

## Список литературы

1. *Концепция профилактики внутрибольничных инфекций*, МЗ РФ, 06.12 1999 г. Раздел «Повышение эффективности дезинфекционных мероприятий».
2. *Щебро А.П.* Больничная гигиена. Руководство для врачей. — СПб., 2000. — С. 114.
3. *Голубкова А.А., Смирнова С.С., Харитонов А.Н., Вотчинский В.М.* Некоторые вопросы организации дезинфекционных мероприятий в ЛПУ и возможные подходы к оценке их эффективности // Актуальные проблемы профилактики нозокомиальных инфекций в учреждениях родовспоможения и детства / Материалы региональной науч.-практ. конференции. — Екатеринбург, 2004. — С. 36—46.
4. *Рекомендации Ассоциации специалистов по противоинойфекционной работе и эпидемиологии (АРИС) по выбору и применению дезинфицирующих средств.* — 1996.

**С.В. Прошкина, А.М. Чередниченко**  
*Уральская государственная  
медицинская академия*

### **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей относится к числу актуальных проблем педиатрии (1). Наиболее сложными для практикующих врачей-педиатров являются вопросы лечения больных, поскольку течение гастроинтестинальной пищевой аллергии сопровождается многими неспецифическими симптомами, среди которых могут быть боли в животе различной локализации, тошнота и рвота, метеоризм, а также расстройства стула в виде поносов либо запоров. С учетом актуальности проблемы мы наблюдали в течение 1—1,5 года в стационаре и амбулаторно 123 ребенка с гастроинтестинальной пищевой аллергией.

Для постановки диагноза за основу были взяты следующие критерии: связь гастроинтестинальных симптомов с приемом определенных продуктов питания (коровье молоко, яйца, цитрусовые, изделия из пшеничной муки и др.); положительный аллергологический анамнез; уменьшение либо исчезновение

симптомов болезни после прекращения приема аллергенных продуктов; положительный лечебный эффект от приема антигистаминных препаратов.

У всех наблюдаемых детей были выявлены высокие уровни общего IgE и аллергенспецифических IgE-антител к 13 пищевым аллергенам, что также относилось к обязательным диагностическим критериям (2).

Во всех наблюдениях морфологическими исследованиями слизистой оболочки антрального отдела желудка и дистального отдела толстой кишки были найдены различные морфологические формы хронического гастрита, ассоциированного с Н.р. и проктосигмоидита.

Основой лечения больных являлась организация диетического режима с элиминацией причинно-значимых пищевых аллергенов. Пищевой рацион составляли строго индивидуально, с учетом показателей содержания аллергенспецифических IgE-антител и степени сенсибилизации этого вида пищевыми аллергенами (++++, +++, ++). Из пищевого рациона исключали продукты, вызывающие очень резко положительные (++++) и резко положительные (+++) аллергические реакции и ограничивали продукты, в ответ на введение которых выявлялась положительная (++) аллергическая реакция.

В наших наблюдениях такими продуктами оказались куриное яйцо (78,8 %), коровье молоко (72,3 %), куриное мясо (40,7 %), рыба (56,6 %), пшеничная мука (61 %), цитрусовые (66 %), крупа ячменная (52,9 %) и крупа ржаная (31,3 %), свинина (42,1 %), говядина (80 %), кукуруза (50 %), крупа рисовая (66,7 %), крупа гречневая (45,5 %). Из мясных продуктов рекомендовали куриное «белое» мясо, в случаях непереносимости говядины и свинины, пресное молоко заменяли кисломолочными продуктами. Известно, что все кисломолочные продукты обладают пробиотическим действием и благоприятно влияют на кишечный микробиоценоз; оказывают антиинфекционное действие путем активации продукции некоторых регуляторов иммунного ответа, в частности интерлейкинов и гамма-интерферона в сочетании с усилением иммунного ответа энтероцитов, фагоцитов и пролиферации лимфоцитов (3). Рекомендовали варить кашу из ржаной, кукурузной, рисовой либо гречневой крупы только в случаях наличия слабopоложительной аллергической реакции (+). Продукты, приготовлен-

ные на основе пшеничной муки, рекомендовали употреблять как можно реже либо назначали аглютенную диету.

В наборе продуктов, содержащих растительные волокна, предлагали употреблять кабачки, тыкву, капусту в тушеном либо запеченном виде, огурцы, яблоки, крыжовник, смородину, вишню и груши. Плоды, которые не культивируются в нашем регионе, не рекомендовали к употреблению, так же как и дыню, арбузы, виноград, цитрусовые.

Организация лечебно-охранительного режима предусматривала освобождение детей от дополнительных учебных нагрузок, проведение закаливающих процедур (лечебная физкультура, массаж, бассейн, прогулки перед сном, душ на ночь), 9–10-часовой сон.

Большим хроническим гастритом (гастродуоденитом), ассоциированным с *H. p.*, назначали стандартную эрадикационную терапию (денол, амоксициллин, метронидазол). Для нормализации моторно-эвакуаторной функции желудка и наличия дуодено-гастрального рефлюкса назначали прокинетики (мотилиум, мотилак). По показаниям проводили противопаразитарную (флагил, тиберал, фуразолидон) и антигельминтную терапию. Обязательным компонентом терапии было лечение кишечного дисбиоза. С этой целью использовали препараты-пробиотики (лактобактерин, бифидумбактерин, линнекс, бифиформ, хилак-форте). Для проведения энтеросорбции и освобождения желудочно-кишечного тракта от аллергенов назначали один из перечисленных энтеросорбентов – смекта, энтеродез, микросорб, лактофильтрум. Обязательным компонентом комплексной терапии было назначение антигистаминных препаратов, чаще всего первого поколения (задитен), в возрастных дозировках в течение 4–8 недель с постепенной отменой и последующим назначением повторными курсами в течение года.

В более поздние сроки с целью улучшения активности окислительно-восстановительных процессов в поврежденных органах, нормализации внутрипеченочной динамики назначали кислородный коктейль, по 100–200 мл ежедневно в течение двух недель. Вся сопутствующую патологию лечили совместно с ЛОР-специалистом, неврологом, кардиологом.

Наблюдения за детьми в течение 1–1,5 года показали заметную эффективность проводимых оздоравливающих мероприятий, составляющих реабилитационный комплекс. Большинство

больных (66,7 %) при повторных осмотрах жалоб на боли в животе не предъявляли. В ряде наблюдений (33,3 %) боли в животе были редкими, кратковременными, проходили самостоятельно и не требовали медикаментозной коррекции. Появление их было связано с употреблением аллергенных продуктов в тех случаях, когда родители не выполняли рекомендации врача. У большинства детей нормализовался стул (69,1 %) и аппетит (66,7 %). В редких наблюдениях (8,9 %) определялась болезненность при пальпации живота. Несколько чаще (38,2 %) выявлялась болезненность при пальпации кишечника.

При повторном эндоскопическом исследовании верхнего отдела желудочно-кишечного тракта по-прежнему имели место морфологические изменения осматриваемой слизистой оболочки. Однако они ограничивались морфологической картиной поверхностного эзофагита, гастрита, дуоденита и гастродуоденита. Ни в одном наблюдении не выявлялся эрозивный гастрит.

Значительно (в 2–3 раза) уменьшилось число больных, имеющих очень резко положительную (++++) , резко положительную (+++) аллергическую реакцию, хотя положительная (++) аллергическая реакция нередко (почти у половины больных) сохранялась. В 2–3 раза уменьшилась частота выявления аллергенспецифических IgE-антител к коровьему молоку, куриному мясу, цитрусовым, крупе ячменной и ржаной, свинине, крупе рисовой и гречневой. Однако сохранялась прежняя частота выявления аллергенспецифических IgE-антител к куриному яйцу, рыбе, пшеничной муке, говядине и кукурузе.

Наиболее сложными для проведения лечения оказались больные с кожно-гастроинтестинальной формой пищевой аллергии. У этих детей при всех гистологических формах хронического гастрита был отмечен избыточный синтез общего IgE, но чаще всего — у больных диффузным гастритом с атрофией слизистой оболочки.

При всех гистологических формах хронического гастрита сохранялась поливалентная пищевая сенсibilизация. По частоте выявляемости диагностически значимыми пищевыми аллергенами оставались куриное яйцо (при всех гистологических формах гастрита), коровье молоко (только при поверхностном гастрите), куриное мясо (при диффузном гастрите с атрофией слизистой оболочки), рыба (при диффузном гастрите без атрофии и с атрофией слизистой оболочки), пшеничная мука и цитрусовые (при

всех гистологических формах гастрита), свинина (при диффузном гастрите с атрофией слизистой оболочки).

Последнее указывало на необходимость продолжения реабилитационных мероприятий, включающих элиминационную диету с исключением причинно-значимых аллергенов при одновременном использовании симптоматической терапии.

Проводимая реабилитационная терапия положительным образом влияла не только на морфологическую картину гастрита, но и на морфологические изменения слизистой оболочки дистального отдела толстой кишки. В динамике наблюдения у большинства больных был диагностирован катаральный, в единичных наблюдениях – катарально-фолликулярный проктосигмоидит. Ни в одном наблюдении не был обнаружен эрозивный проктосигмоидит. У некоторых больных эндоскопические признаки проктосигмоидита отсутствовали, слизистая оболочка осматриваемого отдела толстой кишки выглядела неизменной.

У детей с кожно-гастроинтестинальной формой пищевой аллергии был отмечен также избыточный синтез общего IgE при всех гистологических формах хронического проктосигмоидита.

Анализ частоты выявления аллергенспецифических IgE-антител и их характеристика указывали на сохраняющуюся поливалентную пищевую сенсибилизацию, что было прогностически неблагоприятно, поскольку это были дети преимущественно в возрасте от 12 до 15 лет с атрофическим проктосигмоидитом.

Положительная динамика заключалась в уменьшении частоты обнаружения аллергенспецифических IgE-антител на куриное яйцо (при всех гистологических формах хронического проктосигмоидита), коровье молоко (при всех гистологических формах хронического проктосигмоидита), куриное мясо (при поверхностном и диффузном проктосигмоидите). В то же время наряду с положительной наблюдалась и отрицательная динамика: частота обнаружения аллергенспецифических IgE-антител на такие пищевые аллергены как пшеничная мука (при поверхностном проктосигмоидите), рыба, цитрусовые, пшеничная мука (при диффузном проктосигмоидите), пшеничная мука, рыба (при атрофическом проктосигмоидите) не уменьшалась, а увеличивалась либо уменьшалась незначительно.

Таким образом, гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей сопровождается избыточным синтезом общего IgE и повышенным содержанием аллергенспецифических IgE-антител к наиболее часто употребляемым продуктам питания, выступаю-

щим в роли пищевых аллергенов. Обнаружение высоких уровней общего IgE и аллергенспецифических IgE-антител к пищевым аллергенам позволяет говорить о наличии в наших наблюдениях IgE опосредованного иммунного механизма аллергической реакции.

Наш опыт наблюдения за больными с гастроинтестинальной пищевой аллергией свидетельствует о возможности достижения терапевтического эффекта на фоне комплекса реабилитационных мероприятий в течение 1–1,5 года. Он заключается в улучшении клинической симптоматики в виде уменьшения абдоминального болевого синдрома и исчезновения диспепсических расстройств, а также уменьшении тяжести морфологических изменений слизистой оболочки желудка и дистального отдела толстой кишки у повторно обследуемых детей. Наряду с этим в описываемых наблюдениях отмечено уменьшение тяжести сенсibilизации к пищевым аллергенам, о которой свидетельствует практически полное отсутствие очень резко положительных (++++) и резко положительных аллергических реакций. В то же время сохраняющаяся поливалентная пищевая сенсibilизация и положительные аллергические реакции у большинства больных, сопровождающиеся избыточным синтезом аллергенспецифических IgE-антител, указывают на длительное сохранение симптомов непереносимости пищевых продуктов и необходимости продолжения реабилитационных мероприятий.

#### Список литературы

1. Баранов А. А. *с соавт.* Гастроинтестинальная пищевая аллергия у детей. — М., 2002. — 172 с.
2. Ревякина В. А., Боровик Т. Э. Пищевая аллергия у детей. Современные аспекты / Российский аллергологический журнал. — 2004. — № 2. — С. 71–77.
3. Баранов А. А., Щеплягина Л. А. Физиология роста и развития детей и подростков. Теоретические и клинические вопросы. — М., 2000. — С. 590.