

Особенности диагностики и лечения аллергических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей

Проблема аллергических заболеваний является междисциплинарной и в гастроэнтерологической практике особенно актуальна при ведении детей раннего возраста. Рост аллергической патологии, частое ее сочетание с другими иммунными нарушениями обуславливают необходимость постоянного поиска безопасных и эффективных методов профилактики и лечения.

Вопросы профилактики и терапии аллергических заболеваний обсуждались в рамках ежегодной Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» — XVI Сидельниковские чтения (23-25 сентября, г. Запорожье). Современные методы ведения пациентов с аллергическими желудочно-кишечными проявлениями в своем докладе осветил **главный детский гастроэнтеролог МЗ Украины, руководитель отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Геннадиевич Шадрин.**

— В последние годы отмечается увеличение частоты пищевой аллергии (ПА) и связанных с ней аллергических заболеваний у детей. Уже с грудного возраста могут наблюдаться клинические проявления аллергических реакций, которые преимущественно связаны с особенностями питания. Однако не следует забывать и об атопическом дерматите, острой крапивнице и бронхиальной астме.

Известно, что в детской популяции аллергия на белок коровьего молока (БКК) составляет 2-6%. У детей более старшего возраста и подростков в качестве пищевых аллергенов могут выступать яйца, рыба, ракообразные, бобовые, орехи, зерновые и продукты из них.

Часто атопия в детском возрасте манифестирует диарей, бронхоспазмом и кожными высыпаниями, и только позднее могут определяться ответственные IgE-антитела. Установлено, что при наличии атопической предрасположенности в течение первых 3-4 лет с момента дебюта атопии у половины пациентов формируются сочетанные хронические аллергические заболевания — дерматит + астма + ринит, то есть, по существу, стартовый атопический марш.

Удельный вес аллергических проявлений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при различных атопических заболеваниях также может значительно отличаться. Например, при атопическом дерматите он составляет 35-50%, острой крапивнице — 5-90%, хронической крапивнице — 2-5%, бронхиальной астме/аллергическом рините — 5%.

Среди клинических симптомов ПА преобладают кожные (90% случаев), респираторные (70%), реже отмечаются гастроинтестинальные (30-45%).

Клинические проявления гастроинтестинальной аллергии могут быть представлены острой реакцией со стороны ЖКТ после приема пищи (зуд и раздражение в полости, отек слизистой оболочки,

рвота, жидкий стул). Кроме того, могут отмечаться: примеси крови и слизи в кале у детей первого года жизни, синдром мальабсорбции или энтеропатия с потерей белка, хроническая рвота, диарея или дисфагия, задержка роста, кишечные колики, не поддающиеся лечению, хронический запор, резистентный к традиционной терапии.

Помимо диагностических алгоритмов, предусмотренных протоколами лечения соответствующих нозологических форм (нозологические перечислены в разделе «Клинические проявления пищевой аллергии»), дополнительно при подозрении на ПА проводят тесты, выбор которых будет зависеть от типа аллергических реакций (IgE-зависимая или IgE-независимая аллергия). Поэтому обязательной является консультация аллерголога. К методам высокой чувствительности и специфичности относятся: сбор аллергологического анамнеза; элиминационная диета (терапия ex juvantibus); открытый провокационный пищевой тест (методики приведены ниже); эндоскопическое исследование; биопсия слизистой оболочки.

Двойной слепой плацебо-контролируемый провокационный тест в настоящее время большинство исследователей рассматривают как «золотой стандарт» для диагностики ПА, и его проведение показано больным с подозрением на ПА при высокой вероятности положительного результата теста (например, когда выявляется IgE-зависимая реакция). Однако следует отметить, что данный метод имеет ограничения, которые не позволяют широко использовать его в педиатрической практике. К таковым относятся сложность и небезопасность, связанные с методикой проведения теста. Кроме того, указанный метод не позволяет дифференцировать ПА от других реакций гиперчувствительности к еде, в том числе и на пищевые добавки. У пациентов с тяжелыми аллергическими реакциями данный тест проводить не рекомендуется.

Для диагностических целей эндоскопическое исследование обычно не требуется, но в тех случаях, когда его проводят, обнаруживают эритему, контактную ранимость, ослабление сосудистого рисунка и лимфонодулярную гиперплазию. В тяжелых случаях выявляют эрозии. Изменения, как правило, локализируются в прямой кишке, но иногда захватывают всю толстую кишку. При гистологическом исследовании обнаруживают увеличенное количество эозинофилов в собственной пластинке слизистой оболочки (>6 эозинофилов ×400). В тяжелых случаях наблюдается внедрение эозинофилов в эпителий крипт (эозинофильный

криптит), скопления эозинофилов (эозинофильные микроабсцессы) и наличие нейтрофилов (активное воспаление). Несмотря на внимание, которое уделяется периферической эозинофилии и выявлению IgE-специфических антител, они обнаруживаются не всегда. При анализе результатов гистологического исследования следует помнить, что эозинофильная инфильтрация слизистой пищевода отмечается, например, не только при эозинофильном эзофагите, но и при болезни Крона, целиакии. Диагноз эозинофильного воспаления можно подтвердить только при повторной эндоскопии с биопсией после лечения.

Основные принципы ведения больных с ПА основаны на образовании и обучении пациентов и их родителей, элиминационной терапии причинно-значимых аллергенов, симптоматическом лечении клинических проявлений и профилактике обострений.

Первый шаг в лечении аллергии — ограничить контакт с потенциальными аллергенами. Всем детям рекомендуется элиминационная гипоаллергенная диета с исключением продуктов, которые содержат ароматизаторы и красители. Несомненно, это должно касаться и лекарственных препаратов, которые принимает ребенок.

В терапии ПА используются противовоспалительные и антимадиаторные препараты, симптоматическая терапия с учетом локализации поражения, заместительная ферментотерапия, коррекция вторичного дисбиоза кишечника.

Антимадиаторная терапия в первую очередь подразумевает применение антигистаминных средств, которые должны назначаться дифференцированно в зависимости от возраста ребенка. Детям до 6 мес показаны антигистаминные препараты I поколения (хлоропирамин и диметинден) малее с 1-го месяца, хифенадин — с 3 мес). Детям с 6 мес назначают антигистаминные лекарственные средства II и III поколения, за исключением лоратадина, который показан детям старше 2 лет.

Антигистаминные средства I поколения у детей с проявлениями ПА применяют на протяжении 7-10 дней, особенно при наличии зуда. Препараты II и III поколений можно назначать на более продолжительный срок.

Левовращающий оптический изомер цетиризина, селективный агонист H1-рецепторов — левоцетиризин (Алерзин) является эффективным и безопасным препаратом при ПА у детей. Фармакодинамика и фармакокинетика левоцетиризина хорошо изучены. Действие препарата



О.Г. Шадрин

у 50% больных начинается уже через 12 мин после приема однократной дозы, у 95% — через 1 час и сохраняется в течение 24 часов. Левоцетиризин влияет на гистаминзависимую стадию развития аллергической реакции, уменьшает миграцию эозинофилов, сосудистую проницаемость, ограничивает высвобождение медиаторов воспаления. Алерзин тормозит высвобождение первичных (гистамин, триптаза) и вторичных (LTC4 и PGD2) медиаторов тучных клеток. Препарат обладает противовоспалительной активностью: подавляет продукцию цитокинов и хемокинов, уменьшает хемотаксис и накопление лимфоцитов в коже. Он предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, оказывает антиэкссудативное, противоаллергическое, противовоспалительное действие, почти не оказывает антихолинергического и антисеротонинового действия. Левоцетиризин не взаимодействует с цитохромом печени P450, и, таким образом, у него отсутствует конкурентное лекарственное взаимодействие. Поэтому препарат можно сочетать с антибиотиками, противогрибковыми и другими лекарственными средствами и использовать у пациентов с патологией печени. К преимуществам препарата также следует отнести кратность приема 1 раз в сутки и продолжительность использования (на протяжении года). Алерзин выпускается в таблетированной форме и в виде капель, что позволяет применять его у детей разных возрастных групп. Алерзин в форме капель не содержит ароматизаторов и красителей (в отличие от препаратов в форме сиропов). Алерзин эффективен и безопасен для длительного лечения детей с аллергическими проявлениями без дополнительной аллергизации.

Лечение детей, страдающих гастроинтестинальными проявлениями ПА, представляет собой сложную задачу. Отсутствие патогномоничных клинических признаков заболевания, наличие не-IgE-зависимых механизмов развития болезни, затрудняющих лабораторное подтверждение сенсibilизации, создают проблемы адекватной и своевременной диагностики и терапии аллергических поражений пищеварительного тракта. Использование в лечении современных эффективных и безопасных лекарственных форм (Алерзин) позволяет в короткие сроки уменьшить клинические проявления заболевания у детей различных возрастных групп.

Подготовил Владимир Савченко

