

ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТЫ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Ганиева Ш.Ш., Жураева Ф.Р., Наврузова Ш.И.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ Резюме,

Авторами проведено исследование по изучению частоты гастроинтестинальной аллергии у детей, проживающих в Бухарской области. По данным ретроспективного изучения данных официальной медицинской статистики областного отдела Здравоохранения Бухарской области за 2016-2019 годы установлены причинные пищевые продукты, вызывающие аллергию, клинические формы и коморбидность. Наблюдаемая структура пищевой аллергии и заболеваний гастроинтестинального тракта доказывает необходимость индивидуального подхода к диагностике и ведению пациентов данной категории.

Ключевые слова: Гастроинтестинальная аллергия, иммунитет, аллергия, частота, распространенность, дети

БОЛАЛАРДА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛ АЛЛЕРГИЯ УЧРАШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ганиева Ш.Ш., Жураева Ф.Р., Наврузова Ш.И.,

Абу Али Ибн Сино номли Бухора давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Муаллифлар томонидан Бухоро вилоятида яшовчи болаларда гастроинтестинал аллергиянинг учраши ўрганилган. Бухоро вилояти соғлиқни сақлаш бошқармаси расмий статистик маълумотларининг ретроспектив таҳлили натижаларига асосланиб, аллергияга сабаб бўлувчи овқат маҳсулотлари, аллергиянинг клиник шакллари ва коморбидлик аниқланган. Таомга бўлган аллергия ва гастроинтестинал тизим касалликлари структураси ушбу категориядаги беморланиташхислашда ва олиб боришда индивидуал ёндашув зарурлигини исботлайди.

Калит сўзлар: Гастроинтестинал аллергия, иммунитет, аллергия, частота, тарқалиш, болалар

FEATURES OF THE FREQUENCY OF GASTROINTESTINAL ALLERGIES IN CHILDREN

Ganiyeva Sh. Sh., Jurayeva F. R., Navruzova Sh.I.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue stride <http://bsmi.uz>.

✓ Resume,

The authors conducted a study on the frequency of gastrointestinal allergies in children living in the Bukhara region. According to a retrospective study of official medical statistics of the regional Department of Health of the Bukhara region for 2016-2019, causal food products that cause allergies, clinical forms and comorbidity have been identified. The observed structure of food allergies and diseases of the gastrointestinal tract proves the need for an individual approach to the diagnosis and management of patients in this category.

Keywords: Gastrointestinal Allergy, immunity, Allergy, frequency, prevalence, children

В о всех странах мира отмечен рост аллергической патологии. В последние годы ученые говорят о том, что до 30-40% взрослого населения страдают различными формами аллергии (гастроинтестинальной, кожной, респираторной в изолированном или комбинированном вариантах). Несмотря на более глубокое понимание патогенеза atopических заболеваний и достижения фармакологии, тенденции к снижению числа детей с этой патологией не отмечается [1]. Многочисленные исследования, выполненные в разных регионах мира и охватывающие разные возрастные группы населения, показали, что за последние десятилетия проблема аллергии приняла масштаб глобальной медико-социальной проблемы [2].

В последние годы внимание экспертов обращено на состояние слизистых желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов с atopическим дерматитом (АД), которые первыми соприкасаются с пищевыми аллергенами и реагируют развитием аллергического воспаления [3]. Если раньше к пищевым

аллергенам относили цитрусовые, какао, продукты красного цвета, мед, то сейчас стало ясно, что эти продукты в большей мере могут иметь значение для детей старше 3-х лет. В развитии пищевой аллергии у младенцев главную роль играет белок коровьего молока (БКМ). Распространенность пищевой аллергии к БКМ составляет 2-3%, к белку куриного яйца - 1,5-2%, к арахису - 0,1-1% [2-6]. Первые гастроинтестинальные проявления пищевой аллергии у младенцев неспецифичны и требуют от врача особого внимания. Нередко обильные срыгивания, младенческие колики, запор по типу "запорного поноса" расцениваются только как проявления функциональных нарушений со стороны ЖКТ у младенцев, тогда как на самом деле они являются первыми гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии [7].

Учитывая ряд особенностей иммунной системы, зависящих от возраста, важным этапом на пути выяснения иммунных механизмов аллергических заболе-

ваний являются исследования, проведенные у пациентов детского возраста [8, 9].

Согласно исследованиям, проведенным в странах Европы и США, клинические проявления ПА к данным пищевым продуктам характеризуются особой выраженностью и представляют угрозу для жизни в связи с риском развития анафилактических реакций с фатальным исходом. Сенсibilизация к арахису и орехам формируется внутриутробно или в раннем возрасте (на фоне грудного вскармливания или при введении прикормов), характеризуясь относительно низкой вероятностью развития толерантности [10,11].

Распространенность аллергических болезней, в том числе ПА, варьирует в зависимости от социально-экономических условий и многочисленных внешнесредовых факторов, включая пораженность населения гельминтными инвазиями. С позиции "гигиенической гипотезы" у населения эндемичных по гельминтозам регионов ожидаются низкие показатели распространенности аллергических болезней [12].

В настоящее время в клиническую практику все более широко входит изучение сенсibilизации к тем или иным продуктам и (или) аллергенам с помощью компонентной алергодиагностики. Так, с позиций молекулярной алергологии в составе продуктов может содержаться множество белковых компонентов, способных вызывать развитие аллергических реакций. При этом сенсibilизация к каждому структурному компоненту имеет разную клиническую значимость, что обусловлено различными физико-химическими свойствами молекул: устойчивостью к термической обработке, воздействию пищеварительных ферментов [13,14].

Многообразие причин, вызывающих развитие аллергических заболеваний, сложный патогенез, неодинаковый ответ пациентов на проводимую терапию стали основанием для выделения фенотипов и эндотипов аллергических болезней. Столь высокий интерес к данной проблеме связан с тем, что современные успехи в диагностике и терапии аллергических заболеваний не всегда удовлетворяют пациентов, причем у многих из них отмечается неэффективность проводимого стандартного лечения [15].

Реакции на растительную пищу в отличие от реакций на пыльцу могут возникать круглогодично, вне зависимости от периода цветения. Отказ от того или иного продукта, вызывающего аллергическую реакцию, зачастую воспринимается родителями таких пациентов как некий каприз и нежелание употреблять в пищу сырые овощи и фрукты. В то же время несбалансированная элиминационная диета приводит к обеднению ежедневного рациона, что может способствовать развитию авитаминоза, хронической патологии желудочно-кишечного тракта и т.д. [16].

Синдром ПА охватывает широкий спектр болезней кожи, желудочно-кишечного (ЖКТ) и респираторного трактов, включая генерализованные проявления. Согласно данным официальной статистики, ПА является причиной 30-50% всех анафилактических состояний, требующих госпитализации в отделениях неотложной терапии [17]. Патология ЖКТ, ассоциированная с гиперчувствительностью к пищевым продуктам, может манифестировать как в грудном возрасте (протоколит, энтероколит, энтеропатия), так и у подростков (аллергический эозинофильный эзофагит, гастроэнтерит). Однако нередко в практическом здравоохранении

данные проявления ПА расцениваются врачами как самостоятельная гастроинтестинальная патология, что определяет неверную тактику в отношении указанных симптомов. Перекрестная реактивность между растительными и пищевыми аллергенами является причиной развития синдрома ПА у детей, имеющих сенсibilизацию к антигенам полыни, березы и амброзии. Респираторные симптомы занимают меньший удельный вес в структуре пищевой аллергии, однако сопряжены с более тяжелыми клиническими фенотипами. Так, аллергия к пищевым продуктам является важным фактором риска тяжелой жизнеугрожающей бронхиальной астмы (БА): около половины пациентов, имевших в анамнезе указания на терапию обострений с использованием искусственной вентиляции легких, имеют сенсibilизацию к пище. При этом наиболее частыми причинно-значимыми аллергенами являются яйцо, молоко, арахис, соя, рыба и морепродукты [18].

Процесс формирования толерантности к пищевым аллергенам представляет интерес для науки и практического здравоохранения. Исследования последних лет свидетельствуют о целесообразности строгой элиминационной диеты для формирования толерантности и о возможности блокирования этого процесса при ее несоблюдении [19].

На сегодняшний день рост аллергической патологии рассматривается как глобальная эпидемия. Наиболее ярко пищевая аллергия у младенцев первых месяцев жизни проявляется в виде гастроинтестинальных нарушений.

Цель исследования

Изучение частоты гастроинтестинальной аллергии (ГИА) у детей, проживающих в Бухарской области.

Материал и методы

Проводили ретроспективное изучение данных официальной медицинской статистики областного отдела Здравоохранения Бухарской области за 2016-2019 годы.

Результат и обсуждение

Результаты ретроспективного изучения показали, что в периоды с 2016 -по 2019 годы в Бухарской области было зарегистрировано 2 363905 детей до 18 летнего возраста, в среднем 590 976 детей ежегодно. Среди них госпитализировано в стационар с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) 5150 детей. При этом частота распространенности заболеваний ЖКТ в среднем составляет 2,17 на 1000 детей до 18 летнего возраста.

За последние 4 года было госпитализировано с пищевой аллергией (ПА)-439 (0,07%) детей, средняя частота распространенности составляет 0,18 на 1000 детей Бухарской области(табл. 1.).

Среди всех госпитализированных больных с ПА у 183 больных установлена гастроинтестинальная форма аллергии (ГИА), что составляет 41,7%(табл.2).

Установлено, что частота ГИА составляет 3,5% всех патологий ЖКТ у детей до 18 лет.

При распределении госпитализированных больных детей с ПА выявлено преобладание мальчиков-233 (53%), чем девочек- 206 (47%). Анализ в возрастном

Таблица 1.

Частота распространенности заболеваний ЖКТ и пищевой аллергии у детей

Дата изучения (в годах)	Общее число детей до 18 лет (абс)	Число заболеваний ЖКТ у детей (абс)	Частота заболеваний ЖКТ на 1000 детей	Число ПА у детей (абс)	Частота ПА у детей на 1000 детей
2016	560807	1218	2,17	119	0,21
2017	571887	1282	2,24	127	0,22
2018	606160	1394	2,29	111	0,18
2019	625051	1256	2,0	82	0,13
Всего	2363905	5150	2,17	439	0,18

Таблица 2.

Частота гастроинтестинальной формы пищевой аллергии у детей ($m \pm M$)

Дата изучения (в годах)	Число ПА у детей (абс)	Число ГИА у детей (абс)	В %
2016	119	48	40,3 $\pm$ 3,6
2017	127	50	39,4 $\pm$ 3,6
2018	111	45	40,5 $\pm$ 3,62
2019	82	40	48,8 $\pm$ 3,68
Всего	439	183	41,7 $\pm$ 2,3

аспекте показал частую госпитализацию детей ввозрасте от 3- до 12 лет-221 (50,4%) (табл.3).

Таблица 3.

Распределение больных детей с пищевой аллергией по возрасту($m \pm M$)

№	Распределение по возрасту	Абс	%
1	До 1 года	61	13,9 $\pm$ 1,6
2	1-3 года	89	20,3 $\pm$ 1,8
3	3-7 лет	127	28,9 $\pm$ 2,1
4	7-12 лет	94	21,4 $\pm$ 1,9
5	12-18 лет	68	15,5 $\pm$ 1,7
	Всего	439	100%

Представляет интерес выявление причины пищевой аллергии, в том числе гастроинтестинальной ее формы у детей. Для установления вероятных причинных факторов пищевой аллергии в виду ограничения возможности и наличия противопоказаний к проведению аллергопробы во время обострения аллергии, мы

ограничивались тщательным сбором аллергоанамнеза и выяснением связи развития заболевания с приемом пищевых продуктов.

Изучение аллергологического анамнеза позволило выявить причины ПА, в частности ГИА у детей (табл.4).

Таблица 4.

Причинные факторы формирования пищевой аллергии ($m \pm M$)

№	Аллерген	N	%
1	Колбасные изделия	43	9,8 $\pm$ 2,7
2	Шоколад	39	8,9 $\pm$ 1,3
3	Баранина	38	8,7 $\pm$ 1,3
4	Яйца (куриные, перепелиные)	34	7,75 $\pm$ 1,2
5	Арбуз/дыня	26	5,9 $\pm$ 1,0
6	Персики	24	5,5 $\pm$ 1,0
7	Цитрусовые (мандарин, апельсин, лимон)	24	5,5 $\pm$ 1,0
8	Арахис	20	4,56 $\pm$ 0,9
9	Коровье молоко (цельное, сгущенное)	19	4,3 $\pm$ 0,8
10	Куриное мясо	18	4,1 $\pm$ 0,8
11	Рыба	18	4,1 $\pm$ 0,8
12	Газированные напитки и соки	14	3,2 $\pm$ 0,8
13	Клубника	13	2,9 $\pm$ 0,7

14	Казы	13	2,96±0,7
15	Киви	11	2,5±1,3
16	Семена подсолнуха	11	2,5±1,3
17	Инжир	10	2,28±0,7
18	Мёд	10	2,28±0,7
19	Кириешки, чипсы	10	2,28±0,7
20	Баклажан	10	2,28±0,7
21	Тыква	8	1,8±0,6
22	Вишня/черешня	8	1,8±0,6
23	Бобовые (маш, фасоль)	7	1,6±0,6
24	Ананас	6	1,37±0,5
25	Помидоры	5	1,14±0,5
	Итого	439	100

Установленные причинные пищевые продукты, как колбасные изделия-9,8%, шоколад-8,9%, мясо баранины-8,7%, куриные и перепелиные яйца-7,75% позволяют характеризовать региональные особенности причинных структур пищевой аллергии у детей в возрасте от 3-х до 12 лет.

Клиническая форма проявления пищевой аллергии была разнообразной. В её структуре преобладают острая крапивница и гастроинтестинальная форма (табл. 5.).

Таблица 5.

Клинические формы пищевой аллергии у детей (m±M)

№	Клиническое проявление пищевой аллергии	N	%
1	Острая крапивница	234	53,3±2,3
2	Отек Квинке	12	2,7±0,6
3	Аллергический дерматит	52	11,8±1,6
4	Синдром Лайелла	39	8,9±1,3
5	Узелковая эритема	3	0,7±0,7
6	Гастроинтестинальная форма	95	21,7±1,9
7	Аллергический блефароконъюнктивит	4	0,9±0,4
	Всего	439	100

В наших исследованиях у 166 (37,8%) больных из всего госпитализированных выявлена коморбидность при ПА (табл. 6.).

Среди всех установленных сопутствующих патологий преобладает анемия-56,6% и острые респираторные заболевания- 28,4%.

Таблица 5.

Частота коморбидности при пищевой аллергии (m±M)

№	Нозология	Абс	%
1	Железодефицитная анемия легкой степени	77	46,4±3,8
2	Железодефицитная анемия средней тяжести	17	10,2±2,3
3	Острый/обструктивный бронхит	22	13,3±2,6
4	ОРЗ	25	15,1±2,7
5	ППЦНС	11	6,6±1,9
6	Реактивный гепатит	7	4,2±1,5
7	Афтозный стоматит	4	2,4±1,1
8	Хронический гломерулонефрит	3	1,8±1,0
	Всего	166	100%

Выводы

Таким образом, частота пищевой аллергии у детей составляет 8,5% всех заболеваний ЖКТ. В структуре пищевой аллергии преобладают острая крапивница-53,3% и гастроинтестинальная форма аллергии-21,7%. В 37,8% случаев пищевой аллергии установлена

коморбидность. При этом ПА чаще сочетается с анемией-56,6% и острыми респираторными заболеваниями-28,4%, и преимущественно проявляется респираторной формой.

Следовательно, установленные данные доказывают необходимость индивидуального подхода к диагностике и ведению пациентов данной категории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Корниенко Е.А., Моисеенкова Ю.А., Волкова Н.Л., Лобода Т.Б. Эозинофильные поражения желудка и кишечника: клиника, диагностика, лечение Альманах клинической медицины. 2018; 46 (5): 482-496. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-482-496/.
2. Кцюан Л.А., Бабакехвян Т.М. Трудный пациент №8-9, ТОМ 14, 2016, с 34-39.
3. Sampson H. A. Update on food allergy. J. Allergy Clin. Immunol. 2004; 113: 805-819.
4. Платонова Н.Б. Аллергия к белкам коровьего молока. Педиатр. 2016;7(3):153-6. doi: 10.17816/PED73153-156.
5. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Report of the NIAID-Sponsored Expert Panel. J. Allergy Clin. Immunol. 2010; 126 (6, Suppl.): 1-58.
6. Niggemann B., Beyer K. Pitfalls in double-blind, placebocontrolled oral food challenges. Allergy. 2007; 62 (7): 729-732.
7. Roy-Ghanta S, Larosa D.F, Katzka D.A. Atopic characteristics of adult patients with eosinophilic esophagitis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008;6(5):531-5. doi: 10.1016/j.cgh.2007.12.045.
8. Mukouyama Tokuko M.D., Yokuzuna, Sumidaku:Allergy: The Development of Bronchial Asthma in Infansy. Official English Journal of Japan Pediatric Society. 2007; 27: 1: 17-23.
9. Lundel A.-C., Hesselmar B., Saalman R., Karlsson H. , Lindberg E. et al. High circulatin immunoglobulin A levels in infants are associated with inte- 39Трудный пациент №8-9, ТОМ 14, 2016 ПЕДИАТРИЯ /PEDIATRIC stinal toxigenic Staphylococcus aureus and a lower frenquency of eczema. Clin Exp Allergy. 2009 May; 39 (5): 662-70
10. Ben-Shoshan M., Clarke A.E. Food-induced anaphylaxis: Clinical highlights and knowledge gaps // Paediatr. Child Health. - 2012. - Vol. 17, N 1. - P. 29-30.
11. NIAID-Sponsored Expert Panel. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel // J. Allergy Clin. Immunol. - 2010. - Vol. 126, N 6. - P. 1-58.
12. Cooper P.J. Interactions between helminth parasites and allergy. Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2009; 9 (1): 29-37.
13. Urisu A., Kondo Y., Tsuge I. Hen's Egg Allergy. Chem Immunol Allergy. 2015 (101): 124-130. DOI: 10.1159/000375416. Epub 2015 May 21. Review.
14. Matricardi P.M., Kleine-Tebbe J., Hoffmann H.J. et al. EAACI Molecular Allergology User's Guide. Pediatr. Allergy Immunol. 2016; May 27 Suppl. 23: 1-25. DOI: 10.1111/pai.12563. 18. Mine Y., Yang M. Recent advances in the understanding of egg allergens: basic, industrial, and clinical perspectives. J. Agric. Food Chem. 2008; Jul. 9; 56 (13): 4874-4900. DOI: 10.1021/jf8001153. 19. Flores Kim J., McCleary N., Nwaru B.I. et al. Diagnostic accuracy, risk assessment, and cost-effectiveness of component-resolved diagnostics for food allergy: A systematic review. Allergy. 2018; Jan. 10. DOI: 10.1111/all.13399.
15. Ларькова И.А., Ревякина В.А. Проблема пищевой аллергии и элиминационных диет у детей // Вопр. питания. 2015. Т. 84, № 5. С. 49-50.
16. Сергеев А.В., Мокроносова М.А. // Мед. иммунол. 2011. Т. 13. № 1. С. 17.
17. Ногаллер А.М. Пищевая аллергия и непереносимость пищевых продуктов: дифференциальная диагностика. Тер. архив. 2006; 78 (2): 66-71.
18. James JM. Respiratory Manifestations of food allergy. Pediatrics. 2003; 111 (6): 1625-1630. 28. Roberts G, Patel N et al. Food allergy as a risk factor for life-threatening asthma in childhood: a case-controlled study. J. Allergy Clin. Immunol. 2003; 112: 168-174.
19. Nowak-Węgrzyn A. Food allergy to proteins. Nestle Nutr. Workshop Ser. Pediatr. Program. 2007; 59: 17-31.

Поступила 09.03. 2020