутній у 17 обстежених дітей основної групи. Здуття живота різного ступеня вираженості відзначалось у 8,3 % дітей, та помірно збільшення печінки спостерігалось у 13,3 ± 8,7 % обстежених цієї ж групи. З цього можна зробити висновок, що, з одного боку, гастроінтестинальні скарги та симптоми не є специфічними для ХА, а з іншого — наявності таких скарг у дитини треба мати на увазі можливість розвитку гастроінтестинальної алергії.

Прояви алергії на шкірі мали різний ступінь вираженості — сухість, тріщини, розчухи, лущення, гіперемія, папульозний та плямисто-папульозний висип, кірочки, еритематозно-сквамозні елементи та вогнища інфікування. Найчастіше відзначалась локалізація висипу по всьому тілу — у 18 (30 %) дітей, у ділянках обличчя, навколо рота — у 10 (16,7 %), кистей — у 8 (13,3 %), стоп, гомілок, стегон — у 10 (16,7 %).

Шлунково-кишкові розлади при гастроінтестинальній алергії були представлені больовим синдромом та диспептичними проявами. Окрім того, спостерігалися також астеновегетативні розлади.

При пальпації живота виявлялась різного ступеня болючість в епігастрії (35 %), точці Кера (31,6 %), зоні Шоффара (5 %), навколопупкової ділянці (10 %), пілородуоденальній зоні (20 %), по ходу кишечника (3,3 %), позитивний симптом Ортнера (6,7 %). Абдоміналгія була відсутня

Таблиця 1. Характер і частота скарг у дітей із харчовою алергією та патологією шлунково-кишкового тракту

| Скарги | Групи обстежених хворих | | | |
|--|-----------------------------|------|-------------------------|------|
| | З харчовою алергією, n = 60 | | З хворобами ШКТ, n = 46 | |
| | Абс. | % | Абс. | % |
| Болі в животі в різних ділянках | 29 | 48,3 | 35 | 76,0 |
| Нудота | 8 | 13,3 | 11 | 23,9 |
| Блювання | 2 | 3,3 | 5 | 11,0 |
| Неприємний запах із рота | 6 | 10,0 | 7 | 15,2 |
| Відрижка повітрям | 3 | 5,0 | 2 | 4,3 |
| Печія | 4 | 6,6 | 5 | 11,0 |
| Поганий чи знижений апетит | 9 | 15,0 | 10 | 21,7 |
| Головний біль, слабкість, головокружіння | 6 | 10,0 | 4 | 10,7 |

у 17 (28 %) дітей. Здуття живота різного ступеня вираженості відзначалось у 8,3 % дітей. Помірне збільшення печінки спостерігалось у $13,3 \pm 8,7$ % обстежених.

Випорожнення у дітей із гастроінтестинальною алергією характеризувалися різними проявами: у $76,7 \pm 10,9$ % хворих вони були оформленими й регулярними (1–3 рази на день), схильність до запорів спостерігалась у 18,3 % обстежених, а схильність до діареї — у 5 % дітей.

У 61,7 % дітей кількість еозинофілів дорівнювала $4,6 \pm 0,6$ %, а у 40,5 % була понад 5 %. Рівень загального сироваткового IgE у хворих на поєднану алергічну патологію наведено в табл. 2, дані якої демонструють високий ступінь сенсibilізації дітей із коморбідністю ХА та інших алергічних захворювань.

У дітей основної групи частіше виявлялось підвищення рівня еозинофілів периферичної крові та загального сироваткового IgE. При цьому рівні IgE не залежали від важкості стану дитини чи кількості наявних у неї алергічних захворювань (табл. 3).

Спостерігалися варіанти поєднання ХА, бронхіальної астми та алергічного риніту, при яких рівень IgE залишався в межах вікових нормативів, натомість при легкій формі АД та ХА рівень IgE

був у декілька разів вищий за норму. Це підтверджує той факт, що в розвитку алергічного процесу беруть участь найрізноманітніші механізми, не обов'язково із залученням IgE (табл. 2 і 3). Отже, можна зробити висновок про важливість визначення специфічних IgE до конкретних харчових продуктів, проте це дослідження не можна вважати єдиним способом підтвердження діагнозу гастроінтестинальної харчової алергії.

Особливості моторної функції шлунка за даними ФЕГДС в обстежених пацієнтів наведено в табл. 4, з якої видно, що майже всі діти, хворі на гастроінтестинальну алергію, мали проблеми з порушенням моторної функції шлунка, стравоходу або дванадцятипалої кишки, причому переважно за рахунок рефлюксів.

При порівнянні порушення моторики ШКТ у дітей з алергією та з патологією ШКТ було виявлено, що незмикання кардії у вигляді гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) має значення для діагностики алергічної патології ШКТ ($\chi^2_{(1)} = 14,095$, $\phi = 0,374$, що свідчить про середню силу зв'язку).

Візуальні особливості слизової оболонки верхнього відділу ШКТ у дітей із проявами ХА і хворобами ШКТ, що виявлялись під час ФЕГДС, були різноманітними. У стравоході слизова оболонка

Таблиця 2. Рівень загального сироваткового IgE у дітей із гастроінтестинальною алергією залежно від варіанту коморбідної алергічної патології

| Варіанти коморбідної патології | Середній рівень загального IgE, МО/мл |
|---|---------------------------------------|
| Астма + алергічний риніт + харчова алергія | 1682* |
| Атопічний дерматит + харчова алергія | 673* |
| Астма + атопічний дерматит + алергічний риніт + харчова алергія + гастроєзофагеальний рефлюкс (ГЕР) | 524* |
| Харчова алергія + ГЕР + обструктивний бронхіт | 505,6* |
| Астма + алергічний риніт + харчова алергія + ГЕР | 384* |
| Астма + алергічний риніт + гастроінтестинальна алергія | 32,19** |
| Астма + харчова алергія + ГЕР | 43,85** |
| Гостра кропив'янка + харчова алергія | 49,66** |

Примітки: ** — підвищений рівень; * — у межах нормальних значень.

Таблиця 3. Взаємозв'язок клінічних та лабораторних даних у дітей із харчовою алергією

| Вікова група | Підвищення рівня еозинофілів* і загального IgE** (n = 7) | Підвищення рівня загального IgE** і нормальний рівень еозинофілів (n = 12) | Нормальні рівні еозинофілів і загального IgE (n = 3) |
|----------------------|---|--|--|
| До 10 років (n = 16) | АР, ХА (n = 5); АР, ХА, АД, АБ; АР, ХА, БА; ХА, АД, БА (n = 2) | N = 10 АД, БА, ХА; АД, ХА, кропив'янка | N = 1 |
| 10–17 років (n = 6) | N = 2 БА, МА, АР, ХА; АД, ХА | N = 2 БА, ХА (2) | N = 2 ХА, кропив'янка |

Примітки: * — підвищення рівнів еозинофілів периферичної крові у 2–3 рази; ** — підвищення рівнів загального сироваткового IgE у 3–5 разів; АР — алергічний риніт; БА — бронхіальна астма; МА — медикаментозна алергія.

стравоходу характеризувалась рожевим, блідо-рожевим кольором або гіперемією в нижній третині, по всій площі чи вогнищевою гіперемією; відзначались ерозії або наліт у нижній його третині. Слизова оболонка шлунка була блідою, рожевою, гіперемованою, субатрофічною, з елементами лімфоїдної гіперплазії, білуватими утвореннями за типом «манної крупки». У дванадцятипалій кишці спостерігалися рожевий чи червоний колір слизової оболонки, без нальотів та вогнищ деструкції, а також із наявністю слизуватих або фібринових нальотів за типом «манної крупки», з елементами лімфоїдної гіперплазії і вираженим набряком чи атрофією слизової оболонки. При порівнянні візуальних змін слизової оболонки за кольором, на-

явністю лімфоїдних елементів, нальоту за типом «манної крупки» стравоходу, шлунка чи дванадцятипалої кишки не виявлено статистично значущих взаємозв'язків між хворими на алергічну патологію і дітьми з хворобами ШКТ (величина χ^2 не перевищувала критичного значення). Отже, візуальна оцінка верхніх відділів ШКТ за допомогою ФЕГДС не дає можливості чітко підтвердити алергічний характер патологічних змін.

Особливий інтерес становили результати морфологічного дослідження біоптатів слизової оболонки верхніх відділів травного каналу (табл. 5).

Як видно з даних табл. 5, у якій наведено узагальнені результати біопсії слизової оболонки верхніх відділів ШКТ, яку виконано 5 дітям із

Таблиця 4. Характеристика моторної функції шлунка в дітей із харчовою алергією та хворобами органів травлення

| Відділ шлунка | Ознака | Частота (%) | |
|---------------|---|--------------------------|-----------------------|
| | | Діти з харчовою алергією | Діти з патологією ШКТ |
| Кардія | Достатньо змикається | 67,0 ± 12,1 | 87,0 ± 8,7 |
| | Змикається неповністю (гастрозофагальний рефлюкс) | 25,0 ± 11,2 | – |
| | Пролапс слизової шлунка у стравохід | 5,0 ± 5,6 | 6,5 ± 6,4 |
| Пілорус | Наявність жовчі у шлунку (дуоденогастральний рефлюкс) | 30,0 ± 11,8 | 30,0 ± 11,8 |

Таблиця 5. Характер та частота морфологічних змін слизової оболонки травного каналу в дітей з алергією та хворобами органів травлення (в абсолютних числах)

| Відділ травного каналу | Ознаки | Групи хворих | |
|------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|
| | | З харчовою алергією (n = 5) | З патологією ШКТ (n = 3) |
| Стравохід | Без запальних змін | 5 | 3 |
| Шлунок | Нерівномірний міжклітинний набряк | 5 | 0 |
| | Вогнища проліферації ямкового епітелію | 2 | 0 |
| | Інфільтрація плазматичними клітинами, лімфоцитами | 5 | 0 |
| Дванадцятипала кишка | Помірна атрофія ворсинок із вкороченням та розширенням крипт | 5 | 1 |
| | Вогнища субатрофії, псевдополіпозної гіперплазії та щільної сполучної тканини | 0 | 3 |
| | ± невелика кількість келихоподібних клітин | 5 | 2 |
| | Вогнища псевдобагаточаровості покривного ентероепітелію, на поверхні якого щільний оксифільний секрет | 5 | 2 |
| | У власній пластинці слизової оболонки нерівномірна помірна інфільтрація плазматичними клітинами з поодинокими лімфоцитами з еозинофілами | 5 | 2 |
| | У власній пластинці слизової оболонки розсіяна лімфоїдно-плазматична інфільтрація | 0 | 2 |
| | У просвіті окремих залоз щільний оксифільний секрет | 4 | 0 |
| | Лімфатичні фолікули, крипт-абсцеси, вкорочення ворсинок | 0 | 2 |
| | Окремі кістозно розширені залози | 0 | 2 |
| | Вогнища гіперплазії дуоденальних (бруннерових) залоз | 3 | 1 |

ХА та 3 пацієнтам із хворобами ШКТ, у дітей із ХА стравохід не мав патологічних змін; а у шлунку та дванадцятипалій кишці виявлено ознаки хронічного імуноалергічного запалення у вигляді помірної атрофії ворсинок із вкороченням та розширенням крипт, у просвіті окремих залоз виявлено щільний оксифільний секрет, а у власній пластинці слизової оболонки спостерігалась нерівномірна помірна інфільтрація плазматичними клітинами з поодинокими лімфоцитами та еозинофілами, що є характерними морфологічними ознаками гастроінтестинальної алергії. У дітей групи порівняння з боку стравоходу теж без патологічних знахідок; у шлунку і дванадцятипалій кишці помітні ознаки хронічного неспецифічного запалення з вогнищами субатрофії, псевдополіпозної гіперплазії та щільної сполучної тканини, у власній пластинці слизової оболонки визначено розсіяну лімфоїдно-плазматичну інфільтрацію, наявність лімфатичних фолікулів, крипт-абсцесів, вкорочення ворсинок.

Висновки

1. Ізольованих випадків гастроінтестинальної харчової алергії не виявлено, у 67 % дітей з алергічними хворобами визначено конкретний харчовий продукт як причину гастроінтестинальних симптомів.

2. Поєднання алергічних захворювань (харчової алергії, алергічного риніту, атопічного дерматиту і бронхіальної астми) супроводжується підвищенням рівня загального сироваткового IgE в 3–5 разів та еозинофілів периферичної крові у 2–3 рази.

3. Морфологічне дослідження слизової оболонки верхніх відділів ШКТ дозволяє виявити ознаки хронічного імуноалергічного запалення для остаточного підтвердження діагнозу гастроінтестинальної харчової алергії.

4. Показаннями для активного виявлення гастроінтестинальної алергії можна вважати обтяжений з алергії сімейний анамнез та несприйняття харчових продуктів у дитини чи в її рідних.

5. У разі виражених атопічних проявів, пов'язаних із харчовими продуктами, доцільно проводити обстеження щодо сенсibiliзації до конкретних харчових алергенів для встановлення діагнозу та дієтотерапії, яка є основним методом лікування харчової алергії.

6. При повторних скаргах на функціональні порушення органів травлення варто мати на увазі гастроінтестинальну алергію та проводити активне виявлення цієї патології ендоскопічним методом із бажаною біопсією слизової оболонки в декількох (не менше 5, краще — 8) ділянках верхніх відділів ШКТ.

Список літератури

1. Балаболкин И.И. Клинико-иммунологические варианты атопического дерматита у детей и подростков и эффективность патогенетической терапии [Текст] / И.И. Балабол-

кин, Т.Е. Садилова // Педиатрия. — 2013. — Том 92, № 3. — С. 6–13.

2. Белицкая М.Ю. Особенности течения гастроинтестинального синдрома у детей первого года жизни, находящихся на естественном вскармливании [Текст] / М.Ю. Белицкая, Т.Б. Сенцова, С.Н. Денисова, И.Я. Конь и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2010. — № 5. — С. 45–51.

3. Боровик Т.Е. Механизмы развития пищевой аллергии [Текст] / Т.Е. Боровик, С.Г. Грибакин, С.Г. Макарова и др. // Педиатрия. — 2011. — Том 86, № 4. — С. 128–134.

4. Волосовец А.П. Теоретическое обоснование превентивной роли кишечной микробиоты в генезе аллергических заболеваний у детей [Текст] / А.П. Волосовец, С.П. Кривоустов, Н.Т. Макуха и др. // Детский лікар. — 2013. — № 4 (25). — С. 5–8.

5. Денисова С.Н. Диетотерапия гастроинтестинального синдрома у детей с атопическим дерматитом [Текст] / С.Н. Денисова // Лечащий врач. — 2012. — № 4. — С. 54–55.

6. Казначеева Л.Ф. Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии у детей [Текст] / Л.Ф. Казначеева // Практическая медицина. — 2010. — № 45. — С. 88–92.

7. Клыкova Т.В. Пищевая аллергия у детей раннего возраста: подходы к диагностике и лечению [Текст] / Т.В. Клыкova, Е.В. Агафонова, И.Д. Решетникова // Практическая медицина. — 2011. — № 51. — С. 125–131.

8. Круглова Л.С. Симптомокомплекс дисбиоза у больных атопическим дерматитом и методы его коррекции [Текст] / Л.С. Круглова // Лечащий врач. — 2012. — № 5. — С. 38–44.

9. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит и пищевая аллергия. Что общего? [Текст] / Д.Ш. Мачарадзе // Лечащий врач. — 2013. — № 5. — С. 24–30.

10. Охотникова Е.Н. Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей [Текст] / Е.Н. Охотникова // Клинічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2013. — № 2. — С. 5–13.

11. Охотникова Е.Н. «Аллергический мариш»: связь поколений и эскалация аллергии у детей [Текст] / Е.Н. Охотникова // Клинічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. — 2008. — № 4 (15). — С. 7–15.

12. Ревякина В.А. Пищевая аллергия, гастроинтестинальные проявления [Текст] / В.А. Ревякина // Лечащий врач. — 2013. — № 4. — С. 13–17.

13. Сазонова Н.Е. Поражение верхнего отдела пищеварительного тракта у детей дошкольного возраста с атопическим дерматитом и гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии [Текст] / Н.Е. Сазонова, Е.И. Шабунина, Н.Ю. Широкова и др. // Педиатрия. — 2013. — Том 92, № 3. — С. 13–17.

14. Blázquez A.B., Mayer L., Berin M.C. Thymic stromal lymphopoietin is required for gastrointestinal allergy but not oral tolerance [Text] / A.D. Blázquez, L. Mayer, M.C. Berin // Gastroenterology. — 2010. — Vol. 139 (4). — P. 1301–1309.

15. Bol-Schoenmakers M. et al. Regulation by intestinal gd T cells during establishment of food allergic sensitization in mice [Text] / [published online ahead of print September 29, 2010] // Allergy. — 2010. — P. 02479.

16. Can We Produce true Tolerance in Patients With Food Allergy? [Text] / M.C. Berin, L. Mayer // J. Allergy Clin. Immunol. — 2013. — Vol. 131, Issue 1. — P. 14–22.

17. Food allergy [Text] / S.P. Sicherer, H.A. Sampson // J. Allergy Clin. Immunol. — 2010. — Vol. 125, Issue 2, Suppl. 2. — P. S354.

18. Mechanisms of Immune Tolerance Relevant to Food Allergy [Text] / B.P. Vickery, A.M. Scurlock et al. // J. Allergy Clin. Immunol. — 2011. — Vol. 127 (3). — P. 576–586.

19. Ostblom E., Lilja G., Pershagen G., van Hage M., Wickman M. Phenotypes of food hypersensitivity and Development of Allergic Diseases During the First 8 Years of Life [Text] / E. Ostblom, G. Lilja et al. // Clin. Exp. Allergy. — 2008. — Vol. 38. — P. 1325–1332.

20. Robison R.G. Food Allergy [Text] / R.G. Robison, J.A. Pon-gracic // Allergy Asthma Proc. — 2012. — Vol. 33, № 3. — P. 77–79.

Отримано 25.12.14 ■

Охотникова Е.Н.¹, Гладуш Ю.И.², Бондаренко Л.В.²,
Меллина К.В.¹, Федущка Г.М.¹, Пидвышненна Т.В.¹,
Боровик Ю.Р.¹, Украинская Т.Л.², Подгорная Н.В.²,
Шестакова О.С.², Зарудная О.Ф.², Грищенко О.Н.²

¹Национальная медицинская академия последилового образования им. П.Л. Шупика

²Национальная детская специализированная больница «ОХМАТДЕТ», г. Киев

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ФОРМА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ — АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Резюме. Цель: определение особенностей гастроинтестинальной аллергии у детей с аллергической и соматической патологией.

Пациенты и методы. Обследовано 106 детей: основная группа — 60 пациентов с аллергией, группа сравнения — 46 детей только с патологией пищеварительного тракта. Проведены клинические, лабораторные (общий иммуноглобулин Е), эндоскопическое и морфологическое исследования.

Результаты. Причиной пищевой аллергии чаще были белки коровьего молока, цитрусовые, шоколад, клубника. Желудочно-кишечные симптомы при аллергии проявлялись болевым и диспептическим синдромами (тошнота, изжога), нарушениями стула. У 28 % больных абдоминалгия отсутствовала. Эозинофилия крови выявлена у 61,7 % детей. Эндоскопически двигательная функция характеризовалась нарушением моторики желудка, пищевода или двенадцатиперстной кишки, преимущественно рефлюксами. Несмыкание кардии было диагностически значимым ($\chi^2_{(1)} = 14,095$, $\phi = 0,374$) для пищевой аллергии. Визуальные особенности слизистой (лимфоидная гиперплазия, налет типа «манной крупы») верхних отделов пищеварительного тракта не имели значимой связи у больных основной и сравниваемой групп (χ^2 не выше критического значения). Отмечались случаи сочетания бронхиальной астмы, аллергического ринита и пищевой аллергии с нормальным уровнем IgE, что обусловлено не-IgE-зависимыми реакциями.

Выводы. Эндоскопическое и морфологическое исследование следует использовать в дифференциальной диагностике аллергических и неаллергических поражений слизистой оболочки пищеварительного тракта.

Ключевые слова: гастроинтестинальная аллергия, эндоскопия, биопсия, иммуноглобулин Е.

Okhotnikova O.M.¹, Hladush Yu.I.², Bondarenko L.V.²,
Mellina K.V.¹, Fedushka H.M.¹, Pidvyshenna T.V.¹,
Borovyk Yu.R.¹, Ukrainiska T.L.², Pidhirna N.V.²,
Shestakova O.S.², Zarudna O.F.², Hryshchenko O.M.²

¹National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk

²National Children's Specialized Hospital «Mother and Child Healthcare», Kyiv, Ukraine

GASTROINTESTINAL FOOD ALLERGY IN CHILDREN — PRESSING ISSUE AT PRESENT

Summary. Objective: to determine the characteristics of gastrointestinal allergy in children with allergic and somatic pathology.

Patients and Methods. 106 children were examined: study group — 60 patients with an allergy, comparison group — 46 children with digestive diseases alone. Clinical, laboratory (total immunoglobulin E) and endoscopic morphological methods were used.

Results. Cow's milk proteins, citrus fruits, chocolate, strawberry were the most frequent causes of food allergies. Gastrointestinal symptoms in allergy manifested by pain and dyspeptic syndrome (nausea, heartburn), altered bowel elimination. 28 % of patients hadn't abdominalgia. Blood eosinophilia has been detected in 61.7 % of children. Endoscopically, motor function was characterized by dysmotility of the stomach, esophagus or duodenum, in most cases by refluxes. Incompetence of cardia was diagnostically significant ($\chi^2_{(1)} = 14.095$, $\phi = 0.374$) in food allergies. Visual features of the mucous membrane (lymphoid hyperplasia, multiple small white patches) of the upper gastrointestinal tract had no significant correlation in patients from study and comparison groups (χ^2 not higher than the critical value). Cases of the combination of bronchial asthma, allergic rhinitis and food allergy with normal IgE level were detected, which is caused by not-IgE-dependent reactions.

Conclusions. Endoscopic and morphological study should be applied in the differential diagnosis of allergic and non-allergic lesions of the mucous membrane of the alimentary canal.

Key words: gastrointestinal allergy, endoscopy, biopsy, immunoglobulin E.