

ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ: МІФИ І РЕАЛЬНІСТЬ

Багато міфів сьогодні породжує проблема харчової гіперчутливості, яка об'єднує велику кількість патологічних станів, зумовлених різними варіантами патогенезу. Попри прогресивне зростання поширеності даної патології у дитячій популяції, представлені в літературі епідеміологічні дані мають великий діапазон коливань [1, 2]. Водночас розуміємо, що оцінити реальну поширеність харчової гіперреактивності серед дітей у нашій країні на сьогодні складно, оскільки масштабні епідеміологічні дослідження з вивчення даної патології поодинокі. Насамперед, така ситуація пояснюється труднощами проведення якісних епідеміологічних досліджень й отриманням статистичних даних переважно на підставі звернень за медичною допомогою, а не на активного виявлення патології.

Міфічні уявлення щодо проблеми харчової гіперчутливості зумовлені також труднощами диференціальної діагностики різних її варіантів: імунних (IgE-опосередковані, не-IgE-опосередковані або змішані) і неімунних. Симптоми, незалежно від патогенетичних механізмів, є клінічно дуже схожими і проявляються змінами з боку шкіри, травного каналу, респіраторної системи і навіть генералізованими реакціями (анафілаксія).

Одним із варіантів харчової гіперчутливості є харчова алергія. Згідно існуючих літературних даних, протягом останнього десятиліття відбулося значне зростання захворюваності на харчову алергію, atopічний дерматит, алергічний риніт, бронхіальну астму, що отримало назву "епідемії" алергії [3]. Виокремлення харчової алергії

з харчової гіперреактивності – важке, але надзвичайно важливе завдання, ключ до подальшої успішної лікарської тактики. Міф, який стверджує, що чіткий зв'язок з вживанням продуктів харчування і симптомами (висип на шкірі, діарея, блювота тощо) є підставою для діагностики харчової алергії, безпідставний. Таблиця 1 чітко показує велике розмаїття харчової гіперчутливості. Зокрема, схожість симптомів у разі харчової алергії та ензимопатій призводить до того, що пацієнтам тривало не вдається встановити правильний діагноз і вони безрезультатно довгий час лікуються у різних спеціалістів [4].

Факти сьогодні доводять, що харчова алергія – реакція харчової гіперчутливості, що розвивається за участю імунних механізмів, у дітей найчастіше IgE-опосередкованих. Водночас, треба

Таблиця 1

Класифікація клінічних проявів харчової гіперчутливості залежно від типу реакції та органа-мішені

Орган-мішень	Харчова гіперчутливість			
	Імунна			Неімунна
	IgE-опосередкована	Змішаний тип (IgE- та не-IgE-опосередкована)	Не-IgE-опосередкована	
Генералізована форма	Анафілактичний шок. Харчовозалежна фізично-індукована анафілаксія	–	Гіпотензія	Синдром Хортон („гістамінова мігрень”)
Шкіра	Кропив'янка Контактна кропив'янка Ангіоневротичний набряк Квінке Оральний алергічний синдром Генералізований макулопапульозний кореподіний висип Гіперемія Вузливат еритема	Атопічний дерматит, у тому числі рідкісні форми atopічного дерматиту: дерматит долонь і стоп, умбілікальна і періумбілікальна еритема	Атопічний дерматит, у тому числі рідкісні форми atopічного дерматиту: дерматит долонь і стоп, умбілікальна і періумбілікальна еритема Контактний дерматит Макулопапульозний короподібний висип	Папульозний герпетичний висип Вузливат еритема
Травний канал	Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба	Еозинофільний езофагіт Гастрит, гастроентерит Коліки Індукований харчовими протеїнами ентероколітичний синдром	Еозинофільний проктит, проктоколіт Целіакія, ентеропатія Пілоростеноз Функціональний закріп Синдром подразнених кишок, синдром ентероколіту	Диспептичні розлади (лактозна й інша дисахаридозна недостатність, підвищена чутливість до сульфатів). „Гістамінова абдомінальна мігрень”
Респіраторний тракт	Бронхіальна астма Алергічний риніт Диспное	Бронхіальна астма Алергічний риніт	Хронічна легенева хвороба, індукована молоком – синдром Хейнера (гемосидероз легень) Крикофарингеальний спазм	–

визнати, що харчова алергія у дітей не завжди є IgE-опосередкованою. Більше того, існують дані про те, що частота не-IgE-залежної харчової алергії реєструється у 2-3 % немовлят (World Allergy Organisation Journal, 2020). І найчастіше це гастроінтестинальна алергія до білків коров'ячого молока, яка переважно проявляється алергічним проктоколітом, спричиненим поєднанням змін імунної системи матері під час вагітності та незрілості власної імунної системи дитини. На щастя у 95 % таких пацієнтів симптоми алергічного проктоколіту зникають до досягнення 1-річного віку [5].

Напевне ніхто не сперечатиметься сьогодні з твердженням: Будь-якій патології краще запобігти, ніж лікувати її. Саме тому сьогодні активно дискутуються питання: Як організувати профілактику харчової алергії? І чи це взагалі можливо? Факти говорять про те, що парадигма такої профілактики сьогодні змінилася, в її основі лежить не елімінація харчових алергенів, а індукція харчової толерантності!!! Проводяться широкомасштабні дослідження, які намагаються довести роль індукції харчової толерантності у профілактиці алергії. Результати найбільш масштабного (n=13030) дослідження EAT (Enquiring About Tolerance), опубліковані в 2019 році, показали, що введення високоалергенних продуктів (молоко, яйце, арахіс тощо) у раціон немовляти з 3-місячного віку може бути ефективним у профілактиці харчової алергії, якщо споживається їх достатня кількість. Серед немовлят, яким вдалося споживати рекомендовану кількість високоалергенних продуктів, спостерігалось зниження загальної частоти харчової алергії на дві третини [6]. Такі результати вселяють оптимізм і віру в підвищення ефективності нових профілактичних стратегій.

Існує багато нез'ясованих питань і навколо етіології харчової алергії. Відомо, що існують певні вікові особливості структури харчової сенсibiliзації. Зокрема, найчастішою причиною харчової алергії у дітей раннього віку є коров'яче молоко, куряче яйце та пшениця [7]. Особливо гострою сьогодні є проблема алергії до білків коров'ячого молока, яка реєструється у 2-3 % дітей раннього віку [8]. Встановлено, що у 60 % дітей з алергією до білків коров'ячого молока реєструється її IgE-залежна форма і поява симптомів переважно спостерігається від кількох хвилин до кількох годин з моменту споживання алергену [9]. Водночас, факти доводять, що у значної кількості дітей протягом перших чотирьох років на фоні елімінаційної дієти симптоми алергії

до білків коров'ячого молока зникають. Іншими словами, в перші роки життя дитини існує шанс на одужання. З віком структура харчової сенсibiliзації змінюється, часто розширюється. Саме тому шукати причинний алерген треба, використовуючи індивідуальний підхід. І золотим стандартом діагностики як IgE-залежної так і не-IgE-залежної харчової алергії є елімінаційно-провокаційний тест.

Реалії клінічної практики швидко змінюються. Лікарям потрібно постійно вдосконалюватися і вчитися все життя. Зокрема, в останні роки змінилася міжнародна класифікація хвороб, з якою повинні вміти працювати лікарі сьогодення. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) представила нове видання МКХ-11 у 2019 році. Це найбільш повний і систематизований перелік відомих і відомих доказовою медициною хвороб та станів, який містить інформацію про етіологію, симптоми, діагностичні критерії, вплив на повсякденне життя, принципи лікування кожної нозологічної форми. Перехід на нову класифікацію рекомендований ВООЗ з 1 січня 2022 року, проте в сучасних умовах цей термін продовжено до 2027 року [10]. Одинадцята редакція МКХ містить ключові зміни і щодо розширеного кодування алергії, які віднесли до кваліфікаційної рубрики "Порушення імунної системи. Алергічні реакції і реакції гіперчутливості" (клас 4). Новий принцип групування полягає в ідентифікації локалізації алергічного запалення, тобто залученого органа-мішені, але наявні нозологічні форми мають чітко зазначений зв'язок із харчовою гіперчутливістю та вкладаються у шість підкласів, представлених нижче.

Алергічні чи гіперчутливі розлади, пов'язані з дихальними шляхами (4A80): препарат-індукований бронхоспазм (4A80.0); бронхоспазм, викликаний алергією на харчовий продукт (4A80.1); інші уточнені алергічні або гіперчутливі розлади, пов'язані з дихальними шляхами (4A80.Y); алергічні чи гіперчутливі розлади, пов'язані з дихальними шляхами, неуточнені (4A80.Z).

Алергічні чи гіперчутливі розлади, пов'язані з оком (4A81).

Алергічні чи гіперчутливі розлади, пов'язані з шкірою чи слизовими оболонками (4A82).

Алергічні або гіперчутливі розлади, пов'язані з шлунково-кишковим трактом (4A83): харчовий еозинофільний гастроентерит (4A83.0); харчовий еозинофільний езофагіт (4A83.1); інші уточнені алергічні або гіперчутливі розлади, пов'язані з шлунково-кишковим трактом (4A83.Y); алергічні або гіпер-

чутливі розлади, пов'язані з шлунково-кишковим трактом, неуточнені (4A83.Z).

Анафілаксія (4A84): анафілаксія через алергічну реакцію на їжу (4A84.0); анафілаксія внаслідок контакту з алергеном (4A84.5); інша уточнена анафілаксія (4A84.Y); анафілаксія неуточнена (4A84.Z).

Складні алергічні чи гіперчутливі стани (4A85): гіперчутливість травного каналу, викликана харчовими продуктами (4A85.20); харчова кропив'янка або ангіоневротичний набряк (4A85.21); алергічний контактний дерматит через харчовий алерген (4A85.22); інша харчова гіперчутливість (4A85.2Y); гіперчутливість до їжі неуточнена (4A85.2Z).

Впровадження і використання нової форми МКХ-11 дає надію на вирішення проблеми систематизації та узагальнення інформації щодо харчової гіперчутливості та харчової алергії в Україні і світі.

Основою діагностики харчової алергії є клінічні методи: анамнез, огляд, оцінка фізичного розвитку, ведення харчового щоденника, елімінаційна дієта і відкритий провокаційний харчовий тест. Додаткові методи включають прик-тести з харчовими алергенами, визначення специфічних IgE до екстрактів алергенів і молекулярну діагностику (визначення специфічних IgE до молекул (компонентів) алергенів). Застосування сучасних методів діагностики дозволяє встановити причинний алерген. Протягом останніх років з появою молекулярної діагностики алергії, запропонованої професором Рудольфом Валентою, діагностичні можливості суттєво розширилися [11].

Харчова алергія може проявлятися різними симптомами, однак чи не найчастіше вона супроводжується змінами на шкірі. Відомо, що шкіра – імунний орган, який бере участь в імунних реакціях на фоні алергічних хвороб. Найчастіше шкірними проявами харчової алергії є atopічний дерматит і кропив'янка.

Протягом останніх років активно дискутуються окремі питання лікування харчової алергії. Існує багато міфів. Ще зовсім недавно вважалося, що у разі виявлення харчової алергії в немовляти повинна безапеляційно призначатися строга елімінаційна дієта [12]. Водночас, треба зазначити, що елімінаційна дієта у разі тривалого її застосування є ризиком порушеного нутритивного забезпечення і зниженої якості життя дітей та їхніх батьків і часто не вирішує проблему харчової алергії [13]. Сьогодні існує унікальна можливість проводити цілеспрямовану

дієтичну корекцію шляхом обґрунтованого впливу на імунні механізми на підставі застосування методу специфічної оральної індукції толерантності [14]. Отримані на сьогодні дані довели, що застосування такого методу лікування дозволяє змінити склад представництва цитокінових маркерів, знизити чутливість шкіри, слизових оболонок респіраторної системи та травного каналу до експозиції алергену, сповільнити і навіть зупинити прогресування «атопічного маршу». Однак специфічна оральна індукція толерантності потребує формування особливих навиків і у лікаря, і у пацієнта та членів його родини, і напевне саме тому дуже рідко використовується у практичній педіатрії в Україні. Водночас саме цей метод лікування виглядає найбільш перспективним і потребує ширшого впровадження в педіатричну практику.

Неоднозначно сьогодні трактуються і можливості застосування антигістамінних препаратів у лікуванні харчової алергії. Особливо це стосується вибору антигістамінних препаратів у лікуванні атопічного дерматиту і кропив'янки.

Дискутується питання : Який препарат є клінічно найефективніший? Чи взагалі існує найкращий препарат?

Окремі автори відстоюють точку зору щодо існування трьох поколінь антигістамінних препаратів. Але, на правду, третя генерація представлена препаратами, які переважно є активними метаболітами своїх попередників і виявляють мінімальний седативний ефект. Напевне саме тому їх трактують як неседативні антигістамінні препарати. Саме ці ліки показані в лікуванні хронічної алергічної патології, зокрема хронічної кропив'янки. Однією з найбезпечніших і найбільш вивчених у педіатричній практиці є молекула Левоцетиризину (Алерзин). Однак не можна забувати про антигістамінні препарати першого покоління, які застосовують у період загострення атопічного дерматиту у разі вираженого свербіння для досягнення седативного ефекту і в умовах стаціонару для парентерального введення протягом дуже обмеженого часу. При цьому в таких випадках найчастіше застосовують Супрастин.

Таким чином, не існує поняття «найефективніший чи найкращий препарат». Не існує єдиного рецепта на всі випадки. Не можна говорити : Завжди призначаємо такий препарат! І Ніколи – інший! Ключ до успішного лікування – індивідуальний підхід. Вибір завжди залишається за лікарем і залежить від його знань і вміння працювати з хворим.

Висновок. Ми завжди прагнемо вчасно діагностувати і лікувати харчову алергію у дитини ефективно і безпечно. Сьогодні існують чіткий діагностичний алгоритм і специфічні маркери даної патології. Водночас, дуже важливо пам'ятати про індивідуальний підхід до кожного пацієнта, адже ми «... лікуємо не хворобу, а хворого». Щоб знайти правильне вирішення проблеми мусимо думати, думати і ще раз думати над нашим пацієнтом. Підґрунтям для нашого правильного рішення є знання сучасних методів діагностики і лікування, результатів серйозних доказових досліджень, наше логічне мислення і власний клінічний досвід.

**Список літературних джерел
знаходиться в редакції**

