Л.М. ЖАМАЛИЕВА, А.К. МАМБЕТЖАНОВА, А.Ж. АТЮМБЕКОВА,
Б.Т. БЕРКУТБАЕВА, А.Б. БУРТБАЕВА, И.Ф. РОГОЖИНА

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актобе

Термин «пищевая аллергия» (ПА) означает побочные клинические реакции, обусловленные употреблением одного или нескольких пищевых белков, с развитием одного или нескольких иммунных механизмов [1]. Распространенность ПА составляет 6-8 % у детей до 3-летнего возраста [2].

Основными аллергенами являются белки коровьего молока (БКМ): альбумин, α-лактальбумин, β-лактоглобулин, лактоферрин и иммуноглобулины. Антигенными свойствами обладают гликопротеиды, молекулярная масса которых составляет от 18 000 до 40 000 Да. При этом наиболее сильно антигенные свойства выражены у β-лактоглобулина молочной сыворотки. Его концентрация в коровьем молоке составляет 3-5 г/л. Если кормящая мать в период лактации употребляет молочные продукты, то β-лактоглобулин, как правило, присутствует в грудном молоке. Несмотря на то что грудное молоко содержит IgA-антитела, способные инактивировать β-лактоглобулин, аллергия на коровье молоко может развиться и у некоторых детей, находящихся на грудном вскармливании.

Выделяют так называемые «главные» пищевые аллергены, которые в 85 % случаев приводят к развитию аллергической реакции: коровье молоко, яйца, пшеница, соя, арахис, лесные орехи, рыба и морепродукты [3].

По степени аллергенности продукты питания делят на группы:

- высокая: коровье молоко, рыба, яйцо, цитрусовые, орехи, мед, грибы, куриное мясо, клубника, малина, земляника, ананасы, дыня, хурма, гранаты, черная смородина, ежевика, шоколад, кофе, какао, горчица, томаты, морковь, свекла, сельдерей, пшеница, рожь, виноград;
- средняя: персики, абрикосы, красная смородина, клюква, рис, кукуруза, гречиха, перец зеленый, картофель, горох, свинина, индейка, кролик;
- слабая: кабачки, патиссоны, репа, тыква (светлых тонов), кисло-сладкие яблоки, бананы, миндаль, белая смородина, крыжовник, чернослив, слива, арбуз, салат, конина, баранина [4].

В развитии пищевой аллергии важное значение имеют:

- генетическая предрасположенность к развитию аллергических заболеваний у носителей антигенов HLA B8 и DW3 [5];
- поступление антител в организм во внутриутробном периоде и через женское молоко [6];
- продолжительность естественного вскармливания; природа аллергена, его дозы, частота введения [7];
- возраст ребенка при первом контакте с аллергеном;
- повышенная проницаемость слизистой желудочно-кишечного тракта;
- снижение местного иммунитета кишечника;
- изменение состава кишечной микрофлоры [8-10].

Характерной для значительной части детей с ПА является ее транзиторность. Так, к 3-летнему возрасту полностью выздоравливают от 70 до 90 % детей, ранее имевших проявления ПА в виде атопического дерматита. Однако данная тенденция выявляется не для всех продуктов. Например, к 5 годам в 10 % случаев сохраняется гиперчувствительность к коровьему молоку, в 20 % - к яйцу и в 60 % - к арахису [2].

В зависимости от «шокового» органа ПА может манифестировать различными заболеваниями (таблица 1).

Крапивница проявляется преходящими высыпаниями, морфологическим элементом которых является волдырь - четко локализованный участок отека дермы и подкожной клетчатки. Цвет их варьирует от светло-розового до ярко-красного, размеры от 1-2 мм до нескольких сантиметров. Высыпания обычно исчезают в течение 24 часов.

Атопический дерматит (АД) - хроническое аллергическое воспаление кожи, обусловленное воздействием на сенсибилизированный организм различных аллергенов. Ключевым признаком АД является зуд. Клинические проявления АД и их локализация существенно зависят от возраста больных, что является основным характерным и отличительным признаком этого дерматоза, не свойственным другим экзематозным и лихеноидным заболеваниям кожи. Более чем у 2/3 больных АД начинается на 1-м

году жизни, а приблизительно у 85 % развивается до 5-летнего возраста. У детей до 2-3-летнего возраста АД наиболее часто проявляется гиперемией, микровезикулами на гиперемированной и отечной коже. Поражаются отдельные участки тела: лицо за исключением носогубного треугольника, наружная поверхность верхних и нижних конечностей, локтевые и подколенные ямки, запястья и область голеностопных суставов, ягодицы. У детей 3-12 лет АД проявляется покраснением и отеком кожи, ее утолщением и усилением кожного рисунка, трещинами, эрозиями, геморрагическими корочками, мелкопластинчатым и отрубевидным шелушением. Преимущественная локализация — на сгибательных поверхностях конечностей, шее, запястьях. У подростков проявлениями АД являются лихеноидные крупные, слегка блестящие папулы, множественные экскориации и геморрагические корочки, локализующиеся на лице, шее, локтевых сгибах, вокруг запястий и на тыльных поверхностях кистей. Выделяют три типа течения АД. При первом типе заболевание возникает в первые три месяца жизни и после двух лет заканчивается выздоровлением (7,4 %). При втором типе (31,4 %) после двух лет манифестации заболевания наступает ремиссия продолжительностью от 6 месяцев до 3 лет. В дальнейшем процесс принимает рецидивирующий характер. Для третьего типа (61,2 %) характерно непрерывно рецидивирующее течение болезни [11].

Таблица 1

Клинические проявления пищевой аллергии

Орган-мишень	Заболевания
Кожа	Крапивница/отек Квинке, атопический дерматит, герпетиформный дерматит
Желудочно-кишечный тракт	Оральный аллергический синдром, энтероколит, индуцированный пищевыми белками, проктит или проктоколит, индуцированный пищевыми белками, целиакия, эозинофильный эзофагит, эозинофильный гастроэнтерит,
Респираторный тракт	Бронхиальная астма, аллергический ринит, синдром Гейнера
Системные	Анафилаксия

Герпетиформный дерматит манифестирует зудящей сыпью, обычно распространяемой на экстензорных поверхностях конечностей и ягодицах. Высыпания могут быть представлены уртикариями, везикулами, папулами, а в области ладоней и подошв возможно развитие геморрагических элементов. Наиболее часто заболевание встречается у детей в возрасте 2-7 лет. Герпетиформный дерматит связан с целиакией (выявляется в 75-90 % случаев) и гиперчувствительностью к глютену.

Оральный аллергический синдром ограничивается поражением орофарингеальной области и проявляется зудом, чувством дискомфорта, ангиоотеком губ, языка, неба, которые, как правило, возникают в течение нескольких минут после контакта с аллергеном и обычно недлительны.

Симптомы энтероколита, индуцированного пищевыми белками, включают рвоту и профузную диарею с развитием тяжелого шокоподобного состояния. Проявляются в течение 1-10 часов после употребления причинного продукта, и исчезают в течение 72 часов после элиминации аллергена.

Проктит, индуцированный пищевыми белками, обнаруживается у детей первых месяцев жизни и проявляется появлением примеси крови в кале на фоне хорошего самочувствия. Средний возраст детей, которым выставляется диагноз, приблизительно 60 дней, однако обычно кровотечение наблюдается в течение нескольких недель до установления правильного диагноза. Элиминация из диеты сои и коровьего молока приводит к исчезновению явного кровотечения в течение 72 часов. Длительность скрытого кровотечения неизвестна.

Целиакия представляет собой энтеропатию, индуцированную пищевым белком - глиадином, содержащимся в пшенице, овсе, рисе, ячмене. Диагноз документируется типичными гистологическими находками, которые нивелируются при элиминации глиадина из диеты. Клинические симптомы включают в себя потерю веса, хроническую диарею, стеаторею, полифекалию, псевдоасцит, прогрессирующее истощение и задержку роста, симптомы витаминной и минеральной недостаточности и т.д. Возможно развитие оральных язв.

Эозинофильный гастроэнтерит (ЭГ) проявляется абдоминальными болями, диареей, потерей веса, меленой и т.д. В биоптате слизистой желудка и кишечника выявляется эозинофильная инфильтрация, возможна также эозинофилия в периферической крови. Необходимо помнить, что и при ряде других поражений эозинофилы могут быть обнаружены в слизистой ЖКТ (паразитарные инфекции,

воспалительные заболевания кишечника). Диагноз ЭГ устанавливается только после исключения других заболеваний.

Симптомы эозинофильного эзофагита аналогичны манифестациям гастроэзофагеального рефлюкса, но не отвечают на антирефлюксную терапию. Рвота и абдоминальные боли являются наиболее частыми симптомами заболевания. Кроме того, возможны анемия, вследствие скрытого кровотечения, потеря веса, ахалазия, дисфагия, аллергические симптомы, стриктуры проксимального отдела пищевода.

Синдром Гейнера включает в себя эпизоды пневмонии, сопровождающиеся легочными инфильтратами, гемосидерозом, желудочно-кишечным кровотечением, железодефицитной анемией и астеническим синдромом. Симптомы, как правило, появляющиеся в возрасте от 1 до 9 месяцев, - это кашель, свистящее дыхание, кровохарканье, затруднение носового дыхания, рецидивирующие отиты, лихорадка, анорексия, боли в животе, диарея, кровь в стуле. На рентгенограммах выявляются инфильтраты в легочной ткани. У некоторых больных отмечена лимфоидная гипертрофия, проявляющаяся спленомегалией, гипертрофией аденоидов или миндалин. Характерной особенностью этих больных является повышенный титр преципитиновых антител к БКМ. В некоторых случаях подтверждается легочный гемосидероз легких при обнаружении сидерофагов в бронхоальвеолярном секрете или биоптате легких. Иногда у больных выявляются эозинофилия, анемия, повышение уровня сывороточных иммуноглобулинов A, M, G.

Анафилаксия развивается в сенсибилизированном организме после повторного контакта аллергена с IgE-антителами, образовавшимися после предыдущего попадания аллергена в организм. Клинические проявления: отек гортани, крапивница, ангиоотек, стридор, бронхообструкция, одышка, рвота, абдоминальные боли, гипотензия, загрудинные боли, сердечная аритмия и т.д. Приблизительно треть больных с анафилаксией к пищевым продуктам имеют двухфазную реакцию, у ¼ больных отмечаются пролонгированные симптомы (до 3 недель).

Таким образом, пищевая аллергия является причиной самых разнообразных жалоб и симптомов, с которыми обращаются пациенты к врачам первичного звена здравоохранения. Их знание поможет правильно выбрать лечебную тактику и профилактические мероприятия.

Литература:

1. Боровик Т.З., Рославцева Е.А., Семенова Н.Н. и др. Пищевая аллергия и особенности лечебного питания у детей раннего возраста // Российский педиатрический журнал. - 1998. - № 5. - С. 42-46.
2. А.И.Хавкин, А.Н. Пампура, О.И. Герасимова. Пищевая аллергия у детей: принципы профилактики // Медицинский научный и учебно-методический журнал. - 2005. - № 28. - С. 36-44.
3. Burks W., Helm R., Stanley S. et al. Food Allergens // Allergy Clin.Immunol. - 2001. - № 1. - P. 243-248.
4. Ревякина В.А. Общие принципы диагностики и лечения пищевой аллергии у детей // РМЖ. - 2000. - Т. 8. - № 18. - С. 739-746.
5. Воронцов И.М., Маталыгина О.А. Болезни, связанные с пищевой сенсибилизацией у детей. - Ленинград: «Медицина». - 1986. - 272 с.
6. Куваева И.Б., Ладодо К.С. Микроэкологические и иммунные нарушения у детей. - Москва: «Медицина». - 1991. - 240 с.
7. Боровик Т.Э. Диетотерапия при аллергодерматозах у детей первого года жизни. Автореферат канд. дисс. - Москва. - 1983. - 24 с.
8. Ревякина В.А., Боровик Т.Э. Принципы терапии детей с пищевой аллергией и гипотрофией // Вопр. охр. матер. и дет. - 1983. - №6. - С. 55-57.
9. Гмошинский И.В., Мазо В.К., Василевская Л.С. Моделирование нарушенной проницаемости желудочно-кишечного тракта для макромолекул в эксперименте // Вопросы питания. - 1993. - № 5. - С. 45-50.
10. Парцалис Е.М., Ревякина В.А. Состояние местного иммунитета пищеварительного тракта // Педиатрия. - 1983. - № 12. - С. 19-21.
11. Шейбак М.П., Евец Л.В. Непереносимость молока детьми грудного возраста // Здравоохранение Белоруссии. - 1987. - № 3. - С. 10-13.

ТҮЙІН

Л.М. ЖАМАЛИЕВА, А.К. МАМБЕТЖАНОВА, А.Ж. АТЫМБЕКОВА,
Б.Т. БҮРКІТБАЕВА, А.Б. БӨРТБАЕВА, И.Ф. РОГОЖИНА

ТАҒАМНАН БОЛАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ АЛЛЕРГИЯСЫ: ҚАУІПТІ СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Ақтөбе қаласы

Мақалада тағамнан болатын аллергияның қауіпті себептері мен оның клиникалық белгілері жазылған.

SUMMARY

L.M. ZHAMALIYEVA, A.K. MAMBETZHANOVA, A.ZH. ATYUMBEKOVA,
B.T. BERKUTBAYEVA, A.B. BURTBAYEVA, I.F. ROGOZHINA

FOOD ALLERGY IN CHILDREN: RISK FACTORS AND CLINICAL SYMPTOMS

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical academy, Aktobe city

Risk factors of food allergy and clinical symptoms of the diseases caused by intolerance of foodstuff are described in the article.

Ж.А. НУРКЕЕВА, Ж.Ш. БИРМАНОВА, А.Б. ИЗТЛЕУОВ, А.Н. ИБАТОВ

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАШИШИЗМА

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актобе

Гашиш является одним из наиболее распространенных наркотиков, употребляемых после «легальной триады ПАВ» - кофеина, никотина и алкоголя. Большого размаха злоупотребление препаратами конопли достигло в странах Америки. В США его употребляют 4 % населения, пик приходится на возраст от 18 до 29 лет. Более 72 млн. американцев старше 12 лет (33 % населения) пробовали этот наркотик, по меньшей мере, один раз в жизни. Сходная ситуация наблюдается и в Европе. Марихуана, чарас, ганджа, гашиш, анаша, бханг - все это препараты индийской конопли, которые использовались в древности как лекарство в качестве анестетика. Любопытно, что в средние века в Аравии существовала секта, члены которой занимались ритуальными убийствами, и для большей решительности возбуждавшие себя гашишем. От названия этой секты - «хаши-шин», т.е. поедатель гашиша, произошло и слово «убийца» во французском и английском языках» [1-4].

Среди различных ингредиентов, содержащихся в марихуане, наиболее выраженными психоактивными свойствами (транквилизирующее, эйфорическое и галлюциногенное) обладает тетрагидроканнабиол (ТГК). Терапевтический эффект ТГК и его метаболитов связан со способностью депонироваться в жировой и мышечной ткани. Обычный способ применения - курение, гашиш также жуют, добавляют в пищу или приготавливают из него напитки.

При гашишизме ТГК нередко выявляется в лобных, теменных, префронтальных отделах коры головного мозга; накоплением каннабиноидов в гипокампе объясняется патология памяти, а в мозжечке - нарушение координации и равновесия у потребителей марихуаны. Наркогенный эффект наркотика соответствует высоким концентрациям ТГК в нейронах хвостатого ядра, префронтальной коры, вентральной области покрышки (И.В. Дамулин, Ю.П. Сиволап, 2007).