

УДК 613.22-053.25-035.7-053.2(477.62)

Р.Ф. Махмутов, А.В. Налетов, Т.И. Шапченко, О.Е. Журбий

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького»
Минздрава России, г. Донецк**Аннотация**

Своевременное выявление у детей причинно-значимых аллергенов является основной целью диагностики пищевой аллергии для дальнейшего эффективного их лечения. Несмотря на значительные успехи в лабораторной диагностике, по-прежнему, важнейшее значение в определении триггерных факторов формирования пищевой аллергии у ребенка придается изучению аллергологического анамнеза, клиническим методам обследования больного, а также проведению диагностической элиминационной диеты.

Цель работы. Изучить типичные ошибки в ведении детей с пищевой аллергией.

Материал и методы. Обследовано 105 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, страдающих пищевой аллергией. У всех детей была диагностирована аллергия к белку коровьего молока. В качестве контрольной группы было привлечено 40 здоровых детей аналогичного возраста без каких-либо проявлений аллергии. Верификацию диагноза «атопический дерматит» проводили в соответствии с «МКБ 10-го пересмотра».

Результаты и обсуждение. Изучив консультативные осмотры и выписки из историй болезни пациентов основной группы выявили то, что врачи-педиатры в большинстве случаев проводили множество диагностических методов, не позволяющих установить правильный диагноз и не рекомендованных протоколами по диагностике и лечению пищевой аллергии.

Выводы. В большинстве случаев имеет место необоснованное назначение диагностических тестов, что приводит к ошибочной полипрагмазии с необоснованным использованием препаратов, которые не только не улучшают состояние ребенка, но и в ряде случаев могут отягощать клиническую симптоматику. При этом специалистами не назначается главное направление терапии — использование лечебной таргетной элиминационной диеты.

Ключевые слова: пищевая аллергия, клиника, дети

Своевременное выявление у детей причинно-значимых аллергенов и эффективность дальнейшего лечения данных пациентов, является основной целью диагностики пищевой аллергии (ПА). Несмотря на значительные успехи в лабораторной диагностике, по-прежнему, важнейшее значение в определении триггерных факторов формирования ПА у ребенка придается изучению аллергологического анамнеза, клиническим методам обследования больного, а также проведению диагностической элиминационной диеты [1–3].

Цель работы. Изучить типичные ошибки в ведении детей с пищевой аллергией.

Материал и методы исследований. Клиническое наблюдение за детьми осуществлялось на базе ГБУ «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка», ГБУ «Городская детская клиническая больница № 2 г. Донецка». Всего было обследовано 105 детей (основная группа (ОГ)) в возрасте от 1 до 12 месяцев, страдающих ПА. У всех детей была диагностирована аллергия к белку коровьего молока (БКМ). В качестве контрольной группы (КГ) было привлечено 40 здоровых детей аналогичного возраста без проявлений аллергии.

Критерии включения: наличие проявлений аллергии к БКМ у детей; возраст от 1 до 12 месяцев; письменное согласие родителей/законных представителей ребенка на участие в исследовании.

Критерии исключения: несоответствие критериям включения; отказ родителей/законных представителей пациента от участия в исследовании; опровержение наличия у ребенка ПА; анафилактические реакции на пищевые продукты у ребенка в анамнезе.

Верификацию диагноза «атопический дерматит» проводили на основании анамнестических данных, результатов клинических, лабораторных исследований, инструментальных исследований, консультативного заключения врача-аллерголога-иммунолога и в соответствии с «МКБ 10-го пересмотра» [4–7].

Методом непрямой иммунофлуоресценции определяли уровень sIgE к α -лактальбумину, β -лактоглобулину и казеину у детей при подозрении на наличие аллергии к БКМ с помощью автоматического иммунохимического анализатора «IMMULITE 2000 XPi» (фирма-производитель «Siemens Healthcare Diagnostics Inc.», США) [7].

Исследование отвечало всем этическим требованиям, предъявляемым к научным работам, и проводилось с разрешения этического комитета ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Статистическая обработка полученных данных и анализ результатов исследования проводились на персональном компьютере (программы «Microsoft Office Excel 7.0» и «Statistica 7.0»). При анализе использовали методы точечной оценки параметров генеральной совокупности (выборочные характеристики). Для качественных характеристик приводится значение показателя частоты проявления признака (%) и его стандартная ошибка (m%). Сравнение средних качественных данных было выполнено с использованием парного сравнения доли (угловое преобразование Фишера с учетом поправки Йейтса). Для наиболее важных характеристик анализируемых признаков в работе рассчитывали 95% доверительный интервал (95% ДИ) [8–10].

Результаты и обсуждение. Среди пациентов ОГ лишь в 26 (24,8±4,2%) случаях родители обратились к нам за медицинской помощью впервые. В свою очередь, родители 79 (75,2±4,2%, $p < 0,001$) детей ОГ неоднократно обращались за медицинской помощью к врачам-педиатрам, семейным врачам, врачам-детским инфекционистам и врачам-гастроэнтерологам. При этом назначаемое врачами лечение в большинстве случаев не приносило особенного успеха, либо улучшение состояния было кратковременным с дальнейшей манифестацией клинической симптоматики.

Изучая консультативные осмотры и выписки из историй болезни пациентов ОГ обращало на себя внимание то, что врачи-педиатры в большинстве случаев проводили множество диагностических методик, не позволяющих установить правильный диагноз и не рекомендованных протоколами по диагностике и лечению ПА у детей.

Большинству пациентов (60 (57,1±4,8%)) ОГ многократно (до 4–5 раз) по рекомендациям врача либо самостоятельно по желанию родителей проводилось бактериологическое исследование кала, где во всех случаях присутствовали изменения, характеризующиеся снижением облигатной флоры и ростом условно патогенных микроорганизмов. По результатам анализа пациентам в большинстве случаев назначались курсы бактериофагов, а также курсы антибиотиков.

Диагностика лактазной недостаточности (генетическое исследование) была проведе-

на у 45 (42,9±4,8%) обследованных детей ОГ. Врачами не учитывался тот факт, что при ПА в большинстве случаев имеет место вторичная лактазная недостаточность, связанная с повреждением слизистой оболочки и снижением активности лактазы вследствие аллергического воспаления. В дальнейшем при установлении генотипа «С/Т» 13910, расположенного на хромосоме 2q21 и свидетельствующего о возможном развитии вторичной лактазной недостаточности у ребенка, пациенту выставлялся диагноз: «лактазная недостаточность» и назначались безлактозные молочные смеси на основе коровьего молока.

Определение общего IgE было проведено у 38 (36,2±4,7%) детей ОГ. В ряде случаев (с сочетанием кожных и гастроинтестинальных проявлений аллергии) он был повышен. При изолированных гастроинтестинальных проявлениях он оставался в норме. Однако при получении результатов анализа правильных выводов для назначения соответствующего лечения с использованием элиминационной безмолочной диеты сделано врачами-педиатрами не было.

Определение специфических IgE (sIgE) к определенным пищевым аллергенам было назначено 68 (64,8±4,7%) пациентам ОГ. При наличии кожных проявлений в ряде случаев их уровень был незначительно повышен (I–II класс сенсibilизации) к некоторым аллергенам (БКМ, яйцам и курицам), но это также не приводило к назначению данным детям таргетной лечебной элиминационной диеты лечащим врачом.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) пилорического отдела желудка пациентам с частыми и тяжелыми срыгиваниями было проведено 11 (10,5±3,0%) больным ОГ для исключения пилоростеноза. Во всех случаях предполагаемый диагноз врожденной аномалии пилорического отдела желудка не был подтвержден.

УЗИ органов брюшной полости было назначено 45 (42,9±4,8%) пациентам ОГ. У 37 (35,2±4,7%) детей оно было проведено неоднократно. При этом у большинства детей кроме деформации желчного пузыря (32 (30,5±4,5%)) и выраженного метеоризма (30 (28,6±4,4%)), никаких изменений диагностировано не было. У 12 (11,4±3,1%) детей ОГ картина органов брюшной полости соответствовала возрастным нормам.

Таким образом, в большинстве случаев при появлении симптомов ПА у ребенка врачами-педиатрами назначается большое количество необоснованного обследования (прежде всего частое проведение бактериологическо-

го исследования кала, диагностика лактазной недостаточности, определения общего IgE, многократное УЗИ органов брюшной полости), не учитывая, что в генезе гастроинтестинальных расстройств при ПА лежат не-IgE-опосредованные реакции, а в генезе атопического дерматита — смешанный тип аллергических реакций, лактазная недостаточность у пациентов имеет вторичных генез, а бактериологическое исследование кала не отражает картины изменений кишечной микробиоты у ребенка. В свою очередь, неоправданные финансовые траты родителей в дальнейшем могут приводить к снижению их приверженности к соблюдению назначенным ребенку патогенетически обоснованной диетотерапии и медикаментозного лечения.

В дальнейшем нами был проведен анализ основных направлений терапии детей с клиническими проявлениями ПА, часто ошибочно применяемых лечащими врачами. Выявленные нами основные направления терапии детей, страдающих ПА, используемые необоснованно лечащими врачами.

Так, наиболее частым назначением врачей при грудном или смешанном вскармливании ребенка было использование ограничительных диет в рационе матерей данных детей без исключения причинно-значимого аллергена. Наиболее часто рекомендовалось исключить сладкие продукты у 20 (19,0±3,8%) матерей, цельное молоко (при сохранении употребления кисломолочных продуктов) — 19 (18,1±3,8%), овощи и фрукты, в т.ч. красные — 16 (15,2±3,5%), хлеб — 10 (9,5±2,9%), мясо (свинину и говядину, сохраняя в рационе питания куриное) — 4 (3,8±1,9%). Двум (1,9±1,3%) матерям рекомендовалось сменить употребление коровьего молока на козье, и также двум (1,9±1,3%) для стимуляции лактации было рекомендовано большее употребление молочных продуктов.

При искусственном вскармливании распространенной рекомендацией лечащих врачей было необоснованное назначения лечебных смесей — 50 (47,6±4,9%; 95% ДИ 37,9–57,3%) пациентам. В большинстве случаев имело место многократная смена лечебных формул. Наиболее часто рекомендовались к использованию кисломолочные, безлактозные и гипоаллергенные смеси.

Результаты проведенного бактериологического исследования, а также длительно сохраняющаяся диарея приводили к необоснованному назначению антибактериальных препаратов у 16 (15,2±3,5%; 95% ДИ 8,2–22,2%) детей. Наиболее часто использовались цефа-

лоспорины III поколения, защищенные аминопенициллины. В двух случаях имело место назначение повторных курсов антибиотиков.

Назначение кишечных антисептиков (нифуоксазид) установлено у 23 (21,9±4,0%; 95% ДИ 13,8–29,9%) детей, а бактериофагов — у 35 (33,3±4,6%; 95% ДИ 24,1–42,5%) пациентов. Также 42 (40,0±4,8%; 95% ДИ 30,5–49,5%) пациентам проводились длительные курсы применения ферментных препаратов, а 18 (17,1±3,7%; 95% ДИ 9,8–24,4%) детей получали длительно курсы энтеросорбентов. У 35 (33,3±4,6%; 95% ДИ 24,1–42,5%) детей в лечении использовались антигистаминные препараты I-го и II-го поколений, которые также не рекомендованы для использования у данных пациентов Международными и Федеральными протоколами ведения детей с ПА.

Распространенным назначением лечащих врачей детям ОГ было применение длительных курсов пре- и пробиотиков с многократными сменами препаратов в основном без учета микроорганизмов, включенных в их состав и доказавших свою эффективность в лечении ПА у 86 (81,9±3,8%; 95% ДИ 74,4–89,4%) пациентов. Длительность непрерывного использования пробиотиков в некоторых случаях достигала 6–7 месяцев. На фоне использования данных препаратов в некоторых случаях наступало кратковременное улучшение состояния пациента, но при их отмене клинические симптомы возобновлялись в короткие сроки. Проводимая медикаментозная терапия в большинстве случаев не только не вызывала купирование симптоматики, а приводило к ухудшению состояния ребенка.

Нами было установлено, что среди 26 пациентов, обратившихся к нам впервые, которым сразу была назначена элиминационная диагностическая, а затем лечебная диета с исключением причинно-значимых аллергенов, в 22 (84,6±7,1%) случаях родители с первого консультативного приема строго придерживались назначенной диеты, что указывает на высокий уровень их комплаенса. В свою очередь, среди 79 пациентов, которые многократно были подвержены различным необоснованным методам исследования и назначению различных лекарственных средств, строгое соблюдение назначенной диетотерапии с первого консультативного приема отмечено статистически значимо реже ($p < 0,05$) — лишь в 35 (44,3±5,6%) семьях. В остальных случаях родители приходили к уверенности в эффективности назначенной диетотерапии и строгому ее соблюдению спустя длительное время (2–4 консультативных приема), что, естественно,

продлило сроки достижения положительного эффекта от назначенной терапии.

Таким образом, проведенный нами анализ указывает на то, что на территории Донецкого региона среди врачей-педиатров у детей первого года жизни используется неправильный алгоритм диагностики ПА, что, видимо, обусловлено незнанием клинической картины данной патологии, а также патофизиологических процессов, лежащим в основе ее развития. В большинстве случаев имеет место необоснованное назначение диагностических тестов, что в дальнейшем приводит к ошибочной полипрагмазии с необоснованным использованием препаратов, нерегламентированных протоколами лечения данных пациентов, которые не только не улучшают состояние ребенка, но и в ряде случаев могут отягощать клиническую симптоматику. При этом специалистами не назначается главное направление терапии — использование лечебной таргетной элиминационной диеты. Что обуславливает как минимум, повышение финансовых затрат на обследование и лечение ребенка, а как максимум — приводит к ухудшению клинической симптоматики у пациента. Эти процессы в дальнейшем могут привести к пролонгации сроков развития вторичной пищевой толерантности к причинно-значимому аллергену. Кроме того, увеличение объема применяемых необоснованно диагностических и лечебных мероприятий в последствии приводит к снижению комплаентности родителей к назначаемой элиминационной таргетной терапии, что также влияет на пролонгацию сроков купирования основных клинических симптомов ПА.

R.F. Makhmutov, A.V. Nalyotov, T.I. Shapchenko, O.E. Zhurbii
TYPICAL MISTAKES IN THE MANAGEMENT OF CHILDREN WITH FOOD ALLERGIES LIVING IN THE DONETSK REGION

Abstract. *Timely detection of causally significant allergens in children is the main goal of diagnosing food allergies for their further effective treatment. Despite significant advances in laboratory diagnostics, the most important importance in determining the trigger factors for the formation of food allergies in a child is still attached to the study of an allergic history, clinical methods of examination of the patient, as well as conducting a diagnostic elimination diet.*

The purpose of the work. *To study typical mistakes in the management of children with food allergies.*

Material and methods. *105 children aged from 1 to 12 months suffering from food allergies were examined. All children were diagnosed with an allergy to cow's milk protein. As a control group, 40 healthy children of the same age were involved without any manifestations of allergies. Verification of the diagnosis of «atopic dermatitis» was carried out in accordance with the «ICD 10th revision».*

Results and discussion. *After examining the advisory examinations and extracts from the medical records*

of patients of the main group, it was revealed that pediatricians in most cases carried out many diagnostic techniques that do not allow to establish a correct diagnosis and are not recommended by protocols for the diagnosis and treatment of food allergies.

Conclusions. *In most cases, there is an unjustified appointment of diagnostic tests, which leads to erroneous polypragmasia with the unjustified use of drugs that not only do not improve the child's condition, but in some cases can aggravate clinical symptoms. At the same time, specialists do not prescribe the main direction of therapy — the use of a therapeutic targeted elimination diet.*

Key words: *food allergy, clinic, children.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Махмутов Р. Ф. Современный взгляд на этиологию, патогенез и клинические проявления пищевой аллергии у детей (обзор литературы) / Р. Ф. Махмутов, А. В. Налетов, Т. И. Шапченко // Медико-социальные проблемы семьи. – 2022. – Т. 27, № 1. – С. 142–150.
2. Частота виявлення алергічних реакцій на харчові продукти у дітей з атопічним дерматитом та патологією травного тракту / Т. О. Крючко, Л. Н. Бубыр, И. Н. Несина, О. Я. Ткаченко // Здоровье ребенка. – 2019. – Т. 14, № 4. – С. 199–204.
3. Новикова В. П. Диагностика аллергических заболеваний ЖКТ в педиатрической практике / В. П. Новикова // Детская гастроэнтерология 2019 : избранные труды общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов / под общ. ред. А. И. Хавкина, В. П. Новиковой, Г. В. Вольнец. – Москва : ИД «ФСП», 2019. – С. 5–32.
4. Ванденплас И. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у младенцев и детей раннего возраста: от рекомендаций к клинической практике / И. Ванденплас, Б. Хаузер, С. Сальваторе // Consilium Medicum. Педиатрия. – 2019. – № 3. – С. 14–23.
5. Иванов Д. О. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у новорожденных / Д. О. Иванов, Н. М. Богданова // Пищевая непереносимость у детей. Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики и диетотерапии: сборник трудов III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, 26 апреля 2018 г. / под редакцией: Д. О. Иванова, В. П. Новиковой, Т. В. Косенковой. – Санкт-Петербург, 2018. – С. 97–45.
6. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition / R. Rosen, Y. Vandenplas, M. Singendonk [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2018. – Vol. 66, N 3. – P. 516–554.
7. Шапченко Т. И. Клинико-патогенетические аспекты пищевой аллергии у детей раннего возраста, проживающих в условиях военного конфликта в Донбассе : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.08 «Педиатрия» / Шапченко Татьяна Ивановна ; ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького». – Донецк, 2019. – 18 с.
8. Основы компьютерной биostatистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом Medstat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко, О. А. Панченко. – Донецк : Папакица Е. К., 2006. – 214 с.
9. Петри, А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин ; пер. с англ. В. П. Леонова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 232 с.
10. Лях, Ю. Е. Математическое моделирование при решении задач классификации в биомедицине / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 69–76.