

- od // *Arzneim Forsch Drug-Res.* 1994.Vol. 44. P. 1506–1511.
46. Результаты многоцентрового исследования применения препарата пидотимод для профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей/ Л.С. Намазова-Баранова и др. // *Вопросы современной педиатрии.* 2010. Т. 9, №2. С. 40–44.
 47. Лусс Л.В. Место иммуномодуляторов в педиатрической практике // *Consilium Medicum.* Педиатрия :прил. 2010. № 3. С. 72–76.
 48. Полиоксидоний – иммуномодулятор последнего поколения: итоги трехлетнего клинического применения /Р.В. Петров, Р.М.Хаитов, А.В.Некрасов и др. // *Аллергия, астма и клиническая иммунология.* 1999. №3. С. 3–6.
 49. Аллерген-специфическая иммунотерапия химически модифицированными аллергенами. Часть 1. Аллергенность и иммуногенность суццинилизированного аллергена и его комплексов с иммуномодулятором полиоксидонием /А.А. Бабахин, С.М. Андреев, К.К. Бабиевский и др.// *Физиология и патология иммунной системы.Иммунофармакогеномика.*2011. №7. С.17–37.
 50. Пинегин Б.В., Варфоломеева М.И. Влияние иммуномодулятора на синтез интерферона // *Лечащий врач.*2010. №10. С. 2–5.
 51. The effect of polyoxidonium on the phagocytic activity of human peripheral blood leukocytes /S.V. Dambaeva, D.M. Mazurov, N.M. Golubeva et al. // *Centr. Eur. J. Immunol.* 2003. №28. P.47–53.
 52. Study of interaction between the polyoxidonium immunomodulator and the human immune system cells /Dyakonova V.A., Dambaeva S.V., Pinegin B.V. et al.// *International Immunopharmacology.* 2004. №4. P.16150–16153.
 53. Морозова С.В. Применение иммунокорригирующего препарата Полиоксидоний при острой инфекционно-воспалительной патологии ЛОР-органов // *РМЖ.* 2010. Т.18, № 24. С.1453–1455.
 54. Кузнецова Н.И., Балаболкин И.И., Кузнецова О.Ю. Применение полиоксидония при бронхиальной астме у детей // *Иммунология.* 2003. Т.24, №5. С. 293–296.
 55. Латышева Т.В., Романова О.В. Полиоксидоний в комплексной терапии больных с тяжелой формой бронхиальной астмы / Новые данные о механизме действия и клиническом применении иммуномодулятора Полиоксидония. М., 2003. С.28–33.
 56. Шогенова М.С. Методические подходы к повышению эффективности АСИТ у больных бронхиальной астмой // *Физиология и патология иммунной системы.* 2005. №2. С. 3–9. ■

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРАВИЛЬНАЯ ДИЕТОТЕРАПИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Т.А. Филатова^{1,2}, М.Г. Ипатова^{1,2}, Ю.Г. Мухина¹, Н.Н. Таран^{1,3}, Е.А. Антонова¹

¹ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

² Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, г. Москва, Россия

³ ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологий», г. Москва, Россия

Аллергические заболевания – глобальная проблема здравоохранения. Из аллергических заболеваний пищевая аллергия (ПА) – наиболее сложное состояние. Питание – это основной фактор, определяющий развитие и состояние здоровья ребенка. Для нормального развития детям требуется сбалансированное питание, содержащее достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ. У детей с пищевой аллергией основным лечением является строгая элиминационная диета с исключением из рациона питания причинно-значимых продуктов, что может приводить к развитию нутритивной недостаточности и дефицитных состояний различной степени тяжести. В статье описаны два клинических наблюдения детей с ПА и нутритивной недостаточностью на фоне неправильного ведения, отсутствия правильной элиминационной диеты, с правильной коррекцией и дотацией лечебного питания.

Ключевые слова: дети, пищевая аллергия, нутритивная недостаточность, лечебное питание: высоко-гидролизные смеси на основе белков молочной сыворотки с пребиотиками, смеси на основе аминокислот.

Food allergies in children, clinical manifestations, proper diet therapy. Clinical cases

T.A. Filatova^{1,2}, M.G. Ipatova^{1,2}, Y.G. Muhina¹, N.N. Taran^{1,3}, E.A. Antonova¹

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

² Filatov Moscow City Pediatric Clinic № 13, Moscow, Russia

³ Research Institute of Nutrition, Moscow, Russia

Allergic diseases are global public health problem. Food allergy is the most complicated condition from all allergic diseases. Nutrition is the main factor determining the development and state of the children's health. For normal development of children require a balanced diet that contains sufficient amount of protein, fat, carbohydrates, vitamins and minerals. In children with food allergy, the main treatment is a strict elimination diet with the exclusion from the diet cause significant products, which can lead to the development of nutritional deficiency and deficient states of varying severity. This article describes two clinical cases of children with FA and nutritional deficiency on the background of improper supervision, lack of proper elimination diet, with right compensation and subsidy of clinical nutrition.

Keywords: children, food allergy, nutritional deficiency, medical nutrition: extensively hydrolyzed cow's milk protein - based formulas with prebiotics and amino acids based formulas.

По данным многочисленных исследований, аллергическими заболеваниями (одним или их сочетанием) страдает почти 40% населения стран мира [1]. Из аллергических заболеваний пищевая аллергия (ПА) – наиболее сложное состояние, имеющее разнообразные клинические проявления, влияющее на развитие, состояние здоровья и качество жизни детского населения и семьи, к тому же трудно диагностируемое. Реальное число детей, страдающих пищевой аллергией (от новорожденных до подростков), установить сложно, поскольку симптомы ПА многообразны и часто не имеют прямой связи с приемом причинно-значимого аллергена. За лечением родители часто обращаются к другим специалистам (гастроэнтерологам, инфекционистам, паразитологам, лор-врачам, дерматологам и

т.д.), часть родителей пациентов с ПА предпочитают самостоятельно бороться с проблемой, не соблюдая правильной элиминационной диеты (не исключая полностью из рациона ребенка основные причинно-значимые пищевые аллергены), ожидая самостоятельного «перерастания» и «прохождения» ПА. Чаще всего пищевая аллергия связана с белками: молока, яйца, глютена (пшеницы), сои, орехов, арахиса, рыбы и морепродуктов. По данным мета-анализа (2007), распространенность пищевой аллергии на молоко варьирует от 1,2 до 17%, на яйца – до 7%, на арахис и рыбу – до 2%, на моллюски – до 10% и на любую другую пищу – от 3 до 35% [2].

По данным Всемирной аллергологической организации (World Allergy Organization) [3], аллергией к белкам коровьего молока (АБКМ)

Сведения об авторах:

Филатова Татьяна Алексеевна – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина; ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, МЗ России; зав. городским аллерго-пульмонологическим центром ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, 123001, г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15, e-mail: allergologfdb@yandex.ru.

Ипатова Мария Георгиевна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина; ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МЗ России; руководитель гепатобилиарного центра ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова.

Мухина Юлия Григорьевна – д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина; ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, МЗ России.

Таран Наталья Николаевна – к.м.н., с.н.с. ФГБУН «ФИЦ Питания и биотехнологий», ассистент кафедры гастроэнтерологии и диетологии; ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, МЗ России.

Антонова Евгения Александровна – аспирант кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина; ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, МЗ России.

страдают до 4,9% детей, однако данные других исследований свидетельствуют, что ее распространенность в 10 и более раз выше [4, 5].

У детей раннего возраста главным причинно-значимым аллергеном являются белки коровьего и козьего молока (БМ) [6–8]. В клинической практике важно, что аллергия к БМ может развиваться у детей чаще на смешанном или искусственном, реже на грудном вскармливании в результате иммуннопосредованной реакции на один или более антигенов молока [5]. После введения прикорма, помимо БМ клинически значимыми аллергенами являются яйцо и глютеносодержащие продукты.

Для детей раннего возраста с пищевой аллергией важно не только соблюдение правильной элиминационной диеты, но и дотация в рацион специализированного лечебного питания, на фоне которого не формируется дефицит энергетической ценности и микронутриентов рациона, обеспечивая правильное физическое развитие.

В исследовании R. Meuer было показано, что дети с пищевой аллергией, не получавшие на фоне элиминационной диеты специализированное лечебное питание или витаминно-минеральные добавки, имели высокий риск развития дефицита микронутриентов, в частности витамина D, кальция, цинка и селена. Анализ нутритивного и микроэлементного статуса у детей ($n=54$) ≤ 2 лет с пищевой аллергией выявил, что у 74,4% детей, не получающих лечебное питание, наблюдался дефицит микронутриентов, в то время как среди детей, получавших лечебное питание, дефицитные состояния были выявлены лишь у 17%. [9]. Также исследование, проведенное в НИИ питания РАМН (2016), показало, что у пациентов с пищевой аллергией ($n=97$) выявлен дефицит энергетической ценности рациона, связанный с несбалансированной элиминационной диетой или обусловленный нарушением аппетита и абдоминальным болевым синдромом. Дефицит массы тела различной степени тяжести у детей, страдающих пищевой аллергией, наблюдался в 45,4% случаев. Полученные данные свидетельствовали, что дети с пищевой аллергией получают несбалансированный рацион питания и составляют группу риска по задержке физического развития [10].

Был проведен анализ историй болезни детей, консультированных амбулаторно или поступив-

ших в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова с различными проявлениями аллергических заболеваний в 2016–2018 гг. Нами было обследовано 246 детей в возрасте от 3 мес. до 16 лет. Из них мальчиков – 109 (44,3%), девочек – 137 (55,7%). У 122 (49,6%) из обследованных детей, кроме жалоб на симптомы со стороны пищеварительного тракта (боли в животе, запор, неоформленный стул, слизь, кровь в стуле), отмечались симптомы поражения кожи в виде атопического дерматита, ксероза.

При обследовании у 36,8% детей ($n=33$) до 3 лет были выявлены специфические IgE-антитела к пищевым продуктам, среди детей старше 3 лет специфические IgE-антитела выявлены у 65,4% детей ($n=127$). Повышение титра IgE-антител на один продукт выявлено только у 26 детей (20,8%), у 41 ребенка (25,6%) – на 2 продукта, у большинства детей (53,6%) – на 3 и более продукта. Наиболее значимыми аллергенами были БМ, яйца, глютен, у детей с аллергической реакцией на березу с проявлениями поллиноза – яблоко. Более чем у 57 детей раннего возраста, при отрицательных результатах лабораторных тестов, диагноз «пищевая аллергия» был установлен на основании аллергологического анамнеза и купирования симптомов на фоне элиминационной диеты [11, 12].

У более чем половины (54,6%) детей было наличие клинических и лабораторных показателей белково-энергетической недостаточности (БЭН) 1–3 степени и дефицита микроэлементов. В лабораторных исследованиях были выявлены: анемия 1–2 степени – у 10,2%, снижение уровня сывороточного железа – у 17,6%, снижение общего белка ниже референтных значений – у 7,9%, гипохолестеринемия – у 19,9%, снижение ионизированного кальция – у 22,7%, дефицит витамина D3 – в 47,8% случаев.

После получения результатов обследования детям дошкольного возраста с пищевой аллергией и БЭН различной степени тяжести была назначена элиминационная диета с введением в рацион продуктов лечебного питания на основе аминокислот или глубокого гидролизованного белка коровьего молока. Родителям рекомендовано ведение пищевого дневника для оценки кожных проявлений, характера стула, прибавки массы тела. Дети были осмотрены в динамике через 3, 6 и 12 мес. Было отмечено клиническое улучшение у 84,3% пациентов в виде нормализа-

ции функций пищеварительного тракта, купирования кожных проявлений, улучшения состояния (при осмотре через 3 месяца), в дальнейшем (через 6–12 мес.) – нормализация нутритивного статуса детей, снижение уровней специфических IgE-антител к выявленным пищевым продуктам.

Современные рекомендации по ведению детей с аллергией к БМ – это правильная элиминационная диетотерапия. При симптомах аллергии на БМ у детей первого года жизни, находящихся на смешанном или естественном вскармливании (когда-либо получавших базовую молочную смесь), материнское грудное молоко не следует отменять, оно должно сохраняться в питании ребенка в максимальном объеме. Кормящей женщине назначается гипоаллергенная, правильно сбалансированная диета. При исключении молочных продуктов из рациона питания кормящей женщины необходима их замена другими белками. При смешанном или искусственном вскармливании базовая молочная смесь должна быть заменена на лечебную на основе глубоко гидролизованного белка или аминокислот (АКС). Если при приеме смеси на основе высокогидролизованного белка состояние ребенка не улучшается в течение 2 недель, рекомендуется перевод на аминокислотные смеси [2, 13].

Показаниями для назначения смеси на основе аминокислот в качестве первой линии служат: аллергия к БМ, протекающая с мальнутрицией, задержкой физического развития, трудностями во время кормления, эозинофильными гастроинтестинальными нарушениями, поливалентной пищевой аллергией, тяжелым течением атопического дерматита, анафилаксией, а также симптомами поражения ЖКТ или тяжелого атопического дерматита у детей на исключительно грудном вскармливании [11]. Важно, что все лечебные смеси (на основе высокогидролизованного белка и аминокислотные) содержат комплекс витаминов, макро- и микроэлементов и соответствуют требованиям ВОЗ по ингредиентному составу, биологической пищевой ценности, влиянию на физическое и психомоторное развитие детей. Длительность элиминационной диеты у детей с пищевой аллергией индивидуальна: минимальная продолжительность 6 мес., в тяжелых случаях 12–18 мес. с обязательным включением в рацион продуктов лечебного питания [11, 12].

В качестве примера, свидетельствующего о важной роли лечебного питания у детей с пищевой аллергией, приводим два клинических наблюдения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

Мальчик Д. в возрасте 3 мес. Родители обратились на консультацию к аллергологу ДГКБ № 13. Жалобы на малые прибавки массы тела, срыгивания до рвоты. Эозинофилия до 34%.

Из анамнеза: от первой физиологически протекавшей беременности, первых самостоятельных родов. При рождении масса тела 4180 г., рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вакцинирован в родильном доме (БЦЖ и гепатит) без побочных реакций. На грудном вскармливании находился первые 2 недели, затем докорм молочной смесью, на фоне чего появились обильные срыгивания, ребенок плохо прибавлял в массе, отмечались малые прибавки массы. По месту жительства педиатры рекомендовали антирефлюксные смеси, от приема которых эффекта не было, а кроме срыгивания и рвоты появилось еще и нарушение стула.

В возрасте 2,5 мес. ребенок был госпитализирован в московскую городскую больницу (не в ДГКБ № 13) для исключения стеноза пищевода. При госпитализации: масса тела – 4 600 г. (дефицит 18%), рвота, срыгивание.

Ребенок был обследован. УЗИ: данных за пилоростеноз нет (выраженный метеоризм). Рентгенография желудка с контрастом: акт глотания не нарушен, пищевод и кардия свободно проходима, желудок правильной формы, расположен в типичном месте, эвакуация своевременная, выявлен заброс контрастного вещества до ротоглотки. Заключение: недостаточность кардии (ГЭР 4 ст). В клиническом анализе: эозинофилия 34%. В биохимическом анализе: общий белок снижен до 51 г/л.

За время пребывания в стационаре ребенку сменили две антирефлюксные смеси без клинического эффекта.

При выписке рекомендовано: подбор антирефлюксной смеси, продолжение грудного вскармливания, мотилиум 2 мл 2 раза в день; альмагель 1/2 ч. ложки 3 раза в день в течение 14 дней, консультация гематолога.

На фоне назначенной терапии, смены смесей улучшения не было, симптомы сохранялись.

Консультация аллерголога-иммунолога КДЦ ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова.

Семейный анамнез по аллергическим заболеваниям отягощен: у отца и двоюродного брата – поллиноз, у бабушки по линии отца – бронхиальная астма, у матери в раннем возрасте – атопический дерматит, лекарственная аллергия.

Учитывая анамнез заболевания, отсутствие аномалий развития верхних отделов ЖКТ, был поставлен диагноз: эозинофильный гастроэзофагит, ГЭР, Пищевая аллергия (БКМ).

Ребенку была назначена лечебная смесь на основе аминокислот на 4 недели. Маме рекомендована строгая элиминационная диета с исключением из рациона молочных продуктов (и всех продуктов, которые могут содержать БМ). Рекомендован контрольный осмотр через 4 недели.

Осмотр через 4 недели. После правильной диеты в течение 5 дней получен положительный эффект в виде уменьшения объема и частоты срыгивания, в последующем в течение 2 недель симптомы были полностью купированы, аппетит улучшился, ребенок прибавил за месяц 1 200 г. Эозинофилия через 2 недели уменьшилась до 16%, через 4 недели – до 9%. Был рекомендован через 2–3 недели постепенный (в течение 5–7 дней) перевод на лечебную смесь на основе глубокогидролизованного молочного белка, который был осуществлен без отрицательной динамики в клинической картине.

Эозинофилия в 5 мес. снизилась до 2%. В 5,5 месяцев было начато введение прикормов по возрасту (безмолочные монокомпонентные каши на лечебной смеси, затем овощные пюре), с хорошей переносимостью. В 9,5 месяцев мальчик переведен на смесь на основе глубокогидролизированных белков коровьего молока для вскармливания детей с аллергией на белок коровьего молока, которую получал до 1,6 лет, затем постепенно введена смесь на основе частично гидролизованного белка (для формирования пищевой толерантности). Ежемесячная прибавка в массе тела составляла от 940 до 1100 г, правильные продукты прикормов переносил хорошо. В год масса тела составила 11950 г, рост 77 см. В 2 года масса тела 13500 г, рост 96 см, состояние ребенка удовлетворительное, физическое развитие сбалансированное по возрасту, психомоторное развитие возрастное, ребенок активный, здоровый.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

Мальчик И. в возрасте 3 лет впервые госпитализирован в стационар дневного пребывания ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова с жалобами на боли в животе, стул неоформленный до 3–4 раз в день, кожные высыпания, плохую прибавку в массе тела.

Из анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания. Мама во время беременности постоянно получала терапию препаратами прогестерона и, кроме того, два курса антибактериальной терапии. Роды на 40-й неделе беременности путем кесарева сечения. При рождении масса тела – 3 220 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. В раннем неонатальном периоде (в родильном доме) после кормлений молочной смесью отмечалось выраженное беспокойство. Выписан из родильного дома на 5-й день с массой тела 3 100 г. С рождения ребенок находился на смешанном вскармливании (грудное молоко + базовая молочная смесь). У ребенка с рождения отмечалось беспокойство, возникающее после каждого кормления, вздутие живота, колики, жидкий стул со слизью. За первый месяц прибавка массы составила 200 г. С первого месяца отмечалась гипохромная анемия, нейтропения, по поводу чего ребенок получал препараты железа, фолиевой кислоты. Проявления аллергического дерматита появились с 2-х мес. в виде папулезных высыпаний на коже щек, шеи, заушной области с легким зудом. С 4–5 мес. высыпания приобрели распространенный характер, сопровождалась выраженным зудом. Педиатром рекомендован перевод ребенка на высокогидролизованную смесь на основе белков молочной сыворотки и исключение из диеты мамы молока и молочных продуктов. На фоне коррекции питания интенсивность и распространенность аллергических высыпаний у ребенка были полностью купированы. При введении блюд прикорма (говядина, телятина, яблочный сок, овсяная каша) проявления дерматита рецидивировали. После года родители самостоятельно отменили высокогидролизованную смесь на основе белков молочной сыворотки и перевели ребенка на общий стол.

Ухудшение состояния с обострением аллергического дерматита отмечено в возрасте 1 год 1 мес. на введение овсяной каши (эритематозно-

уртикарные элементы на лице, туловище, конечностях с выраженным зудом). Ребенок получал курсы антигистаминных препаратов, средства наружной терапии без положительной динамики. Заболевание приобрело волнообразный характер с рецидивами высыпаний и симптомами поражения ЖКТ в виде болей в животе, неустойчивого характера стула со слизью.

В 1 год 8 мес. ребенок был переведен на строгую элиминационную диету с исключением выявленных причинно-значимых аллергенов (молока, говядины, яйца, курицы, овсянки) – с улучшением. При попытке ввести в рацион отварную телятину в возрасте 2 лет 7 мес. отмечено резкое ухудшение состояния с тотальным обострением атопического дерматита, болями в животе. В связи с нестрогим соблюдением элиминационной диеты проводимая в амбулаторных условиях терапия с применением антигистаминных препаратов, сорбентов, средств наружной терапии не дали положительного эффекта.

При обследовании ребенка в возрасте 3 лет в дневном стационаре ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова: уровень общего IgE составил 20,0 МЕ/мл (норма от 0 до 90 МЕ/мл), выявлено умеренное (+2) повышение специфических IgE-антител к молоку, говядине, курице, яйцу, овсяной муке. В копрограмме – умеренная амилорея и стеаторея 2 типа, единичные лейкоциты и эпителий. Уровень фекального кальпротектина в пределах референтных значений и составил 10 мкг/г (норма 0–50 мкг/г). В биохимическом анализе крови – гипопроотеинемия до 62 г/л (норма 65–80 г/л), повышение АСТ до 49 Ед/л, гипохолестеринемия – 2,9 ммоль/л (норма 3,5–5,2 ммоль/л), снижение креатинина до 35 мкмоль/л (норма 40–66 мкмоль/л). В целиакийной панели отмечалось повышение IgG к глиадину в 2 раза, остальные показатели были в пределах референтных значений. При проведении УЗИ органов брюшной полости выявлены реактивные изменения поджелудочной железы, косвенные признаки гастродуоденита. При осмотре бледность и сухость кожных покровов, подкожно-жировая клетчатка слабо выражена. Масса ребенка составила 12,1 кг, рост – 87 см. Физическое развитие ребенка было низким, гармоничным.

Наследственный анамнез отягощен: у мамы полиноз и часто боли в животе, кожные высыпа-

ния при погрешности в диете, острая крапивница на введение пентаглобина.

Учитывая анамнез заболевания и результаты обследования, ребенку была назначена элиминационная диета с исключением молока и молочных продуктов, говядины, телятины, яйца, курицы, глютеносодержащих продуктов. Для коррекции нутритивного статуса дополнительно рекомендована лечебная смесь на основе аминокислот для детей от 1 года до 10 лет. Назначена наружная терапия дерматита.

В динамике отмечено улучшение состояния, мальчик был выписан из дневного стационара на 14 день в удовлетворительном состоянии с прибавкой в массе тела 230 г (за 7 дней). Рекомендовано продолжить применение лечебной аминокислотной смеси, соблюдение гипоаллергенной диеты в течение не менее чем 6 месяцев. При контрольном обследовании через 6 месяцев выявлено улучшение состояния пациента в виде купирования высыпаний на коже, отсутствия жалоб на боль в животе, нормализации массы тела.

В представленных клинических случаях на фоне правильной диетотерапии с исключением причинно-значимых аллергенов и назначения лечебной смеси на основе аминокислот отмечено купирование симптомов, выраженная положительная динамика массо-ростовых и лабораторных показателей (нормализация уровня белка, холестерина, витаминов и микроэлементного статуса). Полученные данные (для детей старше года) сходны с результатом проведенного К. Sorensen и соавт. (2017) исследования по оценке влияния смеси на основе аминокислот на потребление питательных веществ (макро-и микронутриентов) и массо-ростовые показатели у детей ≥ 1 года с пищевой аллергией [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пищевая аллергия у детей требует назначения сбалансированной элиминационной диеты с исключением причинно-значимых аллергенов, обязательным включением в диетотерапию ребенка лечебных смесей. Детям первого года жизни рекомендуется назначать смеси на основе аминокислот или высокогидролизные (ВГС), при этом важно знать, что если ВГС не подошла или ребенок не хочет ее употреблять, то не нужно

менять виды ВГС, необходим переход на смесь на основе аминокислот. Детям старше года до 10 лет с поливалентной пищевой аллергией для коррекции нутритивного статуса целесообразно назначение смеси на основе аминокислот, которая служит источником белка, жира, углеводов, витаминов, минеральных веществ и энергии. Смесь на 100% состоит из свободных аминокислот, что позволяет исключить аллергические реакции. Следует отметить улучшенные вкусовые качества смеси и снижение осмоляльности в целях лучшей переносимости продукта за счет скорректированного химического состава смеси. Этот продукт может быть использован не только при пищевой аллергии к белкам молока (коровьего, козьего, соевого и др.), поливалентной пищевой аллергии, эозинофильном эзофагите, но и при синдроме короткой кишки, мальабсорбции и других патологических состояниях желудочно-кишечного тракта, когда необходима диета с пищевыми, витаминными и макро- и микроэлементами. Смесь может быть использована в качестве единственного источника питания или в качестве дополнения к основной диете ребенка.

Своевременная и правильная элиминационная диета с применением специализированных лечебных смесей способствует купированию различных клинических проявлений, нормализации лабораторных показателей, улучшению нутритивного статуса у пациентов с разнообразными клиническими проявлениями пищевой аллергии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organisation: *Global surveillance, prevention, and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach*; 2007. www.who.int/gard/publications/GARD_Book_2007.pdf
2. *The prevalence of food allergy: a meta-analysis* / R.J. Rona, T. Keil, C. Summers et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2007. Vol. 120, № 3. P. 638–646.
3. *World Allergy organization (WAO) diagnosis and rationale for action against Cow's milk allergy (DRACMA) guidelines* / A. Fiocchi, J. Brozek, H. Schunemann et al. // *World Allergy Organ. J.* 2010. Vol. 3, № 4. P. 57–161.
4. *Prevalence and cumulative incidence of food hypersensitivity in the first 3 years of life* / C. Venter, B. Pereira, K. Voigt et al. // *Allergy*. 2008. Vol. 63, № 3. P. 354–359.
5. *De Boissieu D., Dupont C. Allergy to extensively hydrolysed cows' milk proteins in infants: safety and duration of amino acid-based formula* // *J. Pediatr.*, 2002. Vol. 141. P. 271–273.
6. *Prosser C., McLaren G., Rutherford R. Digestion of milk proteins from cow or goat milk infant formula* / Poster paper presented at the 11th Asian Congress of Paediatrics. Bangkok, Thailand, 2003. P. 2–7.
7. *Monaci L., Tregoe V., van Hengel A.J. Milk allergens, their characteristics and their detection in food: A review* // *Eur. Food Res. Technol.* 2006. Vol. 223. P. 149–179.
8. *Is the use of goat's milk justified in infants with cow's milk protein allergy?* / A.N. Pampura, T.E. Borovik, I. Zakharova et al. // *Ros. Vestn. Perinatol. Pediatr.* 2012. Vol. 4, № 1. P. 139–146.
9. *A practical approach to vitamin and mineral supplementation in food allergic children* / R. Meyer, C. de Koker, R. Dziubak et al. // *Clinical and Translational Allergy*. 2015. № 5. P. 11.
10. *Нутритивный статус детей с пищевой аллергией* / О.Н. Титова, Н.Н. Таран, Т.В. Строкова и др. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии. Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии*. 2016. Т. 61, № 4. С. 156.
11. *Протокол ведения детей с аллергией к белкам коровьего молока* / под ред. А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой, С.Г. Макаровой. М.: ПедиатрЪ, 2016. 48 с.
12. *Нутритивная недостаточность и принципы ее коррекции у детей с пищевой аллергией. Разбор клинических случаев* / М.Г. Ипатова, Т.А. Филатова, Е.А. Антонова и др. // *Эффективная фармакотерапия. Педиатрия*. 2018. № 1 (14),
13. *Milk-induced pulmonary disease in infants (Heiner syndrome)* / I. Moissidis, D. Chaidaroon, P. Vichyanond et al. // *Pediatr. Allergy Immunol.* 2005. Sept. Vol. 16, № 6. P. 545–52.
14. *Sorensen K., Fry C., Allford A. et al. Longitudinal study shows improved nutrient intakes and growth with an amino acid formula for children ≥ 1 y with cow's milk allergy and related conditions* // *Abstracts from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology Congress, 17–21 June 2017, Helsinki, Finland*; Vol. 72, Issue S103. ■