

3. Методические рекомендации “Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей” Версия 2 (утв. Минздравом России 03.07.2020).

УДК: 616-056.3/.4/5

**Либухова А.Ю., Лепешкова Т.С.
ПОЛНОЦЕННОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ПИТАНИЕ РЕБЕНКА С ПИЩЕВОЙ
АНАФИЛАКСИЕЙ**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская федерация

**Libukhova A.Yu., Lepeshkova T.S.
COMPLETE AND SAFE NUTRITION A CHILD WITH FOOD
ANAPHYLAXIS**

Department of Outpatient Pediatrics and Pediatrics FPK and PP
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: anlib14@yandex.ru

Аннотация: В статье приведен клинический случай ребенка с поливалентной пищевой аллергией. Для данного пациента была разработана индивидуальная лечебная диета и составлен полноценный семидневный рацион, обеспечивающий потребности ребенка в макронутриентах с учетом переносимости.

Annotation: The article presents a clinical case of a child with a polyvalent food allergy. For this patient, an individual elimination diet was developed and a seven-day ration was compiled, taking into account tolerance, which fully meets the child's needs for macronutrients.

Ключевые слова: пищевая аллергия, анафилаксия, ребенок, диета, рацион, молекулярная компонентная алергодиагностика, молоко, яйцо, пшеница, аминокислотная смесь.

Key words: food allergy, anaphylaxis, child, diet, ration, molecular component allergic diagnosis, milk, egg, wheat, amino acid medley.

Введение

Во всем мире отмечается рост пищевой аллергии у детей. В этой связи её точная диагностика и персонафицированное лечение имеют решающее значение. Пищевая аллергия - это вызванная приемом пищевого продукта патологическая реакция, в основе которой лежат иммунные механизмы (IgE-

опосредованные реакции, не IgE-опосредованные или их сочетание - реакции смешанного типа) [1].

Случайное попадание даже мельчайших количеств пищевого аллергена, способного вызывать аллергические реакции IgE-зависимого типа у сенсibilизированному к нему пациента, может инициировать острые аллергические реакции, а у высокочувствительных лиц приводить к анафилаксии [3]. World Allergy Organization (WAO) и Европейская Академия аллергологии и клинической иммунологии (EAACI) рассматривают анафилаксию как «тяжелую системную реакцию гиперчувствительности, которая характеризуется быстрым началом и жизнеугрожающими проблемами со стороны дыхательных путей и кровообращения, и обычно, но не всегда, ассоциирована с изменениями на коже и слизистых» [2,4].

Родители пациентов с пищевой аллергией часто сталкиваются с трудностями в данной ситуации. Самой главной проблемой является составление полноценного рациона для ребенка, который будет соответствовать возрастным потребностям при этом не содержать потенциально опасных пищевых протеинов.

Цель исследования - разработать полноценное недельное меню для пациента с поливалентной пищевой аллергией и эпизодами повторной пищевой анафилаксии в анамнезе.

Материалы и методы исследования

Использован экспериментально-теоретические метод: анализ литературных данных по проблеме, поиск и анализ источников, регламентирующих составление правильного рациона; применен клиничко-анамнестический метод: изучение анамнеза пациента и клинических проявлений болезни.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический случай: Пациент М.А., 04.06.2016 г.р. (4,5 года). Наследственность: у родной сестры (8 лет) - поллиноз. Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов, родился доношенным с весом 4110 гр, длиной 54 см. Беременность протекала без осложнений, грудное вскармливание - до 1 года 10 месяцев.

С 2 месяцев - формирование атопического дерматита. Вакцинация АКДС стала возможна только после 4 месяцев на фоне некоторого улучшения по коже. После вакцинации - гиперемия кожи, уртикарные высыпания к вечеру.

В 7 месяцев на введение кукурузной каши – рвота фонтаном. В 8 месяцев при введении творога – отказ от еды. В 8,5 месяцев - на двухразовое употребление по ½ ч.л. кефира, через 5-7 минут - беспокойство и возбуждение, уртикарные элементы на лице и шее, отек век, выраженный зуд. Реакция купирована ½ ч.л. дезлоратадина. Известно, что кефир на следующий день дали повторно. Ребенок сразу покрылся крупными уртикариями на лице, подбородке и шее, стал беспокойным, начал плакать. Была вызвана СМП, врачами были введены антигистаминный и ГКС препараты и предложена госпитализация.

Поскольку, реакция стала угасать, родители от стационарного лечения отказались.

В 11 месяцев – новый эпизод анафилаксии на твердый сыр: моментально появилась эритродермия, кожа покрылась зудящими уртикарными высыпаниями. Поскольку возник выраженный ангиоотек лица и век, обильная ринорея, свистящее дыхание и безудержный плач, была вызвана СМП, и пациент был госпитализирован в палату интенсивной терапии.

После второго эпизода пищевой анафилаксии ребенок впервые был консультирован аллергологом, по рекомендации которого было проведено аллергологическое обследование *in vitro* (ImmunoCAP). В результате обследования была выявлена сенсibilизация к коровьему молоку (а-лактоальбумин, казеин), куриному белку (овальбумин) и куриному желтку, пшенице, кукурузе. Ребенку и маме была назначена строгая элиминационная безмолочная, безяичная и безглютеновая (в том числе с исключением кукурузы) диеты. На фоне строгой лечебной диеты (и у мамы, и у ребенка) проявления атопического дерматита впервые полностью были купированы.

Резкое ухудшение состояния пациента возникло во время поездки к бабушке и дедушке в Армению (в 2 года). Родственники мальчика проживают в частном доме, держат две коровы и часто готовят блюда с использованием коровьего молока и говядины, варят творог и домашний сыр. По приезду к ним у пациента появились высыпания и зуд на теле и лице, в локтевых и в подколенных сгибах. Стали ежедневно появляться элементы о. крапивницы, ринорея, кашель. Ребенок все время оставался на строгой безмолочной, безяичной и безглютеновой диетах, получал аминокислотную смесь, но состояние его ухудшалось, и родители вернулись с ребенком домой.

Проведённое комплексное обследование мальчика методом молекулярной аллергодиагностики (аллергочип – ISAC-112) показало крайне высокую чувствительность ребенка к казеину и сывороточным белкам коровьего молока, овальбумину и овомукоиду куриного яйца. Была выявлена чувствительность к анафилактогенным молекулам (белкам переносчикам липидов и к белкам хранения растений) пшеницы, персика, киви, грецкого ореха, фундука, кунжута, сои и арахиса. Впервые была установлена сенсibilизация к пыльце березы, перхоти коровы, аллергенам лошади, кошек, собак.

Ребенку была разработана индивидуальная безмолочная, безяичная, безглютеновая диета с исключением говядины и телятины, куриного мяса, кукурузы, арахиса, сои и всех бобовых (чечевица, фасоль, горох, нут и др.), всех видов орехов, персика, киви, соков и сырых косточковых фруктов (яблоки, груша, слива, вишня, черешня, абрикос), моркови, помидоров, сельдерея.

Для пациента был составлен полноценный рацион питания с использованием разрешенных продуктов и обязательным включением в ежедневное меню ребенка аминокислотной смеси. Именно аминокислотная смесь помогла восполнить пищевой рацион по калорийности, содержанию белков, жиров и углеводов. Стоит отметить, что аминокислотные смеси дают

возможность детям с поливалентной пищевой аллергией/анафилаксией развиваться и расти гармонично в соответствии с возрастными нормами.

Ниже приведены таблицы с расчётами разработанного рациона с использованием аминокислотной смеси и без ее применения. Они отражают значимость точного подбора блюд и необходимость использования аминокислотной формулы в рационе детям с пищевой аллергией даже если ребенку 4,5 года.

Таблица 1

Пищевая ценность составленного рациона с использованием аминокислотной смеси

День	Пищевая ценность			
	ккал	Б	Ж	У
1	2010,58	87,26	81,72	222,02
2	1950,35	80,72	69,77	283,3
3	1922,89	79,1	76,71	254,03
4	1880,38	84,88	66,68	253,1
5	1977,9	84,2	73,93	277,49
6	1964	82,89	76,88	249,5
7	1865	80,3	64,23	286,7
Среднее:	1938	82,7	72,8	260,8
СанПин 2.4.1.3049-13	1963	73	69	275
Разница в %	-1,2%	+13,2%	+5%	-5,1%

Таблица 2

Пищевая ценность составленного рациона без использования аминокислотной смеси

День	Пищевая ценность			
	ккал	Б	Ж	У
1	1315,32	68,96	49,9	145,5
2	1187,85	58,92	36,52	189,1
3	1348,5	61,5	47,9	180,23
4	1438,23	64,78	42,68	191,6
5	1355,9	66,5	45,13	203,69

6	1311,47	63,39	48,02	126,79
7	1453,8	68,3	45,03	237,3
Среднее:	1344,4	64,6	45	182,03
СанПин 2.4.1.3049-13	1963	73	69	275
Разница в %	-31,5%	- 11,5%	- 34,7%	- 33,8%

Выводы:

1. Пищевая анафилаксия может быть фатальной и наблюдаться в разные возрастные периоды.
2. Для получения полной информации о сенсibilизации пациента следует проводить аллергологическое обследование с использованием молекулярной аллергодиагностики.
3. Пациент должен быть проконсультирован врачом-аллергологом, владеющим знаниями по молекулярной аллергодиагностики с целью получения четких и понятных рекомендаций по составлению пищевого рациона для конкретного пациента.
4. Пищевой рацион каждому ребенку с пищевой анафилаксией должен составляться индивидуально с учетом его клинических симптомов, выявленной сенсibilизации и уровня специфических IgE антител с обязательным условием замены в рационе аллергенных продуктов другими безопасными для ребенка так, чтобы калорийность пищи, количество белков/жиров/углеводов соответствовало возрастным потребностям пациента.
5. Использование аминокислотной формулы позволяет восполнить рацион питания у детей с поливалентной пищевой аллергией по калорийности, содержанию белков, жиров и углеводов.
6. Персонализированный подход к детям с пищевой анафилаксией – это верный путь к выздоровлению пациента.

Список литературы:

1. Аллергия у детей: от теории к практике. / Л.С.Намазова-Баранова - М.: Союз педиатров России, 2010 - 2011. - 668 с.
2. Johansson S.G. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. / S.G. Johansson, et al. // J. Allergy Clin Immunol. - 2004. - № 113(5). - P. 832–836.
3. Connors L. Food allergy-the nuts and bolts. [Электронный ресурс] / L. Connors, S. Wassermann // Parkhurst Exchange. – 2010. - №18. URL: <http://www.parkhurstexchange.com/clinicalreviews/apr10/food-allergy> (дата обращения 20.03.2021 г.).
4. Muraro A. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. /Roberts G., Worm M. et al. // Allergy. - 2014. - № 69. – P. 1026–1045.