Дипломная работа

Роль медицинской сестры в профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста

ВВЕДЕНИЕ

На сегодня не существует четких эпидемиологических сведений об общераспространенности пищевой аллергии (ПА) у детей раннего возраста. По материалам исследований, проявления ПА имеются у 3-35% людей, в то же время доказанная обследованиями пищевая аллергия имеется примерно в 3% случаев.

По материалам других исследований, распространенность аллергических реакций и болезней у детей составляет примерно 15-20%, пищевая гиперчувствительность или пищевая аллергия у детей на первом году жизни - 6,2-8,3% и их количество продолжает повышаться, несмотря на определенное улучшение способов профилактики и лечения. В течение 2007 года симптомы пищевой аллергии в США были зарегистрированы более чем у трёх миллионов детей в возрасте до 19 лет, а ее общераспространенность в течение десяти лет увеличилась на 18%.

За последние десятилетия проблема аллергии приняла масштаб глобальной медико-социальной проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения около 40% населения Земного шара страдает различными аллергическими заболеваниями. Кроме того, по прогнозу ВОЗ, в XXI веке болезни аллергии займут лидирующую позицию в структуре общей заболеваемости. Самую первую и наиболее значительную антигенную нагрузку организм человека получает в виде пищевых продуктов. Поэтому, пищевая аллергия является одной из самых частых и ранних причин формирования аллергических болезней. Увеличение частоты пищевой аллергии, влияние ее на формирование сенсибилизации к другим группам аллергенов диктует необходимость детального изучения данной патологии. Соответственно повышению роста заболеваемости во всем мире отмечается увеличение научных исследований, посвященных пищевой аллергии.

Однако, несмотря на значительные успехи аллергологии и клинической иммунологии, механизмы различных форм непереносимости пищевых продуктов объяснены только частично.

Недостаточно изученными остаются аспекты эпидемиологии и патогенетические особенности различных проявлений пищевой аллергии. Разнообразие клинических проявлений болезни, наличие сочетанных форм создают определенные трудности в диагностике пищевой аллергии. В литературе не существует данных о проводимых рандомизированных исследованиях, позволяющих составить полное представление обо всех клинических проявлениях пищевой аллергии.

У детей раннего возраста преимущественно наблюдают различные гастроинтестинальные симптомы, признаки атопической экземы, обструктивные симптомы, сопровождающиеся свистящим выдохом.

Пищевая аллергия - довольно распространенное заболевание. Ее частота среди детей раннего возраста колеблется от 15 до 40 процентов.

Пищевая аллергия является патологической реакцией со стороны иммунной системы. Если какой-либо компонент получаемой пищи выступает в роли так называемого антигена, то у ребенка может развиться аллергическая реакция (немедленного или замедленного типа).

Аллергическая реакция немедленного типа развивается через несколько минут после встречи с антигеном, а замедленного типа - через 2-3 дня.

Первые признаки пищевой аллергии, которые появляются на первом году жизни, в дальнейшем (на фоне проводимого лечения) часто исчезают - примерно к двух-трехлетнему возрасту. Тем не менее аллергия к таким продуктам, как мед, грибы, орехи, рыба и шоколад (и к некоторым другим), может сохраняться на протяжении всей жизни.

Существуют большие сложности терминологического плана, так как в настоящее время в аллергологии отсутствуют общепринятые термины для обозначения полиорганного характера поражения. Кроме того, связь хронических соматических заболеваний с пищевыми аллергенами в литературе до сих пор дискутируется. Поэтому, в практической медицине эти клинические аспекты в основном не учитываются, и дети зачастую не попадают в число больных пищевой аллергией.

Анализируя научные источники и результаты практических исследований данного вопроса, определилось противоречие между достаточно высокой разработанностью теоретических основ изучения профилактики пищевой аллергия у детей раннего возраста.

Из выше изложенного противоречия, вытекает проблема исследования: какова роль медицинской сестры в профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста.

Исходя из актуальности, противоречия и обозначенной проблемы была определена тема дипломной работы «роль медицинской сестры в профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста».

Объект исследования: процесс профилактики пищевой аллергия у детей раннего возраста.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста.

Цель исследования: выявить роль медицинской сестры при профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста.

Гипотеза исследования: предполагается, что роль медицинской сестры в профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста будет эффективной, если использовать разнообразные методы, приемы, способы профилактики.

Задачи исследования:

. Рассмотреть этиологию и патогенез пищевой аллергии у детей;

. Изучить особенности работы медицинской сестры при профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста.

Методы исследования:

· теоретические: изучение и анализ научно-методической, справочной, специальной литературы, документальных материалов;

· эмпирические: опрос.

Практическая значимость: полученные результаты могут использоваться медицинскими работниками при профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста.

База исследования: СОКБ г. Салехард.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

.1 Основные определения и классификация пищевой аллергии

С позиции достижения современной аллергологии и клинической иммунологии следует четко дифференцировать понятия «патологические (побочные) реакции на пищу», «пищевая непереносимость» и «пищевая аллергия». Это имеет важное клиническое значение, т.к. под маской пищевой аллергии нередко протекают другие виды непереносимости пищевых продуктов, без участия иммунологических механизмов [1, 39]. В практической медицине это зачастую приводит к ошибочному диагнозу и как следствие - к неоправданным ограничениям в диете. В связи с этим Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии (Стокгольм) даны четкие определения этих реакций. Под патологическими (побочными) реакциями на пищу подразумеваются клинические проявления, связанные с употреблением пищевых продуктов, в результате токсических и нетоксических пищевых осложнений. Токсические реакции развиваются при употреблении с пищей содержащихся в ней токсинов, достаточных для развития симптомов. Степень выраженности симптомов болезни зависит от дозы и химических свойств токсического вещества, но не от самого пищевого продукта. Эти реакции могут развиться у любого человека, употребившего данный продукт.

Нетоксические патологические (побочные) реакции развиваются лишь у предрасположенных к ним людей и являются результатом участия иммунных или не иммунных механизмов. Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии для обозначения данных реакций предложено использовать термин «пищевая гиперчувствительность» (рис.1).

Рис. 1. Классификация реакций пищевой гиперчувствительности

Под пищевой аллергией подразумевают иммунологически посредованное клиническое проявление гиперчувствительности сенсибилизированного организма, возникающее после поступления пищевого антигена в пищеварительный тракт. В современной аллергологии часто употребляется термин «атопия», определяющий состояние, при котором формируется чрезмерное количество IgE-антител в ответ на антигенную стимуляцию с развитием аллергии немедленного типа. Согласно современным представлениям механизмов развития аллергических реакций пищевая аллергия подразделяется на IgE-зависимую и не IgE-зависимую. Считается, что пищевая аллергия в большинстве случаев обусловлена атопическими (чаще IgE-опосредованными) механизмами, хотя клинические проявления болезни могут быть связаны и с не IgE-опосредованными реакциями.

Под термином «пищевая непереносимость» подразумевается повышенная гиперчувствительность организма к пищевым продуктам, обусловленная участием неиммунных (псевдоаллергических) механизмов. Причиной развития псевдоаллергических реакций может быть недостаточность ферментов, патология гепатобиллиарной системы, включение гистаминового механизма, активация системы комплемента, паразитарные инвазии и т.д. [39]. Однако, во многих случаях механизмы, лежащие в основе реакций, до настоящего времени не достаточно изучены. Псевдоаллергические реакции являются клинической фенокопией истинной пищевой аллергии, но протекают без участия иммунных механизмов. В основе развития данных реакций лежит неспецифическое высвобождение медиаторов аллергии, чаще всего гистамина, из клеток-мишеней без участия иммунных механизмов. Хорошо известен ряд продуктов питания (псевдоаллергенов), содержащих большое количество вазоактивных аминов. Например, большое количество гистамина содержится в консервированной рыбе, ферментативных сырах печени, колбасах, томатах, бананах, квашеной капусте, шпинате. Серотонин содержится в ананасах, арахисе; тирамин - в шоколаде, красном вине, бананах, сырах. Пищевые добавки, такие как антиоксиданты, красители и консерванты, салицилаты часто являются причиной развития пищевой гиперчувствительности, развивающейся неиммунным путем.

Таким образом, связь симптомов болезни с употреблением продуктов питания еще не является доказательством присутствия истинной пищевой аллергии. Аллергическая природа заболевания должна подтверждаться методами специфической аллергологической диагностики. Существует большое количество классификаций пищевой аллергии (этиологических, патогенетических, клинических). В 1997 г. Смирновой С.В. и Пыцким В.И. была разработана универсальная классификация аллергии по патогенезу, на основании которой представлены клинико-патогенетические варианты непереносимости пищи (табл.1). Исходя из основного патогенетического звена, существует две патогенетические формы пищевой аллергии: истинная аллергия и псевдоаллергия. Поскольку у больных истинной аллергией наряду со специфическими механизмами нередко определяются и неспецифические, в ее пределах выделено два клинико-патогенетических варианта непереносимости пищи: 1.1 - опосредованная специфическими механизмами и 1.2 - опосредованная смешанными (иммунными и неиммунными) механизмами. Учитывая различия в иммунных механизмах запуска аллергических реакций, определены атопическая (реагин-зависимая) и неатопическая (нереагин-зависимая) пищевая аллергия - в пределах каждого клинико-патогенетического варианта истинной аллергической формы.

Таблица 1. Патогенетические формы и клинико-патогенетические варианты непереносимости пищи (С.В. Смирнова)

|  |  |
| --- | --- |
| Патогенетические формы | Клинико-патогенетические варианты непереносимости пищи |
| 1 | 2 |
| I. Истинная аллергия | 1.1 - Опосредованная иммунными механизмами: I.1.1 - атопическая (реагин-зависимая) 1.1.2 - неатопическая (нереагин-зависимая) |
|  | 1.2 - Опосредованная смешанными (иммунными и неиммунными) механизмами: 1.2.1 - с участием атопических механизмов (реагин-зависимых) 12.2 - с участием неатопических механизмов (нереагин-зависимых) |
| II. Псевдоаллергия | 2.1 - Псевдоатопическая (аналог атопической), в связи с: II.1.1 - включением моноаминового механизма II.1.2 - нарушением метаболизма арахидоновой Кислоты II.1.3 - нарушением функций органов пищеварения |
|  | 2.2 - Псевдоаллергическая (аналог неатопической), в связи с: II.2.1 - нарушением активации комплемента II.2.2 - нарушением функций органов пищеварения |
| III. Ферментопатия | 3.1. - Ферментопатия, связанная с: III.1 - патологией органов пищеварения (Мальабсорбция) 3.2 - лактазной недостаточностью |

Рассматривая псевдоаллергию как аналог истинной аллергии, выделены следующие клинико-патогенетические варианты непереносимости пищи: псевдоатопическая - аналог атопической и псевдоаллергическая - аналог другим типам аллергических реакций (неатопическим). Практика показала, что неспецифические механизмы развития аллергии гетерогенны как в пределах псевдоатопии, так и в пределах псевдоаллергии аналогичной неатопическим типам аллергии.

Для псевдоатопии характерны моноаминовый механизм и механизм, связанный с нарушениями метаболизма арахидоновой кислоты, на основании чего выделены соответствующие клинико-патогенетические варианты непереносимости пищи (2.1.1 и I2.1.2).

Для клинико-патогенетических вариантов псевдоаллергии, аналогичных неатопическим типам аллергии, характерно нарушение активации комплемента - клинико-патогенетический вариант непереносимости пищи 2.2.1. Нами также отмечено (Смирнова С.В.), что псевдоаллергические (неспецифические, неиммунные) аллергические реакции имеют тесную причинно-следственную взаимосвязь с патологией органов пищеварения, в частности, гепатобилиарной системы. Механизмы такого участия могут частично реализоваться через нарушение метаболизма моноаминов, арахидоновой кислоты, нарушение синтеза компонентов комплемента, а также через другие звенья патогенеза, как-то нарушение активности калликреин-кининовой системы, снижение детоксицирующей активности по отношению к различным веществам и т.д.

Учитывая многообразие возможных путей взаимодействия псевдоаллергической непереносимости пищи и патологии органов пищеварения, в ее оба подтипа введены клинико-патогенетическиеварианты с конкретным указанием на нарушение функционального состояния последних (2.1.3 и 2.2.2). Сюда входят все случаи непереносимости пищи псевдоаллергического генеза, когда нормализация функций органов пищеварения, и прежде всего, гепатобилиарной системы, приводит к ликвидации псевдоаллергического синдрома или значительному улучшению течения заболевания, а точный механизм этого явления остаётся неизвестным.

При рассмотрении механизмов непереносимости пищи имеет смысл выделения отдельной патогенетической формы, связанной с ферментопатией. В пределах ферментопатии определены два клинико-патогенетических варианта непереносимости пищи - ферментопатия, связанная с: патологией органов пищеварения (мальабсорбция) (3.1) и лактазной недостаточностью (3.2).

Накопленные научные данные предлагают все новые и новые варианты причин развития пищевой аллергии [6, 35, 39]. Считается, что сенсибилизация к пищевым аллергенам осуществляется, в основном, через желудочно-кишечный тракт. Но современные исследования доказывают, что возможны и другие пути сенсибилизации [3, 13].

Так, Pichler W., в зависимости от пути сенсибилизации предлагает новую классификацию IgE-опосредованной пищевой аллергии. Данная классификация объясняет зависимую от возраста частоту встречаемости пищевой аллергии, разновидность спектра аллергенов, различную стабильность пищевых аллергенов [14]. В дополнение к имеющейся классификации предлагается ввести 3 типа пищевой аллергии:

Тип А - пищевая аллергия у новорожденных и детей раннего возраста, сенсибилизация к которой является результатом нарушения барьера после попадания пищи в желудочно-кишечный тракт. При созревании оральной толерантности пищевая аллергия зачастую проходит.

Тип Б - пищевая аллергия у детей старшего возраста, подростков и взрослых. Сенсибилизация происходит через дыхательные пути. При этом, аэрогенные аллергены (пыльцевые, профессиональные) вызывают образование IgE-антител, которые перекрестно реагируют со схожими антигенными детерминантами в пищевых продуктах, вызывая развитие перекрестных аллергических реакций [10].

Стабильность перекрестно-реагирующих пищевых аллергенов определяет вид и локализованность клинической симптоматики «шокового органа»

Тип С - пищевая аллергия встречается редко, чаще всего проявляются у взрослых (чаще женщин), не имеющих предрасположенности к атопии, в отличии от А и В подтипов. Сенсибилизация развивается через желудочно-кишечный тракт.

Позднее и в отечественной литературе также появились работы, подразделяющие IgE-обусловленную пищевую аллергию с учетом выделения перекрестных аллергических реакций на 2 типа [13]:

тип - классический, развивается после поглощения и переваривания пищи в желудочно-кишечном тракте. Наиболее распространенными пищевыми аллергенами при 1 типе являются полноценные антигены с молекулярной массой 10-60 кД, устойчивые к нагреванию - это белки коровьего молока, куриного яйца, рыбы, пшеницы, орех, сои.

тип - возникает у больных, сенсибилизированных к аэроаллергенам (например, пыльце растений) за счет перекрестных аллергических реакций. Большинство аллергенов 2 типа - это белки растительного происхождения, с низкой молекулярной массой 7-18 кД, термолабильные, например, непереносимость яблок при аллергии к пыльце березы. Этим объясняется изменение с возрастом спектра продуктов, вызывающих пищевую аллергию. По мнению авторов, предложенная классификация может объяснить противоречивость данных о пищевой аллергии, влиять на дискуссию об аллергенности генетически измененных пищевых продуктов и способствовать проведению корректной диагностики, лечения и профилактики пищевой аллергии[14].

1.2. Распространенность пищевой аллергии

Проблема изучения распространенности пищевой аллергии больше всего связана с отсутствием простых критериев диагностики заболевания. В связи с этим, в литературе приводятся разноречивые данные об истинной распространенности пищевой аллергии. Так, Буркс и Самсон отмечают, что пищевой аллергией страдает около 8% детей и 1-2% взрослого населения [19]. Намного выше показатели распространенности аллергических заболеваний в развитых странах. По данным 2004 года в США около 6% детей и 3,7% взрослых страдают пищевой аллергией [15]. По результатам исследований в Швейцарии с 1926 года количество больных увеличилось с 1 % до 10-15% [17]. Распространенность пищевой аллергии составляет: во Франции - около 3,7%, в Цюрихе - 46-60%, в Англии - 11,6-12,7%, в Швеции - около 31%, в Эстонии - 8%, в Канаде -1%, в Корее 8,3-11,7%. При этом, у взрослых во Франции диагноз ставится в 3 раза, в Англии - в 1,8; в Швеции - в 4,2; в Канаде - в 0,5 раза реже [145,164,114,47].



Рис.1.Распространенность пищевой аллергии, %

Последнее исследование по изучению распространенности пищевой аллергии в странах Европы среди детей до 18 лет показывает, что реакции пищевой непереносимости отмечаются у 4,7%, причем, в младшей возрастной группе (2-3 года) - у 7,2% детей [16]. Так же было определено, что частота встречаемости пищевой непереносимости в странах различна. Так, самая низкая частота зарегистрирована в Австрии - 1,7%, в Германии - 3%, в Словении - 4,6%, самая высокая в Финляндии - 11,7% и Польше -8,3%.

Различия в терминологии и методике статистического анализа не позволяют в полной мере оценить распространенность пищевой аллергии в регионах России.

В разных регионах частота заболевания колеблется от 10 до 38,7% [25, 24, 34]. Не выявлено различий распространенности пищевой аллергии в зависимости от пола. Так S. Bischoff, изучив сенсибилизацию к различным аллергенам у более 1000 больных, показал, что мальчики и девочки в равной степени восприимчивы к основным пищевым аллергенам [49].

Выявлено, что дети с атопией (бронхиальная астма, атопический дерматит) чаще имеют пищевую аллергию, чем дети без атопии.

Нет единого мнения о частоте встречаемости пищевой аллергии в различных возрастных периодах жизни. Данные американской ассоциации аллергологов говорят о том, что чаще аллергия встречается у детей младшего школьного возраста (7-10 лет). Эту же возрастную группу, как наиболее подверженную заболеванию выделяют другие авторы [18, 17, 16]. В России возрастные рамки этой группы расширены: по данным многих исследований больше всего заболевших пищевой аллергией приходится на возраст от 5 до 12 лет [24, 25]. Другие исследователи отмечают, что наибольших значений распространенность пищевой аллергии достигает в раннем детстве и с увеличением возраста ее удельный вес в структуре этиологических факторов аллергических заболеваний снижается [33, 53]. Так, в Красноярске у детей в возрасте до 2 лет пищевая аллергия регистрировалась в 42,3% случаев, снижаясь к 7 годам до 4,7%. Другие исследователи считают, что пищевая аллергия чаще всего встречается в зрелом возрасте [19].

По мнению Пихлера [43] у детей с 7 года жизни начинается новый подъем пищевой аллергии, обусловленный увеличением сенсибилизации к пыльцевым аллергенам.

Подобные данные приводятся в исследованиях, проведенных в США и Швеции. Было показано, что частота встречаемости пищевой аллергии в раннем возрасте достигает 20%, постепенно снижаясь к 6 годам до 8%, а затем вновь увеличивается к 25 годам до 15%.

Анализ проведенных нами исследований детей в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающих различными аллергическими заболеваниями, показал, что в общей структуре аллергической патологии частота пищевой сенсибилизации аналогична частоте бытовой и грибковой сенсибилизации (рис.2.)



Рис.2. Структура общей сенсибилизации при аллергической патологии детского возраста (%)

Было определено, что в зависимости от возраста пищевая сенсибилизация встречается с различной частотой. Так, чаще всего сенсибилизация определялась у детей старшего возраста, несколько реже - у детей с 1 года до 3 лет. Самый низкий уровень сенсибилизации определен в возрастной группе от 3 до 7 лет, что по-видимому, связано со сформировавшейся к этому времени оральной толерантностью. Структура нозологических форм пищевой аллергии в зависимости от возраста также имеет свои особенности. Так, у детей с 1 года до 3 лет в большинстве случаев отмечаются кожные проявления аллергии и лишь в каждом четвертом случае регистрируются респираторные проявления.

С увеличением возраст ребенка постепенно увеличивается и доля респираторной аллергии.

Так, в группе детей от 3 до 7 лет на долю респираторных проявлений аллергии приходится 54%, а у детей старше 7 лет - 60% случаев. Частота же кожных проявлений аллергии у детей старшего возраста, хотя и меньше, чем у детей раннего возраста, но все-таки продолжает сохраняться у каждого третьего ребенка.

По данным эпидемиологов увеличение распространенности пищевой аллергии не связано с несовершенством критериев оценки [124].

Считается, что основная причина увеличения распространенности пищевой аллергии заключается в повышении риска сенсибилизации в период, когда организм подвергается воздействию соответствующих аллергенов [20]. Поэтому в настоящее время на выявление причин для этого повышенного риска направлены многие научные исследования.

Выявление факторов риска развития пищевой аллергии являются главными ориентирами в изучении особенностей формирования болезни.

В настоящее время считается общепринятым факт, что одним из основных факторов риска развития пищевой аллергии является генетически обусловленная способность организма запускать иммунопатологические механизмы развития аллергии, в частности IgE-опосредованные реакции. [11, 23]. Есть данные, что примерно у половины больных, страдающих пищевой аллергией, либо имеется какое-нибудь аллергическое заболевание в анамнезе (поллиноз, атопическая бронхиальная астма), либо этими заболеваниями болеют их ближайшие родственники (родители, братья, бабушки).

Необходимо отметить, что предрасположенность к атопии контролируется определенными генами, каждый из которых кодирует возможность реализации конкретного признака атопии. Гены атопического генотипа локализуются на 4, 5, 6, 7, 13 и 14 хромосомах [7]. Cookson выделяет 4 класса данных генов:

класс - гены, предрасполагающие к развитию атопии в целом и к гиперпродукции IgE;

класс - гены, влияющие на специфический IgE-ответ;

класс - гены, влияющие на бронхиальную гиперреактивность;

класс - гены, влияющие на не IgE-опосредованный ответ.

В результате происходит независимая передача данных генов потомству, причем, у каждого индивидуума отмечается различный их набор, что и определяет в дальнейшем особенности клинических проявлений болезни.

Таким образом, не отрицая важной роли наследственности в формировании пищевой аллергии, необходимо подчеркнуть, что реализация предрасположенности в клинические проявления болезни происходит через определенные факторы окружающей среды.

К данным факторам риска относят активное и пассивное курение [12], социально-экономический статус [23], детские инфекции [31], стиль жизни [44]. Развитию заболевания способствуют также высокая антигенная нагрузка, повышенная проницаемость слизистой желудочно-кишечного тракта, нарушения в системном и местном иммунитете, изменение характера питания [15, с.60].

Определенное патогенетическое влияние на формирование пищевой аллергии оказывают перинатальные факторы риска, которые в значительной мере влияют на становление иммунной системы ребенка [14, 191]. Факторы риска развития патологии подразделяются на антенатальные и постнатальные. К антенатальным факторам риска относят:

· патологии беременности, приводящие к неблагоприятным воздействиям на плод;

· заболевания матери в период беременности;

· курение матери в период беременности (в том числе пассивное);

· нерациональное питание беременной (употребление продуктов, содержащих большое количество трофоаллергенов или длительное соблюдение гипоаллергенной диеты) [11].

Активно дискутируется вопрос о роли поступления антител в организм ребенка во внутриутробном периоде и через женское молоко. Во многих работах есть указания на развитие аллергии к белкам коровьего молока у детей на естественном вскармливании, связанного с чрезмерным употреблением матерью молока и молочных продуктов во время беременности и, особенно, в период лактационного периода [9, с.174].

Так Е.И. Капранова [18] в своих исследованиях показала, что материнское молоко полностью лишено антигенных свойств, и сенсибилизировать ребенка могут только аллергены из пищевого рациона матери. С другой стороны, нет данных об исследованиях, достоверно доказывающих, что коррекция диеты матери во время беременности и кормления предотвращает развитие пищевой аллергии. В то же время Американская Академия Педиатрии рекомендует матерям из группы риска с целью профилактики развития пищевой аллергии не употреблять продукты, являющиеся для матери аллергенами.

К постнатальным факторам риска относят:

· патологические роды, приводящие к различным нарушениям адаптационных возможностей ребенка. Так, R.Zeiger в своих работах отмечает, что при затяжных осложненных родах риск развития атопии у новорожденного увеличивается [20]. Это связывается с ростом опасности сенсибилизации плода от матери и высокой вероятностью развития респираторных осложнений, что само по себе является факторам риска.

· продолжительность естественного вскармливания и возраст ребенка при первом контакте с аллергеном. Возникновению аллергии к белкам коровьего молока способствует ранний перевод ребенка на смешанное или искусственное вскармливание с использованием различных молочных смесей, необоснованно раннее (с 2-3 месяцев) назначение молочных каш [22]. Особенно высок риск развития атопических заболеваний у детей в возрасте от 3 до 6 месяцев. В этот период имеет смысл отказаться от смесей на основе сои или коровьего молока в пользу гидролизованных смесей, если грудное вскармливание не возможно [8].

По данным нашего исследования, которые проводили медицинские сестры детской поликлиники г. Салехарда, 68,2% обследованных детей имели наследственную предрасположенность к аллергическим заболеваниям у близких родственников. Изучение факторов риска развития пищевой аллергии выявило некоторые их различия у детей раннего и старшего возраста. Так, у детей раннего возраста на возможность развития аллергических реакций на пищевые продукты оказывают влияние, прежде всего, отягощенная наследственность (77,8%), состояние гуморального звена иммунитета (транзиторная гипогаммаглобулинемия определена у 61% детей), нерациональное питание (44%) - ранний перевод на искусственное вскармливание, раннее введение прикормов. На формирование пищевой аллергии у детей старшего возраста огромное влияние оказывает предшествующая пыльцевая сенсибилизация (79%) за счет сходства антигенных структур между пищевыми и пыльцевыми аллергенами и нерациональное питание (42%) - употребление в питании консервантов, пищевых красителей, продуктов - гистаминолибераторов (шоколада, цитрусовых, специй, копченостей и т.д.).

По данным детской поликлиники у детей, страдающих пищевой аллергией сенсибилизация к эпидермальным антигенам встречалась в 10,1% случаев, причем преобладает аллергия к шерсти кошки и шерсти собаки. По данным кожного тестирования сенсибилизация к свинине имелась лишь у 2 детей, но при проведении провокационных проб у 5 детей употребление свинины в пищу сопровождалось обострением кожного процесса. У 3 детей с выраженными клиническими проявлениями аллергии на шерсть кошки была выявлена положительная реакция при употреблении в пищу баранины и кролика (хотя дети до момента исследования никогда не получали этих продуктов). При этом у 2 больных при употреблении данного мяса отмечалось обострение кожного процесса, у 1 больного - приступ удушья.

Иллюстрируя вышесказанное, приводим пример. Даша Х., 3 года, наблюдается у аллерголога с диагнозом: Пищевая аллергия. Бронхиальная астма, персистирующее течение. Аллергический ринит, персистирующее течение. Эпидермальная и бытовая сенсибилизация.

Девочка от I беременности, протекающей без патологии. Роды в срок, вес при рождении 3200, рост 53 см, к груди приложили на 1 сутки. Выписана из роддома на 6 сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. Грудное вскармливание до года. С 5-месячного возраста отмечались проявления эксудативного диатеза в легкой форме. Причина не была установлена. Кожные проявления аллергии купировались к году. С 2 лет девочка стала посещать детский сад и с этого же времени отмечает появление частых респираторных инфекций. Спустя 2 месяца от начала болезни появился первый приступ удушья при контакте с кошкой. С этого времени приступы удушья стали частыми, почти ежедневными. Спустя 4 месяца от первого приступа одышки ребенок был осмотрен аллергологом. После проведенного аллергологического обследования была выявлена поливалентная сенсибилизация: пищевая бытовая и эпидермальна.

Больной была назначена строгая элиминационная диета, на фоне которой состояние ребенка нормализовалось - приступы удушья купировались. При расширении диеты было отмечено резкое ухудшение состояния после употребления мяса кролика. Спустя 10 часов у девочки появилось чихание, заложенность носа, покраснение конъюнктивы и склер, а спустя еще час появились кашель и одышка. Прием эуфиллина и сальбутамола облегчил состояние незначительно. Данные осмотра: общее состояние девочки средней тяжести, самочувствие страдает - девочка вялая, капризничает. Кожные покровы чистые, бледные. ЧД 28в1'. Пульс 76 ударов в минуту. Конъюнктива век умеренно гиперемирована. Носовое дыхание затруднено, отделяемое скудное. Грудная клетка обычной формы, незначительное втяжение яремной ямки при дыхании Аускультативно: дыхание в легких ослабленное, по всем полям на выдохе сухие свистящие хрипы. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Сердечные тоны громкие, ритмичные.

В общем анализе крови: Нв - 115 г/л, L - 7,0х109/л , Э-5%, С-44%,Л/ц - 50%, М - 1%, СОЭ - 7 мм/час.

Копрология: нейтральный жир +, бактерии ++ 3х кратный анализ кала на я/г отрицательный.

Скарификационные кожные пробы:

· коровье молоко ++++,

· цельное яйцо ++++,

· белок куриных яиц ++++,

· желток куриных яиц +++,

· мясо курицы ++++,

· мясо утки ++++,

· говядина ++++,

· дом: домашняя пыль ++,

· клещ домашней пыли. ++,

· шерсть кошки +++.

В сыворотке крови обнаружено повышение специфических IgE-антител к: -лактоглобулину, -лактальбулину, бычьему сывороточному альбумиун, казеину, овальбумину, глиадину.

У детей раннего возраста проявлением пищевой непереносимости является кишечная колика, метеоризм, срыгивания, рвота, синдром мальабсорбции [4]. Симптомами аллергического энтероколита могут быть тошнота, снижение аппетита, резкие боли в животе, метеоризм, скрытая кровь в кале, жидкий стул с отхождением стекловидной слизи, в которой содержится большое количество эозинофилов, и диарея, с развитием тяжелого, шокоподобного состояния [8, с.42]. Патологический процесс может охватывать весь кишечник (энтероколит) или изолированно толстый кишечник (колит). H. Goldman & R. Proujansky рассматривают в качестве самых частых причин развития аллергических колитов и энтероколитов аллергены коровьего молока и сои, сенсибилизация к которым происходит через молочные смеси. Поэтому, большинство больных с энтероколитом, индуцированным пищевыми белками - это дети первых месяцев жизни [52]. Симптомы энтероколита, индуцированного пищевыми белками, начинаются спустя 1-10 часов после употребления соответствующего продукта и обычно начинаются с рвоты, за которой следует диарея. Симптомы исчезают в течение 72 часов после элиминации аллергена, однако могут продолжаться и более длительное время, в связи с развитием вторичной дисахаридазной недостаточности. Клинические проявления аллергического колита менее выражены: отсутствует диарея, дегидратация. В стуле часто определяется наличие цельной или скрытой крови. В развитии аллергического энтероколита, колита предполагается клеточно-опосредованный механизм развития пищевой аллергии. Поэтому, по мнению C.S. Salinas [16], диагноз аллергический энтероколит может быть поставлен только после исключения других причин специфического колита и проведения эндоскопического исследования с забором биопсии. При гистологическом исследовании выявляются геморрагические изменения, выраженная тканевая эозинофилия, местный отек и гиперсекреция слизи [19].

Учеными было установлено, что частота встречаемости и характер клинических симптомов гастроинтестинальной пищевой аллергии зависит от возраста ребенка. У детей раннего возраста симптомы поражения желудочно-кишечного тракта представлены чаще острыми реакциями на аллерген. Наиболее характерными клиническими проявлениями пищевой непереносимости для данной группы детей являются: срыгивания после кормления (40%), запоры (31%), диарея (15%), метеоризм и кишечные колики (13%). Нами было выявлено, что синдром мальабсорбции, проявляющийся стеатореей, снижением аппетита, гипотрофией также является следствием аллергии, чаще всего к белкам коровьего молока и злаков.

Для наглядности приведем пример из практики работы СОКБ:

Саша М., 1 год, поступил в реанимационное отделение с диагнозом: Анафилактический шок, тяжелое течение, молниеносная форма, гемодинамический вариант. Пищевая аллергия. Атопический дерматит, распространенная форма. Бронхиальная астма атопическая, приступный период, Дн III ст.

Мальчик от третьей беременности, протекавшей без особенностей. Роды II, срочные. Грудное вскармливание до 3-х месяцев. После введения молочных смесей у ребенка на щеках появились очаги гиперемии с мокнутием. Со временем сыпь стала распространяться на туловище, плечи, ноги, беспокоил зуд кожи. С 5 месяцев ребенка перевелиан соевые смеси - высыпания с этого времени не прогрессировали, но обратному процессу не подвергались. После приема 5 мл, кефира у ребенка отмечено резкое ухудшение состояния. Спустя 1 минуту появилось поперхивание, срыгивание, беспокойство, бледность, кожи; через 5 минут появилась резкая слабость, затрудненное свистящее дыхание, цианоз кожных покровов, отек лица. Мальчик был доставлен в реанимационное отделение спустя 10 минут от начала клинических проявлений.

Общее состояние при поступлении крайне тяжелое, тяжесть обусловлена дыхательной недостаточностью и отсутствием сознания. Кожные покровы синюшного цвета. Частота дыхания 32 в минуту, пульс нитевидный. Лицо отечное, в углах рта пенистые выделения. Грудная клетка бочкообразной формы, нижний край приподнят. Перкуторно коробочный звук. В легких дыхание резко ослаблено по всем полям легких. Сердечные тоны глухие, ритмичные. Артериальное давление 50/30 мм. рт. ст.

В общем анализе крови: эозинофилов - 4%, СОЭ - 4 мм/час. Биохимический анализ крови: белок 65 г/л, альбумины - 48,1%, 1 - 13%, 2 - 13%, - 9,3%, - 16,6%; сахар - 3,8ммоль/л, АЛТ - 0,25 ед., билирубин - 12,3 ммоль/л.

Рентгенография легких: эмфизематозное вздутие легких.

Кожные скарификационные пробы (через 2 мес. после госпитализации):

· коровье молоко ++++ (волдырь с псевдоподиями - 7мм, гиперемия - 31 мм),

· говядина +++,

· козье молоко ++++ (волдырь с псевдоподиями - 5мм)

· желток яйца +++,

· домашняя пыль +.

Этот случай интересен и тем, что у данного ребенка, который никогда не получал козьего молока, по результатам кожного тестирования реакция на козье молоко по интенсивности была идентична реакции на коровье молоко, что обусловлено наличием общих антигенных детерминант в обоих видах молока. Данному ребенку было рекомендовано исключить испытания, кроме продуктов к которым выявлена сенсибилизация, все продукты, содержащие грибки (сыры, йогурты и т.д.).

1.3 Симптомы пищевой аллергии у ребенка раннего возраста

Аллергические заболевания являются серьезной проблемой нашей современности. Учеными показано, что в России каждый четвертый ребенок предрасположен к развитию аллергии. У большинства детей аллергические заболевания начинаются с появления симптомов на различные пищевые продукты. Это объясняется анатом физиологическими особенностями пищеварительной системы ребенка, а также особенностями детского иммунитета и ещё несформированным микробным пейзажем кишечника. Факторами риска развития аллергических реакций у детей могут быть наследственная предрасположенность к аллергии экологическое неблагополучие окружающей среды, курение матери во время беременности, негативную роль играют также гестоз у матери, инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности и проводимое в связи с этим лечение антибиотиками.

Пищевая аллергия может сопровождаться различными жалобами. Чаще всего аллергия на пищу проявляется изменениями кожи - сухость, зуд, покраснение, шелушение, трещины, мокнутие и т. д. Нередко пищевая аллергия приводит к нарушению усвоения пищи и появляются срыгивания, рвота, изменения стула, колики, метеоризм и др. Дети начинают плохо прибавлять в весе, у них появляются различные признаки дефицита питания. Иногда аллергия на пищу может провоцировать различные нарушения со стороны дыхательной системы - аллергический ринит и даже бронхиальную астму. Нельзя забывать, что в некоторых случаях аллергия на пищевые продукты может сопровождаться тяжелыми острыми аллергическими реакциями, которые требуют неотложной медицинской помощи!

Рассмотрим, что необходимо делать, чтобы у ребенка не появилась аллергия. В раннем возрасте самой простой и самой лучшей профилактикой всех аллергических болезней является грудное вскармливание. И российские и зарубежные ученые доказали, что исключительно грудное вскармливание в течение 4- месяцев, когда ребенок не получает никакой другой пищи или питья кроме грудного материнского молока, является самой лучшей и действенной профилактикой аллергии. Если грудного материнского молока не достаточно, врач педиатр или аллерголог ребенку из группы риска по аллергии назначают профилактическое гипоаллергенное питание. Сегодня существует целый ряд современных детских смесей, которые являются профилактическими гипоаллергенными. В случае появления признаков пищевой аллергии родителям не нужно экспериментировать и самостоятельно менять пищевой рацион, такой подход может только навредить! В ближайшее время необходимо обратиться к врачу-аллергологу. Только специалист после опроса, осмотра и различных диагностических процедур может подобрать подходящее лечебное гипоаллергенное питание.

Исследования показали, что у детей раннего возраста, страдающих аллергией, наиболее часто выявляется аллергия к белкам коровьего молока (90%). Также у малышей высока чувствительность к белку рыбы (90-100%), куриного яйца (62%), глютену злаков (53%), белкам банана (51%), риса (50%). Реже встречается аллергия к белкам гречи (27%), картофеля (26%), сои (26%), еще реже к белкам кукурузы (12%), различным видам мяса (3%). Необходимо отметить, что у большинства детей (76%) выявляется поливалентная аллергия к трем и более пищевым продуктам.

При обычном питании организм ежедневно получает более 120 полноценных аллергенов. Результаты исследований доказывают, что практически любой пищевой продукт способен вызвать состояние сенсибилизации, особенно если он употребляется часто и в большом количестве [15]. Многочисленные эпидемиологические исследования показали, что частота аллергии к различным пищевым продуктам в разных странах и даже в пределах одного региона различна [11, с.118]. В связи с этим непросто определить, какой пищевой аллерген является частым, а какой редким. По данным С.Л. Бaхнa около 90% пищевой аллергии приходится на молоко и куриное яйцо. М.Д. Рэдклифф приводит следующую структуру сенсибилизации к пищевым продуктам: пшеница - 70%, молоко -60%, яйцо - 35%, дрожжи - 20%. В. Джордж с коллегами, обследовав 3500 пациентов, обнаружили аллергию на молоко в 70,4%, яйцо - в 18,2%, дрожжи - в 14,4% случаев [11]. По данным T. Шеффера, чаще всего у пациентов жалобы возникали при употреблении орех (8,5%), фруктов (6,8%), цитрусовых (5,9%), молока (2,8%) и томатов (1,9%) [16]. Х. Фахландер [18], а позднее M. Зейферт и K. Байер [17] отмечают основными причинно-значимыми аллергенами у детей - молоко, яйцо, сою, пшеницу, рыбу и орехи. Причем K. Байер, считает данные аллергены в 90% случаев ответственными за аллергические реакции. Аналогичные результаты приводит A. Окленд - молоко (36,5%), яйцо (35,1), рыба (21,6%), орехи (6,8%) [13]. Тем не менее, в последнее время все чаще указывается на изменение этиологической структуры пищевых аллергенов. Так, Н. Фресно с коллегами выявили, что в Швеции наиболее часто пищевую аллергию вызывают: лесной орех - 46%, яблоко - 39%, киви - 35%, другие фрукты (персики, апельсин, вишня) и овощи (томаты, морковь) - 25-20%. Реже аллергию вызывают: молоко - 18%, яйцо - 13% и рыба - 12%. Отмечаются различия в структуре пищевых продуктов, чаще всего вызывающих пищевую аллергию у детей в разных странах. Так, в странах Балтии и России в пятерку самых распространенных аллергенов вошли апельсин, шоколад, цитрусовые, яйцо и молоко. Во Франции - яйцо, арахис, молоко, горчица, треска. В Финляндии - цитрусовые, томаты, яйцо, земляника, рыба. В Италии - рыба, молоко, лесной орех, яйцо, фрукты. В Австралии - яйцо, молоко, орехи, кунжут, пшеница. В США - яйцо, молоко, арахис, лесной орех, соя. В Японии - яйцо, молоко, панцирные, пшеница, бобовые. Данные различия между странами авторы объясняют генетической диспозицией, а также привычкой питания. Причем, сравнивая частоту пищевой аллергии с работами прошлых лет, установили, что в современных условиях наиболее частым аллергеном является киви [8]. Проведенное в этом направлении исследование B. Выдрином также доказало, что со временем изменился спектр пищевых продуктов, вызывающих аллергию [18]. Так, показано, что в 1978 году чаще всего вызывали аллергию сельдерей (14%), молоко и яйцо (7%), рыба и морковь (4%); орехи, фрукты, соя, панцирные - в единичных случаях (0,2-0,4%). В 1998 году этиологическая структура пищевых аллергенов совершенно иная: яблоко (26%), сельдерей (22%), орехи (16%), панцирные (12%), морковь (8%), соя (6%), яйцо (4%), молоко (2%).

Напрашивается вопрос: можно ли считать редкими аллергены, которые часто используются в пищевой промышленности? В качестве примера Н. Хаер, приводит случай аллергии к редкому сорту муки - Guar, который является важным компонентом при приготовлении йогуртов, мягкого мороженого, пудингов, хлеба. H. Rehm сообщает об использовании ферментов плесневых грибков (из рода Aspergillus) для приготовления фруктовых соков, сортов пива, картофельного пюре, печенья [11]. Также в литературе последних лет широко обсуждаются вопросы возникновения аллергических реакций на пищевые добавки, к которым относят красители, консерванты, ароматизаторы, антиоксиданты, вкусовые добавки, эмульгаторы, загустители, ферменты [6].

Мнения о количестве аллергенов, вызывающих сенсибилизацию, в литературе также противоречивы. Одни авторы указывают, что дети в 90% случаев реагируют только на 1 или 2 пищевых продукта [14]. Исследования других авторов доказывают присутствие моновалентной сенсибилизации лишь у 20-30% пациентов, а в большинстве случаев - наличие реакций на несколько пищевых продуктов [8, с.188]. Причем, при обследовании детей с тяжелыми формами пищевой аллергии в большинстве случаев регистрируется поливалентная сенсибилизация [6].

Результатами многолетних исследований выявлено, что у детей раннего возраста одним из первых продуктов, вызывающих аллергию, является коровье молоко. У детей младшего возраста, кроме молока, частыми пищевыми аллергенами являются также яйцо, рыба и реже - пшеница и соя [18, 61]. Данные продукты содержат белки, устойчивые к кислотному воздействию, протеолизису и перевариванию. Также они содержат большое количество термостабильных белков, в связи с чем, термическая обработка продуктов не позволяет включить их в диету [1]. Сенсибилизация к данным продуктам осуществляется через желудочно-кишечный тракт, так как в этот период энтероциты еще не зрелые, а продукция IgA еще относительно слабая. Анализ данных многочисленных исследований об этиологической структуре пищевой аллергии у детей старшего возраста показал, что у школьников и подростков чаще всего отмечается аллергия к овощам, фруктам, орехам, шоколаду, цитрусовым. Также многие авторы отмечают, что в настоящее время участились аллергические реакции на злаковые продукты, в первую очередь, на белки пшеницы и ржи, реже - риса, овса, гречки [10]. Исследования по изучению молекулярной характеристики аллергенов в растениях и пищевых продуктах доказывают, что причиной развития пищевой аллергии у детей старшего возраста и взрослых является не алиментарный путь, а перекрестные реакции между данными аллергенами.

Многие исследователи отмечают, что с увеличением возраста дети в большинстве случаев хорошо переносят многие продукты, и связывают это с созреванием иммунной системы гастроинтестинального тракта и формированием оральной толерантности. Наиболее изучено естественное течение пищевой аллергии в отношении коровьего молока, куриного яйца, рыбы, орех. Большинство авторов отмечают благоприятный прогноз при аллергии на молоко и яйцо, хотя данные приводятся различные. Так, Дж. Клейн доказали у 50-80% детей к 7 годам наблюдается развитие толерантности к данным продуктам [11]. По данным Р.М. Хаитова у 80-90% детей отмечается клинико-лабораторная ремиссия аллергического процесса к 3 годам. В. Робен [14] и H. Фахландер [8] в своих исследованиях получили аналогичные результаты. Однако, по данным некоторых авторов, у 15-20% больных аллергия на молоко может сохраняться до 9-14 лет, при этом симптомы атопических проявлений могут варьировать от легких до очень тяжелых [16]. Самсон и В. Дергач считают, что толерантность развивается всего лишь у 11-38% детей и в более поздние сроки [11]. Донёс и Ингайнс в течении 2-5 лет наблюдали за течением пищевой аллергии у 85 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Исследование показало, что с увеличением возраста пищевая аллергия на некоторые продукты ослабевает. Так, полная толерантность формировалась на молоко лишь у 25%, яйцо - у 34%, цитрусовые - у 44%, шоколад - у 22%, рыбу - у 12%, а бобы - у 11,7% детей. Исключение составила аллергия к орехам, злакам, сое, которая с возрастом сохранялась или даже увеличивалась [19]. Проведенные другие исследования в этом направлении также доказывают, что на орехи, пшеницу, рыбу аллергия, как, правило, сохраняется и во взрослом состоянии. Но общепризнанным является то, что на развитие оральной толерантности оказывает влияние время начала пищевой аллергии: при ранней манифестации болезни толерантность формируется чаще.

Наиболее показательны данные, которые приводит Бок в своем исследовании [6]. Если пищевая аллергия формируется в возрасте до 3 лет, то в дальнейшем в 44% случаев дети переносят продукты, первоначально вызывающие аллергию. Если пищевая аллергия формируется в возрасте старше 3 лет, то пищевая толерантность отмечается лишь в 19% случаев.

Таким образом, не существует единого мнения о частоте и этиологической структуры пищевой аллергии. Все это обосновывает необходимость продолжения исследований в данном направлении.

Анализ проведенных нами исследований детей в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающих пищевой аллергией, позволил определить особенности этиологической структуры в зависимости от возраста и клинических проявлений заболевания. По данным аллергологического анамнеза среди пищевых продуктов, вызывающих развитие пищевой аллергии у детей младшего возраста, наибольшее значение имеют: белки коровьего молока, яйца, рыбы, злаков. У детей старшего возраста чаще отмечается непереносимость цитрусовых, клубники, шоколада, экзотических фруктов и специй. Аллергические реакции на продукты животного происхождения определены у 78% обследованных детей. При этом наиболее распространенной оказалась сенсибилизация к белкам куриного яйца и коровьего молока. По данным литературы аллергические реакции на белки куриного яйца занимают первое место среди пищевых аллергенов во многих индустриально развитых странах [6]. Наши исследования подтвердили эти данные, т.к. сенсибилизация к куриным яйцам встречается у каждого второго ребенка с пищевой аллергией. При этом практически с одинаковой частотой определяется аллергия к желтку и белку яйца, хотя считается, что белки желтка имеют меньший аллергенный потенциал, по сравнению с компонентами белка яйца. Среди мясных продуктов наиболее часто определена сенсибилизация к говядине, мясу курицы, мясу утки и реже - к свинине (рис 3).



Рис3. Частота пищевой сенсибилизации к мясу

Достаточно часто встречается у детей сенсибилизация к рыбе. При этом подтвердилось мнение, что чем чаще употребляется продукт, тем чаще формируется на него аллергия. Так, сенсибилизация к речной рыбе, которая представлена в местных водоемах, встречается чаще, чем к морским сортам рыбы (рис.4).



Рис. 4. Частота пищевой сенсибилизации к рыбе

Важно отметить, что выявлена тесная связь спектра непереносимых пищевых продуктов с возрастом ребенка. По результатам кожных проб определены наиболее важные пищевые аллергены для детей разных возрастных групп (рис. 5 а, б). Наибольший процентбольных, сенсибилизированных к основным пищевым продуктам, зарегистрирован в раннем детском возрасте (рис. 5 а). Однако следует отметить, что ведущая роль в развитии пищевой аллергии не только у детей раннего возраста, но и среди детей всех возрастных групп, принадлежит белкам куриного яйца. Сенсибилизация к белкам коровьего молока и говядины чаще всего встречается в возрастной группе от 6 месяцев до 3-х лет. Что же касается аллергии к коровьему молоку, говядине, рыбе, крупам, сое, которые имеют наибольшее значение для детей раннего возраста, у детей старше 1 года мы отмечали снижение процента сенсибилизации к данным продуктам.



Рис. 5 а. Структура этиологических факторов пищевой аллергии в зависимости от возраста (%)



Рис. 5 б. Структура этиологических факторов пищевой аллергии в зависимости от возраста (%)

Иную картину мы обнаружили при изучении непереносимости пшеницы, овощей и фруктов (рис. 5б). Так, уровень аллергии на эти продукты высокий у детей раннего возраста, когда у них еще не сформирована толерантность к пищевым антигенам. У детей до 7 лет уровень сенсибилизации к этим аллергенам понижается, а после 7 лет - вновь возрастает. Именно в данной возрастной группе отмечается высокий процент сопутствующей пыльцевой сенсибилизации, которая и является причиной развития перекрестной аллергии на данные продукты.

Так же было установлено, что этиологическая структура пищевой аллергии в зависимости от нозологии болезни имеет различия. Так, непереносимость коровьего молока, яиц, рыбы, курицы встречается с одинаковой частотой при всех клинических проявлениях пищевой аллергии, сенсибилизация же к пищевым злакам, овощам и фруктам чаще встречается при респираторных формах аллергии.

Аллергия ребенка характеризуется появлением раздражения на кожном покрове при воздействии аллергенов и выступает в качестве индикатора, который зависит от множества факторов:

· негативного воздействия окружающей среды;

· наследственной предрасположенности;

· употребления в пищу продуктов питания, выступающих в качестве аллергенов;

· наличие в месте пребывания больного таких аллергенов как шерсть, пыльца, пыль и др.;

· психологические расстройства [64].

При этом следует отметить, что одним из наиболее распространенных видов аллергических реакций является пищевая аллергия.

Пищевая аллергия ребенка характеризуется высоким аллергическим фоном. Риск возникновения данного заболевания в большей степени зависит от предрасположенности родителей к аллергии. В случае если оба родителя имеют склонность к пищевой аллергии или такое заболевание как аллергический ринит (аллергию на шерсть, пыль, пыльцу растений), следует принимать профилактические меры и избегать воздействия аллергенов во время беременности, в период грудного вскармливания.

Коровье молоко, яичный белок, арахис, соя, тропические фрукты, морепродукты и пшеница являются наиболее распространенными продуктами, которые способны вызвать пищевую аллергию. Кроме того, вызывают аллергические реакции продукты, содержащие пищевые добавки: усилители вкуса, красители, консерванты.

Для того чтобы устранить аллергию у ребенка, уменьшить симптомы, важно не употреблять пищевые продукты, которые выступают в качестве аллергенов. При этом следует отметить, что для наиболее точного определения источника возникновения аллергии, необходимо исключать продукты из рациона по отдельности, а также употреблять в пищу больше продуктов, богатых антиоксидантами (орехи, яблоки, апельсины, помидоры, виноград), которые защищают организм от появления свободных радикалов, что препятствует образованию окислительных реакций, вызывающих воспалительные процессы.

В случае если симптомы носят рецидивный характер, необходимо обратиться для консультации к квалифицированному врачу.

Симптомы пищевой аллергии:

Нарушение менструального цикла у девочек в пубертатном периоде.

Для того, чтобы врач мог правильно оценить состояние ребенка и установить диагноз, родителям нужно описать характер симптомов, а также, с какой частотой и остротой они повторяются. Рекомендуем родителям вести пищевой дневник, который поможет врачу установить, какой продукт является причиной аллергии в конкретном случае.

Пищевые продукты находятся на первом месте среди вероятных причин или пусковых механизмов аллергии.

Любой продукт может быть аллергеном, например, шоколад, мед, орехи, яйца, квашеная капуста и др.

Бывает так, что реакция на данные продукты проявляется не скоро, и потому родители могут недооценить их роль в поддержании аллергии. Очень часто родители считают диету, назначенную их детям, необоснованно строгой, однако не стоит забывать, что многие продукты, не являюсь антигеном для данного пациента, вызывают выход гистамина в кровь.

Для обработки пищевых продуктов используются уже более трех тысяч химических веществ [64].

Например, в сосисках и сардельках содержатся нитраты и нитриты, а в сухих супах есть ароматизаторы, эмульгаторы, красители и консерванты. Чаще всего искусственные пищевые добавки приводят к развитию аллергии у детей в виде кожных высыпаний, повышения физической активности, иногда удушья и избыточных слизистых выделений.

К сожалению, в пищу попадает много пестицидов, гербицидов и удобрений после опрыскивания полей и парников этими веществами.

В животноводстве широко используются антибиотики для профилактики болезней у домашнего скота и гормоны для повышения их продуктивности, поэтому аллергичным становится не сам продукт, а содержащиеся в нем остаточные химические вещества.

Пищевую аллергию может вызвать и водопроводная вода, точнее, вещества, используемые для ее очистки - соли алюминия, хлориды, фтористые соединения и пр.

Аллергологи используют термин «перекрестная аллергия». Доказанным считают перекрестное реагирование на пыльцу березы и яблоки, на пыльцу подсолнечника и халву, подсолнечное масло, на продукты, содержащие грибок (сыр, сметана, кефир, выпечка) и антибиотики пенициллинового ряда.

Бронхиальную астму могут вызвать запахи жареной рыбы, жареной курицы.

В основе аллергического ринита может лежать непереносимость цитрусовых и шоколада.

Одним из наиболее известных пищевых аллергеном является коровье молоко. В молоке содержится молочный сахар - лактоза, который иногда плохо усваивается. При лактазной недостаточности молоко может вызвать расстройство пищеварения, вздутие живота, повышенное газообразование, понос, атопический дерматит.

Также встречается аллергия к белкам коровьего молока с аналогичными симптомами.

Молочные продукты вызывают те же симптомы, что и цельное молоко.

Клинически доказано, что козье молоко лучше усваивается, чем коровье, и реже вызывает аллергические реакции.

Также пищевую аллергию может вызывать пшеница, в которой содержится растительный белок - глютен, образующий клейковину. Он плохо усваивается и способствует росту вредных бактерий в кишечнике, под влиянием которых образуются токсины. Рожь, овес, ячмень также содержат много глютена.

При непереносимости дрожжей также возникают симптомы расстройства пищеварения, вздутие живота, повышенная потребность в сахаре, утомляемость и раздражительность, развитие кандидозного стоматита.

К продуктам, вызывающим пищевую аллергию, относятся яйца. При аллергии на яйца развивается аллергия на куриное мясо.

Пищевую аллергию может вызвать соя. Соя входит в состав масел, муки, бобов, растительного белка улучшенной структуры (заменитель мяса), соевого молока, соевого соуса, соевого майонеза. Часто сою добавляют в продукты детского питания (мясные и овощные пюре). На этикетках пищевых продуктов сою часто называют растительным белком или лецитином [63].

Вывод по первой главе

Актуальность аллергических заболеваний в наше время настолько высока, что эксперты ВОЗ назвали их настоящим социальным бедствием. При этом специалистами доказано, что 50%-75% случаев болезни относятся к атопическому дерматиту. Учитывая раннее проявление и упорное течение, его можно считать одним из самых распространенных заболеваний.

Его лечение требует целого комплекса различных мер. Однако важнейшим звеном в цепи мероприятий, направленных на избавление от недуга, является диетотерапия. Исходя из того, что очень часто «атаки» заболевания направлены на детей первых месяцев и лет жизни, особенно актуальным является вопрос выбора детского питания для самых маленьких.

Выбор питания для малышей первого года жизни, столкнувшихся с этой проблемой, зависит от таких показателей, как вид вскармливания, острота и тяжесть патологического процесса, выявленные аллергены и наличие сопутствующих заболеваний.

Для детей старше года в большинстве случаев пищевые аллергены не имеют столь высокого значения, как для грудничков. Однако необходимо соблюдать определенные ограничения на протяжении рекомендуемого врачом периода для определения причинно-значимых аллергенов.

Во второй главе мы рассмотрим роль медицинской сестры в профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста.

пищевой аллергия дети диетотерапия

ГЛАВА II. ЭМРИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

2.1 Особенности диетотерапии у детей раннего возраста

У детей раннего возраста особая тактика проведения элиминационных диет. Известно, что среди детей первого года жизни, находящихся как на грудном, так и на искусственном вскармливании, наиболее частыми аллергенами являются белки коровьего молока. При недостатке грудного молока, или в случае его отсутствия ребенок переводится на специализированные лечебные смеси - гидролизаты сывороточных белков коровьего молока. Существует четкая корреляция между степенью гидролиза белка и его аллергенностью: чем больше молекулярная масса (чем крупнее пептид), тем выше риск развития аллергии. Считается, что молекулярная масса пептидов более 6 кДа увеличивает аллергенность смеси. Поэтому детям с высокой степенью аллергии к белкам коровьего молока рекомендовано назначение смесей с молекулярной массой пептидов не более 3,5 кДа. Белки сывороточной фракции молока имеют более высокое содержание аминокислот, чем казеиновая фракция. Поэтому они считаются более физиологичными для ребенка. Вместе с тем, казеиновые гидролизаты содержат больше количество пептидов с низкой молекулярной массой, что делает их менее аллергенными.

Важно отметить, что молочные смеси содержат также факторы, оказывающие защитный эффект.

Наиболее важными являются длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты, особенно арахидоновая кислота, которая является предшественником эйкозаноидов (простагландинов, лейкотриенов, тромбоксанов), участвующих в иммунорегуляции и воспалительных процессах. Другими важными биологически активными ингредиентами являются нуклеотиды, которые участвуют в формировании иммунного ответа: увеличивают активность клеток-киллеров, повышают активность макрофагов и синтез интерлейкина-2.

Кроме того, в ряд смесей введены олигосахариды, обладающие периодическими свойствами, способствующими формированию кишечной флоры [8].

Таблица 2. Базовое питание детей раннего возраста с аллергией к коровьему молоку

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Степень аллергии | Характеристика смесей | Наименование смесей | Фирма, страна-производитель |
| Высокая | На основе высокогидролизованного казеина | Нутрамиген Прегестимил Фрисопеп АС | Мид Джонсон, США Мид Джонсон, США Фризленд, Голландия |
|  | На основе высокогидролизованных сывороточных белков | Нутрилон Пепти ТСЦ Нутрилак пептиди СЦТ Туттели-пептиди Алфаре | Нутриция, Голландия Нутритек, Россия Валио Нестле, Швейцария |
| Средняя | На основе высокогидролизованных или умеренно гидролизованных сывороточных белков | Дополнительно: Фрисопеп | Фризленд, Голландия |
| Слабая | На основе частично гидролизованных белков коровьего молока | Нутрилак ГА Нутрилон ГА 1,2 ХиПП ГА 1 и ГА 2 Хумана 0-ГА, ГА 1,2 Фрисолак ГА 1,2 НАН ГА 1,2 Тема ГА 1,2 Энфамил ГА | Нутритек, Россия Нутриция, Голландия ХиПП, Австрия Хумана, Германия Фризленд, Голландия Нестле, Швейцария Юнимилк, Россия Мид Джонсон, США |

Основным принципом при составлении диеты детям раннего возраста, страдающим пищевой аллергией, является полная элиминация из питания белков коровьего молока, а также перекрестно-реагирующих продуктов. В связи с этим, ребенку назначаются лечебные смеси в соответствии со степенью сенсибилизации к белкам коровьего молока (табл.10). Детям с высокой и/или средней степенью пищевой аллергии рекомендуются смеси на основе высокогидролизованных белков коровьего молока.

С другой стороны, необходимо учитывать, что присутствие в молочной смеси большого процента свободных аминокислот (с молекулярной массой менее 1 кДа) ухудшает всасывание пептидов в кишечнике и придает смеси горький вкус. Часто ребенок отказывается принимать такие смеси. В таких случаях ребенок переводится на соевые смеси, для оценки эффективности которых, необходим определенный промежуток времени (в среднем 3-4 недели).

В последнее время все чаще встречаются исследования, показывающие увеличение риска развития аллергии у детей, находящихся на грудном вскармливании. Клинические наблюдения за детьми, находящимися на естественном вскармливании и имеющих проявления пищевой аллергии показали, что лечение необходимо начинать, прежде всего, с диетической коррекции питания кормящих матерей. Хотя в отношении употребления матерью коровьего молока и молочных продуктов (основных аллергенов у детей раннего возраста) в настоящее время нет единого мнения. Одни авторы считают эффективным исключение молока из рациона питания или замену на молоко других животных. Другие рекомендуют лишь уменьшить количество продукта, с целью сохранения полноценного питания [119]. Все эти рекомендации основываются большей частью на теоретических данных, так как в настоящее время отсутствуют рандомизированные исследования в этом направлении. Так, у детей с низкой степенью сенсибилизации к белкам коровьего молока и умеренно выраженными проявлениями пищевой аллергии положительный эффект элиминации был получен только при назначении матери безмолочной диеты (с обязательным исключением говядины) и ограничением продуктов, обладающих высокой сенсибилизирующей степенью. Повторный прием кормящей матерью говядины спустя 7-10 дней от начала диеты не вызывал обострения аллергического заболевания у ребенка, что свидетельствует о том, что при низкой степени сенсибилизации перекрестные реакции между коровьим молоком и говядиной существенно не влияют на эффективность элиминационной диетотерапии. При наличии у детей высокого и среднего уровня сенсибилизации и, соответственно тяжелых форм пищевой аллергии, должны учитываться возможные перекрестные аллергические реакции. У данных детей элиминация из диеты матерей только молочных продуктов не приносила значительного улучшения состояния ребенка. Лишь после исключения из питания всех производных молока, а также перекрестно-реагирующих аллергенов (говядины) отмечался положительный эффект элиминации на 3-4 день от начала диеты.

Для детей с пищевой аллергией рекомендован индивидуальный подбор блюд прикорма и сроков их введения. Необходимо избегать раннего введения прикормов (ранее 5-6 месяцев) и употребления высокоаллергенных пищевых продуктов (яйца, орехи, рыба, цитрусовые).

Детям группы высокого риска молоко исключается до года, яйца - до двух лет, рыба, орехи - до трех лет.

2.2 Роль медицинской сестры в профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста

Профилактика аллергии у детей - это очень действенный метод. Только, в идеале, начинать ее надо задолго до рождения ребенка. Чтобы предотвратит появление аллергии у малыша следует обратить внимание на здоровье и питание мамы во время беременности и в период грудного вскармливания, а также на бытовые условия и окружение малыша.

Следует обратить внимание, что профилактику следует проводить, до возникновения болезни. Если у ребенка уже имеются какие-либо признаки аллергического заболевания, то обязательно следует обратиться к врачу-аллергологу. Врач поможет уточнить диагноз, назначить все необходимые анализы на аллергию у детей, назначит лечение и наметить дальнейшую тактику ведения данного конкретного больного.

Учеными доказано, что на вероятность развития любого аллергического заболевания большое влияние оказывает наследственность и факторы окружающей среды. Если родители здоровы, то риск для малыша составляет - 10-20 %, если аллергия есть у одного из родителей, то риск увеличивается до 45-55 %, если аллергией страдают оба родителя, то вероятность уже 60-80%. Хочется отметить, что по наследству передается только предрасположенность, а не само заболевание. Вот поэтому очень важна профилактика.

В рамках нашего исследования приняли участие 20 родителей, чьи дети страдают аллергией. По результатам опроса для родителей бал разработан цикл бесед «Профилактика аллергии». Занятия проводились медицинским работником в кабинете здоровья СОКБ, с родителями. В приложении 1 приведен пример бесед с родителями.

Таблица 3. Соотношение показателей анкетирования родителей «Как распознать аллергию?», %

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | До занятий | После занятий |
| вопросы | да | % | нет | % | да | % | нет | % |
| Знаете ли Вы как определить аллергию у Вашего ребенка? | 1 | 5 | 19 | 95 | 20 | 100 | - | - |
| Знакомы ли Вы с видами аллергии? | 1 | 5 | 19 | 95 | 20 | 100 | - | - |
| Знаете ли Вы меры профилактики аллергии? | 2 | 10 | 18 | 90 | 20 | 100 | - | - |

В результате занятий было выявлено, что родители стали больше интересовать разными видами аллергии и знают больше мер профилактики аллергии.

На основании полученных результатов, мы можем констатировать, эффективность проведенной работы с родителями, чьи дети страдают аллергией.

Особенно важна профилактика в тех случаях, если будущая мама или папа имеют какое-либо аллергическое заболевание.

Если будущая мама имеет какое-либо аллергическое заболевание, то до беременности следует посетить аллерголога, а также наблюдаться у него во время беременности.

Очень важно соблюдение гипоаллергенной диеты, особенно во второй половине беременности. Стоит ограничить продукты-аллергены, такие как цитрусовые, клубнику, мед, шоколад, кофе, орехи, помидоры, ананасы, копчености, икру, консервы, рыбу, курицу.

Также будущей маме следует следит за своим здоровьем, не простужаться и избегать бесконтрольного приема различных лекарственных средств.

После рождения малыша главным методом профилактики аллергии является грудное вскармливание. Тут маме следует обратить внимание на свое питание и опять такие придерживаться гипоаллергенной диеты. Особенно это касается мамочек, у который имеется какое-либо либо аллергическое заболевание. В этом случае следует исключить цельное молоко, мед, орехи, шоколад, кофе, какао, яйца, копчености, консервы, продукты содержащие консерванты, красители, ароматизаторы и усилители вкуса, ограничить кисломолочные продукты, сладости.

Не мало важно исключить контакт ребенка с другими, не пищевыми аллергенами, то есть создать по возможности гипоаллергенную среду. Из детской лучше убрать книжные полки, ковры и мягкие игрушки, так как они собирают много домашней пыли. Следить за чистотой ванной, туалета и кухни, так как там активно размножаются плесневые грибки. Оградить ребенка от табачного дыма, бытовой химии, аэрозольной косметики. Регулярно выбивать и выносить на солнце или мороз подушки, матрасы, одеяла, чтобы там не размножались клещи. Постель ребенка склонного к аллергии не должна содержать пера, пуха, кокосовой стружки, мирской водорослей, гречишной шелухи, шерстяных вещей.

Необходимо проводить влажную уборку ежедневно, желательно в отсутствие ребенка дома или хотя бы в комнате.

Если у малыша имеется предрасположенность к аллергии, то лучше не заводить никаких домашних животных.

Не последняя роль в профилактики аллергии у детей отводиться разумной вакцинации, которая должна проводиться только на фоне полного здоровья.

Вывод по второй главе

В данной работе мы попытались определить причины, приводящие к развитию пищевой аллергии у детей пищевой аллергии у детей, изучить многообразие ее клинических проявлений, диагностическую значимость различных методов специфической аллергологической диагностики. Многолетний опыт работы позволил нам разработать основные принципы этиотропной терапии при любых проявлениях болезни.

Анализ белков с использованием молекулярной биологии позволил обнаружить общие аллергенные детерминанты белковых молекул, как у растений, так и у животных. Такие белковые молекулы могут вызвать перекрестные реакции и быть причиной клинических проявлений, которые с трудом поддаются диагностики и терапии. У больных с тяжелым течением пищевой аллергии именно перекрестно реагирующие вещества мешают достичь полной клинической и иммунологической ремиссии. В работе обоснованы аспекты нового подхода к диетической коррекции пищевого рациона ребенка, страдающего пищевой аллергией.

Большое значение имеет современное представление обо всех видах иммунологического реагирования на аллергены. Разнообразие иммунопатологических механизмов пищевой аллергии, локализация и число «шоковых органов», вовлеченных в патологический процесс, обуславливают многообразие клинических проявлений заболевания.

Сложность установления иммунопатологических основ запуска аллергических реакций при пищевой аллергии состоит в том, что нередко отмечаются сочетанные механизмы повреждения тканей.

Поэтому, изучение патогенетических механизмов чрезвычайно важно не только для установления и характеристики антигенных субстанций, которые определяют сенсибилизацию организма, но и для эффективного воздействия на течение аллергического заболевания.

В настоящее время вопрос о клинических проявлениях пищевой аллергии до сих пор остается мало изученным. Особенно это касается проявлений болезни, связанных с не-IgE-опосредованными реакциями.

Практический опыт аллергологов показывает, что симптомы, обусловленные другими типами аллергического ответа, кроме реагинового, в клинической практике, как правило, не относят к проявлениям пищевой аллергии. В связи с этим, в практической медицине процент ошибок при диагностике пищевой аллергии остается высоким. Многолетние наши наблюдения показали, что клинические проявления пищевой аллергии могут протекать под «маской» любого заболевания. В работе всесторонне изложены клинические проявления пищевой аллергии, дана подробная характеристика нетипичных проявлений патологии. Определены частота и особенности течения пищевой аллергии в зависимости от клинических вариантов. Показана эффективность применения диеты и бесед при проявлениях болезни.

Таким образом, проблема профилактики аллергической патологии у детей раннего возраста имеет высокую актуальность. Первичная и вторичная профилактика аллергических заболеваний - важное направление снижения аллергической заболеваемости у детей и подростков, прежде всего, находящихся в группе высокого риска формирования аллергии. Своевременные и адекватные методы профилактика и лечение детей с аллергическими заболеваниями или риском их развития существенно уменьшают вероятность «аллергического марша».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования рассмотрена проблема «Роль медицинской сестры в профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста».

Пищевая аллергия - довольно часто встречающееся у детей заболевание. Оно может выражаться в появлении кожных высыпаний (шелушащиеся пятна, мокнущие или сухие, а также себорейная корка на голове), срыгиваний, метеоризма, колик, разжиженного стула или запоров, а также нарушениях дыхания (астматический бронхит, бронхиальная астма) или сразу нескольких проявлениях. В группу риска по развитию аллергии входят дети, у которых кто-либо из родителей или брат/сестра страдают аллергией. Если аллергия отмечалась у одного из родителей, то риск ее развития у ребенка достигает 20-40 %, если у обоих, то вероятность у ребенка возрастает до 60-80 %. Лучшая профилактика пищевой аллергии - длительное грудное вскармливание. При этом кормящей маме нужно соблюдать строгую гипоаллергенную диету. Прикорм детям группы риска вводится в более поздние сроки, чем их здоровым сверстникам - с 5-6 месяцев жизни. Медицинская сестра может объяснить маме особенности диеты во время лечения аллергии, а также рассказать о методах профилактики этих заболеваний. Таим образом, основная задача медицинской сестры в проведении мероприятий, направленных на профилактику развития пищевой аллергии. С этой целью необходимо проводить профилактическую работу среди беременных женщин, страдающих аллергическими заболеваниями, с целью пропаганды рационального питания как самой женщины, так и ее будущего ребенка. На основании вышеизложенного мы можем констатировать, что цель и задачи выпускной квалификационной работы достигнуты. Полученные к ходе исследования результаты можно использовать в работе медицинских работников по профилактике пищевой аллергии детей раннего возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Murch S.H., Намазова Л.С., Боровик Т.Э. Эффективность смесей, основанных на аминокислотах, в обеспечении симптомов аллергии к коровьему молоку: систематический обзор/ S.H. Murch, Л.С. Намазова, Т.Э. Боровик. - Педиатрическая фармакология, 2008. - Т. 5. - № 3. - С. 32-38.

. Алферов В.П., Романюк Ф.В., Пройда Л.Н. Пищевая непереносимость у детей: пособие для врачей / В.П. Алферов, Ф.В. Романюк, Л.Н. Пройда. - СПб, 2007. - 68 с.

. Аль Х.М.Д. Пищевая аллергия у детей с язвенной болезнью 12-перстной кишки: дис. …канд. мед. наук / Х.М.Д. Аль. - Алма-Ата, 2011 - С. 132.

. Атопический дерматит у детей, диагностика, лечение и профилактика: научно-практическая программа Союза педиатров России. - М., 2010. - 76 с.

. Балаболкин И.И. Всасывание белковых антигенов в желудочно-кишечном тракте при пищевой аллергии у детей / И.И. Балаболкин, В.К. Мазо, И.П. Никитина // Педиатрия. - 2008. - № 5. - С. 52-55.

. Балаболкин И.И. Пищевая аллергия у детей и подростков / И.И. Балаболкин, Соснина О.Б. // Рос. аллергологический журнал. - 2011. - № 3. - С. 44-52.

. Балаболкин И.И. Пищевая аллергия у детей/И.И. Балаболкин // Аллергология и иммунология в педиатрии, 2008. - № 4 (15). - С. 7-15.

. Баранов А.А. Хронические неспецифические заболевания кишечника у детей / А.А. Баранов, А.В. Аболенская. - М., 2010.

. Борисова, И.В. Перекрестные аллергические реакции на пищевые продукты у детей: дис.…канд.мед.наук / И.В. Борисова. - М., 2010. - С. 11-13.

. Борисова, И.В. Пищевая аллергия у часто болеющих детей / И.В. Борисова, С.В. Смирнова // Вопр. дет. диетологии. - 2007. - Т.5. - № 2. - С. 11-17.

. Боровик Т.Э. Использование белковых гидролизатов в практике педиатора / Т.Э. Боровик, В.А. Ревякина // Аллергология. ― 2014. - № 2. - С. 57-59.

. Боровик Т.Э., Макарова С.М., Казакова С.Н. и др. Смеси на основе гидролизатов белка в профилактике и диетотерапии пищевой аллергии у детей // Лечащий врач. - 2008. - № 7. - С. 22-26.

. Боровик Т.Э., Ревякина В.А., Семенова Н.Н., Яцык Г.В., Скворцова В.А., Макарова С.Г. Опыт диетологической коррекции аллергии к белка коровьего молока у детей первого года жизни /Т.Э. Боровик, В.А. Ревякина, Н.Н. Семенова, Г.В. Яцык, В.А. Скворцова, С.Г. Макарова// Вопросы детской диетологии, 2011. - Т. 3. - № 1. - С. 41-47.

. Воробьев А.А. Микробиология / А.А. Воробьев. - М.: ГЭОТАР, 2004. - С. 680.

. Воронцов И.М. Диагностика и диетотерапия пищевой аллергии у детей И.М. Воронцов, О.А. Маталыгина. - СПб.: Знание, 2009. -С. 275.

. Геворкян А.К. Применение аминокислотной смеси у больной с непереносимостью коровьего молока. - Педиатрическая фармакология /А.К. Геворякин, 2008. - Т. 5. - № 4. - С. 37-39.

. Гематологические болезни у детей / под ред. М.П. Павловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Минск: Высшая школа, 2009. - 440 с.

. Гервазиева В.Б. Пищевая аллергия и повышенная чувствительность к соевым белкам / В.Б. Гервазиева, В.В. Сверановская // Мед. иммунология. -2011. - Т.7, № 1. - С. 15-20.

. Довнар Т. Пищевая аллергия и безопасность продуктов питания / Т. Довнар // - СПб.:Журнал Нева, 2012. - 75 с.

. Дорофеева Г.Д. Клинико-иммунологическая характеристика изменений слизистой полости рта и других отделов желудочно-кишечного тракта при пищевой аллергии у детей / Г.Д. Дорофеева, Л.С. Бондарь, Т.И. Исакова // Педиатрия. - 2011. - № 1. - С. 32-34.

. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. ― М.:Мед. информ. Агентство, 2013. - 156 с.

. Калугина О.М. Аллергические заболевания глаз у детей / О.М. Калугина, И.И. Балаболкин, Е.И. Ковалевский // Педиатрия. - 2013. - № 3. - С. 49-53.

. Капранова Е.И. Рекомендации по грудному вскармливанию у детей с пищевой аллергией / Е.И. Капранова. - М.: Московская мед. академия им. И.М. Сеченова, 2012. - 110 c.

. Кеммерер Г. Аллергические диатезы и аллергические заболевания / Г. Кеммерер.// Пер.с нем. - М.: Биомедгиз, 2010. - 418 с.

. Клиническая аллергология и иммунология: руководство для практикующих врачей / под ред. Л.А. Горячкиной, К.П. Кашкина. - М.: Миклош, 2009. - 432 с.

. Клиническая иммунология и аллергология / под ред. Йегера. - Л. -М.: Медицина, 2010. - 558 с.

. Клиническая иммунология и аллергология; пер. с англ. / под ред. Г. Лолора- младшего, Т. Фишера, Д. Адельмана. - М.: Практика, 2010. - 806 с.

. Клинические рекомендации. Аллергология / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 240 с.

. Ладодо К.С., Мазо В.К., Боровик Т.Э. и др. Применение теста дегрануляции базофилов для диагностики пищевой аллергии у детей раннего Педиатрия. - 2013. - №4. - С. 51-54.

. Лечебное питание детей с атопическим дерматитом /под ред. В.А. Ревякиной, Т.Э. Боровик: пособие для врачей. - М., 2012. - 36 с.

. Лолар Г. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Лолар, Т. Фишер, Д. Адельман. - М.: Практика, 2010.

. Лолор Г. Клиническая иммунология и аллергология/Г. Лолор. - М.: Практика, 2010.

. Лысиков И.В. Распространенность аллергических заболеваний у детей по результатам мультицентровых исследований в рамках международной программы «ISAAC» / И.В. Лысиков. - М: Медицина, 2011. - 98 с.

. Лютина Е.И. К вопросу об эпидемиологии аллергических заболеваний / Е.И. Лютина, Ф.К. Манеров // Аллергология. - 2010. - №4. - С. 55-57.

. Макарова И.В. Диетотерапия и комплексный подход к наружному лечению при атопическом дерматите у детей: пособие для практических врачей /И.В. Макарова. - СПб, 2010. - 76 с.

. Макарова И.В. Новое в лечении и профилактике пищевой аллергии у детей И.В. Макарова. - Педиатрия, 2008. - № 2. - С. 2-7.

. Мухин К.Ю. Идиопатические формы эпилепсии: систематика, диагностика, терапия / К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин. - М.: Арт-Бизнес-Центр, 2010. - 319 с.

. Мухин Ю.Г., Бельмер С.В., Гасилина Т.В. и др. Проект стандартов диагностики и лечения целиакии у детей // Рос. мед. журнал. - 2012. - №11. - С. 13-18.

. Мухина Ю.Г. Дифференциальная диагностика синдрома мальабеорбции у детей / Ю.Г. Мухина, С.В. Бельмер // Педиатрия. - 2012. - № 2. - С. 87-95. 29.

. Несвижский Ю.В., Быков А.С., Бойченко М.Н., Дратвин С.А. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: учебник для студентов медицинских вузов; /под ред. А.А. Воробьева. - М.: Мед. информ.агентство, 2014.

. Ногаллер А.М. Дискуссионные и нерешенные проблемы пищевой аллергии: сб.науч.тр. - Рязань, 2010. - С.9-17.

. Пампура А.Н. Пищевая аллергия у детей: пособие для врачей / А.Н. Пампура. - М., 2007. - 60 с.

. Паттерсон Р. и др. Аллергические болезни. Диагностика и лечение. - М.:ГЭОТАР, 2000.

. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллерические болезни: диагностика и лечение / Перевод с англ., под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина (гл. ред.), чл.-корр. РАМН И.С. Гущина (отв. ред.). - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 768 с.

. Пыцкий В.И. Аллергические заболевания / В.И. Пыцкий, Н.В. Адианова, А.В. Артамасова. - М.: Медицина, 2011. - 366 с.

. Рапопорт Ж.Ж. Аллергия к пищевым продуктам / Ж.Ж. Рапопорт, А.М. Ногаллер. - Красноярск, 2010.

. Ревякина В.А. Принципы терапии детей с пищевой аллергией и гипотрофией / В.А. Ревякина, Т.Э. Боровик // Вопр. охраны материнства и детства. - 2013. - №6. - С. 55-56.

. Ревякина В.А. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей и организация педиатрических аллергологической службы в России / В.А. Ревякина // Педиатрия. - 2013. - № 4. - С. 47-52.

. Ройт А. Иммунология / А. Ройт. - М.: Мир, 2010. - 980 С.

. Самсыгина Г.А. К вопросу развития атопического дерматита у детей раннего возраста / Г.А. Самсыгина, Н.П. Брашнина, Т.А. Бимбасова // Аллергические болезни у детей: матер. Всерос. науч.-практич. конф. - М., 2011. - С. 143.

. Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей / Г.И. Смирнова. - М., 2008. 300 С.

. Смирнова С.В. Аллергия и псевдоаллергия (к вопросам распространенности, этиологии, патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии) /С.В. Смирнова. - Красноярск: Гротеск, 2010. - 220 с.

. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России // Аллергология и иммунология в педиатрии. - 2014. - № 2-3. - С. 42.

. Субботина О.А. Аллергические реакции к белкам злаков у детей: дис. канд. мед. наук / О.А. Субботина. - М., 2012.

. Субботина О.А. Механизм развития и патогенетическая терапия гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей: дис. …докт. мед. наук / О.А. Субботина. - М., 2010.

. Фурцев В.И. Убежденность в безальтернативности и реализации грудного вскармливания / В.И. Фурцев // Педиатрия. - 2014. - № 5 - С. 51-53.

. Халестова Р.М. Руководство по аллергологии и клинической иммунологии / Р.М. Халестова. - М.: Медицина, 2010.

. Цветкова Л.И. Значение определения IgE у детей с хронической патологией органов пищеварения / Л.И. Цветкова, В.А. Филин, Ю.С. Лебедин // Проблемы иммунологии и аллергии в детской гастроэнтерологии. Н. Новгород, 2011. - С. 128-132.

. Чебуркин А.А., Чистяков Г.М., Савченко Н.К., Деева Т.Ф. Клинико-патогенетические варианты атопического дерматита у детей раннего возраста А.А. Чебуркин, Г.М. Чистяков, Н.К. Савченко, Т.Ф. Дееева// Аллергические болезни у детей: матер. Всерос. науч.-практич. конф. - М., 2012. - С. 148.

Приложение

Беседа «Профилактика аллергии у детей»

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ (законных представителей)

«Профилактика аллергии у детей»

Аллергия - это слово знакомо всем и каждому. Сейчас уже практически невозможно встретить человека, в семье которого, или в окружении не было бы людей страдающих от аллергии.

По исследованиям последних десяти лет, в развитых странах отмечается выраженный рост заболеваемости аллергией. В настоящее время аллергические заболевания занимают второе место после острых инфекционных заболеваний (ОРЗ). Особенно остро эта проблема касается детей, за последние 5 лет количество детей, страдающих аллергическими заболеваниями, увеличилось почти в 3 раза. На первом году жизни каждый третий ребенок страдает аллергическим заболеванием.

Атопический дерматит, одно из наиболее распространенных кожных заболеваний у младенцев и детей, начинается обычно в течение первых 6 месяцев жизни и нередко продолжается и во взрослом возрасте. Его еще называют: экзема, диатез, нейродермит. Для атопического дерматита характерны наследственная предрасположенность к аллергии, изменения высыпаний с возрастом, склонность к хроническому рецидивирующему течению. Атопический дерматит может быть связан с работой желудочно-кишечного тракта, в частности с незрелостью ферментативной системы. В таком случае он проходит в среднем до трех лет. Но примерно у половины детей с атопическим дерматитом с возрастом могут развиваться другие аллергические заболевания.

Аллергический ринит - заболевание слизистой оболочки носа, основой которого является аллергическое воспаление. Состояние ребенка похоже на простуду, но без температуры: прозрачный насморк или заложенный нос, зуд в полости носа, повторяющееся чихание. На фоне аллергического ринита тяжелее протекают и инфекционные заболевания, из-за того, что слизистая носа воспалена и не может выполнять защитные функции. Для таких детей характерны частые ОРЗ, длительные, тяжело поддающиеся лечению насморки. Аллергический ринит является фактором риска для развития бронхиальной астмы.

Бронхиальная астма тяжелое хроническое заболевание, характеризуется периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья. Иногда такой диагноз ставят даже в тех случаях, когда у ребенка отмечается длительный сухой приступообразный кашель, который усиливается по ночам или при пробуждении. Бронхиальная астма относится к болезням с наследственной предрасположенностью и, как правило, развивается у детей, в семейном анамнезе которых отмечаются больные с аллергическими заболеваниями.

С возрастом у детей, как правило, появляются новые аллергические заболевания, а предыдущие могут или проходить, или сохранятся. Такое явление называется атопическим маршем. Атопический марш означает то, что «диатез» у детей может служить начальной стадией для развития других, более тяжелых форм аллергии - прежде всего, бронхиальной астмы.

На вероятность развития любого аллергического заболевания влияние оказывают наследственность и факторы окружающей среды. Так, если родители здоровы, то риск составляет от 10 до 20%, если у одного родителя есть аллергическое заболевание, то риск возрастает до 45-55%, а если аллергия есть у обоих родителей, то в 60-80% случаев ребенок будет иметь аллергическое заболевание. По-наследству передается склонность к аллергическим заболеваниям, а не само заболевание. Так, если кто-то из родителей болеет атопическим дерматитом, или у него была аллергическая сыпь на цитрусовые, то у ребенка возможны и другие аллергические заболевания. И наоборот, если у кого-то из родителей бронхиальная астма, то ребенок не обязательно будет болеть именно астмой, хотя шансы иметь бронхиальную астму высоки.

Всем известно, что болезнь лучше предупредить, чем лечить. Вот именно этим и занимается профилактика. Основная задача профилактики - снизить риск возникновения аллергии или, по-возможности, уменьшить и отсрочить ее клинические проявления. Профилактику аллергических заболеваний у детей нужно начинать не то что до рождения, а в идеале, даже до зачатия. Особое внимание нужно уделить трем основным моментам: состоянию здоровья мамы, ее питанию и бытовым условиям.

Если будущая мама имеет какое-то аллергическое заболевание, особенно если это бронхиальная астма, то она еще до беременности должна быть осмотрена аллергологом. Врач определит, в каком состоянии находится заболевание - в ремиссии или обострении. При обострении, необходимо будет пройти курс лечения. Лучше, если беременность наступит в состоянии ремиссии аллергического заболевания.

Во время беременность будущая мама так же должна наблюдаться аллергологом, чтобы вовремя отслеживать изменения, проводить необходимые обследования, при необходимости, скорректировать лечение. Многие мамы бояться принимать лекарства во время беременности, переживая, что это может навредить малышу. Но обострение заболевания более опасно для здоровья малыша, чем адекватное лечение, которое может получать мама.

Важно соблюдение гипоаллергенной диеты, особенно во второй половине беременности. Не имеет значения, какой формы аллергия у беременной женщины. Даже если не было именно пищевой аллергии, стоит ограничить продукты с высокой аллергенной активностью: цитрусовые, мед, клубнику, орехи, шоколад, помидоры, ананасы, копчености, икру, консервы, рыбу, морепродукты, курицу.

После рождения ребенка одним из важнейших профилактических мероприятий является грудное вскармливание. Если мама кормит ребенка грудью хотя бы до 6 месяцев, то это снижает риск развития бронхиальной астмы у ребенка в 2 раза.

При высоком риске аллергических заболеваний, если мама сама страдает каким-то аллергическим заболеванием, то ей необходимо соблюдать более строгую гипоаллергенную диету для кормящих мам, которая предполагает:

· исключение цельного молока и творога;

· ограничение кисло-молочных продуктов;

· исключение облигатных пищевых аллергенов (мед, орехи, шоколад, кофе, какао, яйца, морепродукты, цитрусовые, красноокрашенные овощи и фрукты, острые, пряные блюда, копчености, готовые продукты с консервантами, красителями, ароматизаторами и усилителями вкуса);

· ограничение сладкого.

Если же грудного молока не хватает или его нет вообще и необходимо назначение смеси, то она должна быть подобрана врачом, с учетом состояния здоровья ребенка.

Кроме того необходимо исключить контакт ребенка и с другими аллергенами, т.е. наладить гипоаллергенный быт. Основные бытовые аллергены, с которыми нужно бороться:

· домашняя пыль, особенно книжная, лучше убрать открытые книжные полки

· споры плесневых грибов - чаще всего грибковые колонии находятся в ванной, туалете, кухне, в цветочных горшках.

· клещи домашней пыли, которые размножаются в постельных принадлежностях, матрасах.

· продукты жизнедеятельности тараканов

· бытовая химия, аэрозольная косметика

· табачный дым

Постель ребенка не должна содержать кокосовой стружки (часто бывает в матрасах), пера, пуха, шерстяных вещей (одеяло), морских водорослей, гречишной шелухи (частый компонент подушек).

Влажную уборку необходимо проводить ежедневно, в отсутствие ребенка дома (в комнате). К сожалению, большинство домашних животных плохие соседи аллергику. Частички шерсти, пуха, эпидермиса, корма для рыбок или птичек - все это сильные бытовые аллергены.

Более подробные рекомендации о методах борьбы, вы можете прочитать в статье «Аллергены вокруг нас».

Важная роль в профилактике аллергии отводится разумной вакцинации, которая должна выполняться на фоне полного здоровья, с терапией сопровождения, которую назначит врач.

На первый взгляд, выполнение этих рекомендаций кажется не самой простой задачей, но на карту поставлено детское здоровье. Именно правильные действия родителей могут снизить риск возникновения аллергических заболеваний у детей.

Если заболевание все же развилось (как правило, сначала это кожные проявления аллергии), то необходима консультация аллерголога и назначение лечения, для того чтобы предотвратить переход аллергии в более серьезные формы.