

УДК 613.278.5:612.017.3:616-08-037

**Т.Р. Уманец¹, О.Г. Шадрін¹, В.А. Клименко², С.Л. Няньковський³,
О.С. Лупальцова², К.О. Яновська², О.М. Ащеулов²,
О.С. Няньковська³, М.С. Яцула³**

Основні положення настанов по веденню хворих з алергією до коров'ячого молока. Частина IV. Лікування та прогноз алергії до коров'ячого молока

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

²Харківський національний медичний університет, Україна

³Львівський національний медичний університет, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.5(69):44-48; doi10.15574/SP.2015.69.44

У статті наведено розділ 11 та 12 керівництва Всесвітньої організації алергологів DRACMA (Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy), що стало прототипом для створення вітчизняних Настанов по веденню хворих з алергією до коров'ячого молока (АКМ). У цих розділах розглядаються проблеми прогнозу АКМ (розділ 11) та сучасні методи лікування, запропоновані у керівництвах різних країн (розділ 12). Настанови розроблені робочою групою за ініціативи Асоціації алергологів, Асоціації дитячих гастроентерологів та нутриціологів, Асоціації імунологів, алергологів та імунореабілітологів України та за підтримки МОЗ України.

Ключові слова: алергія, коров'яче молоко, лікування, прогноз.

Розділ 11. Прогноз алергії на коров'яче молоко

Вступ

Педіатрам та алергологам часто доводиться зустрічатися з батьками, яким відомо, що АКМ — не довічний стан, тому вони хочуть знати, як довго може тривати АКМ у їхніх дітей. Дорослі, яким було діагностовано АКМ, частіше мають тяжкі форми захворювання. У цьому розділі представлено катамнез АКМ в обох вікових групах, незалежно від профілактики і лікувального ефекту. Однак нашим знанням катамнезу АКМ перешкоджає фрагментарна епідеміологія факторів ризику і прогнозу, що є зворотним боком численних досліджень з даного питання.

Коли розвивається АКМ?

Розлади, що пов'язані з харчовою гіперчутливістю, ймовірно, слідує загальній тенденції розвитку алергічних захворювань [1]. Зазвичай симптоми АКМ проявляються протягом перших двох місяців життя [2–4]. За даними японського багатоцентрового дослідження, поширеність АКМ серед новонароджених становить 0,21%, а серед недоношених немовлят з надзвичайно низькою вагою при народженні — 0,35% [5]. Піки поширеності АКМ відмічені протягом перших 12 місяців життя і мають тенденцію до зменшення з віком у терміни, які відрізняються від термінів формування толерантності для інших харчових продуктів [6–10]. Алергія на яйце має схожу картину, триває близько трьох років [11,12]. При алергії на рибу та горіхи тривалість захворювання непередбачувана, і є повідомлення про повторні алергічні реакції навіть після задокументованої толерантності [13–15]. Наукові дослідження доводять, що раннє дитинство — це період, коли АКМ розвивається найчастіше, але більшість пацієнтів цю алергію «переростають» [16].

Клінічні симптоми АКМ часто розвиваються за алгоритмом так званого «алергічного маршу». Ця типова послідовність починається з ранньої сенсibiliзації до харчових алергенів, прогресує до atopічного дерматиту, розвитку сенсibiliзації до інгаляційних алергенів і астми. У той час, коли ця все ще корисна парадигма формування послідовності проявів atopічного фенотипу існує, деякі висновки щодо переходу від проявів алергії з одного органу в інший почали викликати сумніви. У ряді досліджень показано, що далеко не завжди зберігається ця послідовність симптомів. Дослідження MAS виявило, що підгрупа дітей з раннім та важким atopічним дерматитом (АД)

мала більшу поширеність раннього початку бронхоспазму порівняно із середньоважким АД (46,3% та 32,1% відповідно, $p < 0,001$). У цих дітей були відмінності спектра сенсibiliзації і більш низькі показники дихальної функції у віці 7 років [17]. Ці спостереження дають можливість припустити існування різних фенотипів хвороби, і АД може співіснувати з астмою як ранні прояви atopії.

У когорті англійських дітей були виділені фенотипи залежно від результатів прик-тестів, проведених у віці 4 та 10 років: діти без atopії (68%), з «ранньою» (4,3%), «пізньою» (11,2%) і хронічною (16,5%) atopією [18]. У хворих з хронічною atopією весь процес може бути запущений досить рано (як в когорті хворих з підвищеним рівнем IgE у пуповинній крові) і зберігатися протягом тривалого часу, коли і шкіра, і дихальні шляхи одночасно є органами-мішенями. Можливо, така «хронічна atopія» у дітей з АКМ являє відмінний клінічний фенотип, опис якого ще триває.

Як довго триває АКМ?

Середній проміжок часу від постановки діагнозу до одужання від АКМ є кращою (хоча і приблизною) мірою оцінки тривалості хвороби, яка може бути оцінена з проспективного дослідження. Такі дослідження вимагають значних коштів, тому проводяться нечасто.

Пацієнти, яким АКМ діагностовано у грудному віці, позбавились від неї у віці 1, 2, 3, 5, 10 і 15 років у 56%, 77%, 87%, 92%, 92% та 97% випадків відповідно [19,20]. Наступні дослідження виявили більшу тривалість захворювання з розвитком толерантності у 44% протягом півтора року і в 51% протягом двох років після встановлення діагнозу. Інші дослідження доводять формування толерантності у більшості випадків (80%) до трьох-чотирьох років [21–23], але результати різняться відповідно до методики спостереження.

Методологічно тільки оцінка провокаційного харчового тесту, як на початку захворювання, так і для доказу розвитку толерантності, забезпечує «золотий стандарт» інформації. У фінському дослідженні було показано, що у дітей з алергічною реакцією сповільненого типу розвиток толерантності відбувається швидше, ніж у дітей з алергією негайного типу (64%, 92%, і 96% порівняно з 31%, 53% і 63%, відповідно, у 2, 3 і 4 роки) [24].

Кілька досліджень повідомляють, що серед пацієнтів алергологічної клініки у 15% дітей з IgE-залежною АКМ алергія зберігалася після віку 8,6 року, у той час як у всіх

дітей з IgE-незалежною реакцією толерантність досяглась раніше в середньому на 5,0 років [25].

У групі педіатричних пацієнтів в Італії, скерованих на третинний рівень для подвійного сліпого плацебо-контрольованого харчового провокаційного тесту з коров'ячим молоком, середня тривалість АКМ була 23 місяці. У 23% дітей толерантність сформовано через 13 місяців після встановлення діагнозу і у 75% — через 43 місяці [26].

У ретроспективних референтних дослідженнях виявлено інші дані щодо тривалості АКМ. У популяції немовлят віком до трьох місяців з алергічним проктитом, опосередкованим АКМ, толерантність була досягнута у віці від 6 до 23 місяців [27].

В Ізраїльському дослідженні менше половини дітей з діагнозом IgE-залежної АКМ протягом перших дев'яти років життя «переросли» її [28].

Американські дослідники повідомили, що тривалість АКМ значно більша, ніж визначена під час проспективних досліджень, які повідомляли про формування толерантності у 54% дітей протягом 54 місяців, і що у 80% дітей непереносимість молока зберігалась до 16 років [29].

Прогноз розвитку АКМ може змінюватись залежно від критеріїв відбору популяції, обраних параметрів оцінки atopічного статусу, методів оцінки (відкриті або «сліпі» експериментальні умови), частоти проведення провокаційних проб. У цілому різноманітні стандарти звітності та ретроспективний дизайн багатьох досліджень забезпечують інформацією тільки для генерації гіпотез про прогноз АКМ. Наше розуміння проблеми залишається обтяженим процедурною різноманітністю, тому вимагає подальшого дослідження [30–35].

Значний вплив на результати прогнозу АКМ мають генетичні фактори — для аналізу цього впливу також небагато інформації.

Діти, у яких респіраторні симптоми розвиваються на початку захворювання, що мають сенсibilізацію до декількох продуктів і початкову сенсibilізацію до загальних респіраторних алергенів, показали більшу тривалість хвороби [36]. Ці результати підтверджують висновки про значний вплив різних алергічних фенотипів на перебіг АКМ. Сучасні дослідження узгоджуються з гіпотезою, що модель «алергічного маршу» може бути застосована тільки до певних фенотипів, а не до усіх індивідумів з atopією. У разі АКМ може бути кілька різних фенотипів, і якщо вони визначені, можливо підібрати персональну лікувальну стратегію для різних популяцій пацієнтів з atopією.

Які чинники можуть змінити перебіг АКМ?

Початок АКМ пов'язаний з експозицією антигену і повторним впливом триггеру. У патогенезі усе більше значення приділяється антигенпрезентуючим клітинам слизових оболонок [37,38]. Виключення алергенного продукту після ідентифікації може попередити подальший розвиток харчової алергії. Однак повного виключення харчових алергенів, таких як арахіс та молоко, важко дотримуватися, а повторні випадкові незначні впливи через шкіряні, респіраторні і шлунково-кишкові бар'єри можуть стимулювати алергію.

Дослідження на тваринах показали, що за певних обставин толерантність може розвиватися через механізм апоптозу під впливом високої антигенної стимуляції [39]. Інші дослідження, навпаки, доводять формування толерантності під впливом мінімальної кількості алергену [40,41]. Широкий спектр алергенів, які можуть бути введені в дієту, є вірогідним фактором ризику розвитку алергії на дуже ранній стадії, коли імунна система ще функціонально незріла, а модулювання імунної реакції організму до гіперчутливості або толерантності є недосконалим.

Також залишається не визначеним вплив на розвиток алергії раннього або відстроченого введення харчових продуктів [42]. Існують докази, що введення найдрібніших доз молока в неонатальному періоді зменшує імовірність алергії до молока в дитинстві [43], а тривала експозиція білків коров'ячого молока (БКМ) пов'язана з ризиком більшої тривалості АКМ [44].

Які чинники впливають на тривалість АКМ?

Позитивний сімейний анамнез atopічного захворювання, клінічне прогресування астми, риніту, екземи [45], ранні респіраторні симптоми (астма та риніт) зі шкірними та/або шлунково-кишковими симптомами вважаються факторами ризику для персистенції через залучення декількох організмів-мішеней і, як результат, повільнішої ліквідації АКМ. Тяжкі симптоми, виявлені під час діагностики, корелюють з прогнозом щодо більшої тривалості хвороби [46–48].

В одному когортному педіатричному дослідженні більший діаметр пухиря при шкірному прик-тесті зі свіжим молоком достовірно корелював з неможливістю досягти толерантності, хоча це було виявлено не у всіх дослідженнях.

У всіх пацієнтів з АКМ та негативним шкірним прик-тестом на першому році життя розвинулася толерантність до третього року життя. Але 25% немовлят з позитивним шкірним прик-тестом у віці одного року все ще мали алергію. Косенсibilізація, що оцінена шляхом шкірних тестів і специфічних сироваткових антитіл, зокрема до яловичини, яєць, пшениці й сої, а також полісенсibilізація до загальних інгаляційних алергенів та високий рівень IgE впливають на збільшення терміну алергії.

Повідомлялося, що зменшення рівнів специфічного IgE до молока корелює з розвитком толерантності: зниження концентрації специфічних IgE-антитіл на 99% протягом більше 12 місяців відповідає 94% ймовірності досягнення толерантності до білків коров'ячого молока протягом цього часу. Відповідно, час, необхідний для досягнення толерантності, може бути передбачений зниженням рівнів специфічних IgE. Однак інші дослідження [49] довели, що цей прогноз стосується тільки пацієнтів з АД. У загальній популяції рівні специфічних IgE можуть бути корисні під час постановки діагнозу, але вони не можуть бути надійно використані для прогнозування формування толерантності.

Тривалість АКМ корелює з дозою при харчовій непереносимості. В одному дослідженні визначено, що чим менша доза коров'ячого молока в позитивній провокаційній пробі на момент постановки діагнозу, тим довший термін хвороби.

Рівні специфічних IgE також пов'язані з тривалістю АКМ. Як і у випадку зі шкірним прик-тестом, зв'язок між досягненням толерантності і концентрацією антитіл слід підтвердити для деяких продуктів (особливо для казеїну, яловичини, сої, яєць і пшениці) та інгаляційних алергенів. Існує значна кореляція між початковою високою сенсibilізацією до найбільш поширених алергенів і уповільненням у досягненні толерантності до білків коров'ячого молока, незалежно від родинного анамнезу. Однак у популяції дітей із сімейним анамнезом atopії чутливість до загальних продуктів та інгаляційних алергенів протягом першого року життя були значними і прогнозували тривалість atopічного захворювання до шести років [50].

Сенсibilізація до α -1 казеїну [51], β -казеїну, і κ -казеїну була асоційована зі стійкою алергією на молоко незалежно від віку пацієнта. Кілька досліджень показали, що пацієнти з алергією на молоко, у яких виробляються IgE-антитіла до значної кількості послідовних епітопів, мають більш виражену алергію ніж ті, у яких виробляються антитіла до кон-

формаційних епітопів. Досі не відомо, чи корелює толерантність до БКМ зі зниженням концентрації Т-клітинних епітопів казеїну при ІgЕ-залежній [52,53] або ІgЕ-незалежній алергії. У свою чергу, не виключене особливе значення третинних (ІgЕ-залежних) або лінійних (ІgЕ-незалежних) [54] структур епітопів казеїну. У результаті зміни цих структур до молоко-специфічних антитіл можуть бути залучені антитіла ІgА.

Підтримка толерантності у хворих на атопію, як відомо, пов'язана зі стійкою високою концентрацією специфічних ІgG4-антитіл [55]. З огляду на це слід уточнити, чи потрібно буде проводити скринінг епітоп-специфічних ІgЕ-антитіл до молока пацієнтам з АКМ та чи будуть ці параметри мати клінічний сенс у пацієнтів різних підгруп.

Висновки

Алергія до коров'ячого молока часто є першим кроком «алергічного маршу», вона може початися в періоді новонародженості та досягти максимуму в перший рік життя, з тенденцією до зменшення у підлітковому періоді. У дорослих АКМ зустрічається рідко. Сучасні уявлення щодо проблеми ґрунтуються на фрагментарних дослідженнях з епідеміології факторів ризику та прогностичних факторів.

Початок АКМ пов'язаний з експозицією антигену. Теорії необхідності ранньої профілактичної елімінації коров'ячого молока змінені на протилежні, що доведено рядом досліджень на людях і тваринах.

У ретроспективних дослідженнях доведено залежність формування толерантності від клінічних форм. У дітей зі сповільненим типом алергічної реакції толерантність формується швидше, ніж при негайному типі реакції. Діти з

початковими дихальними симптомами, сенсibiliзацією до кількох продуктів і початковою сенсibiliзацією до респіраторних алергенів мають високий ризик більш тривалого перебігу хвороби. Сімейний анамнез атопічної астми, риніту або екземи, ранні респіраторні симптоми зі шкірними та/або шлунково-кишковими симптомами, важкий перебіг хвороби розглядаються як фактори ризику для тривалої персистенції АКМ. Великий діаметр пухиря при шкірному прик-тесті зі свіжим молоком суттєво корелює зі стійкою АКМ. Високі рівні специфічного ІgЕ, особливо до казеїну, антитіла до інших харчових та інґаліційних алергенів, менша доза при позитивній харчовій провокаційній пробі також позитивно корелюють з тривалістю АКМ.

Низькі рівні специфічного ІgЕ до молока корелюють з раннім розвитком толерантності. Висунуто гіпотезу, що толерантність до БКМ корелює зі зниженням концентрації ІgЕ та ІgG до епітопів казеїну третинної або лінійної структури та стійкою високою концентрацією специфічних антитіл ІgG4.

Прогноз АКМ не може бути описано з високою вірогідністю, тому що не уніфіковані методи досліджень — визначення ІgЕ статусу, генетики, методи оцінки, критерії відбору, частота провокаційних проб, стандарти звітності та дизайну досліджень — усі вони досить варіабельні. Проблема потребує подальшого вивчення.

Розділ 12. Лікування алергії до коров'ячого молока

Відповідно до існуючих керівництв, головним принципом лікування АКМ є елімінація БКМ з дієти. Під час годування грудьми та у дітей старше двох років необхідності в замінних/штучних сумішах немає. У немовлят молодше двох років на штучному вигодовуванні використання

Таблиця 12.1

Лікування алергії на молоко відповідно до сучасних рекомендацій у різних країнах

	ESPACI/ESPGHAN, 1999 ¹	Американська академія педіатрії, 2000 ²	Наукове товариство 2007 ³	Австралійський консенсус, 2008 ⁴
Грудне вигодовування	Зберігати виключно грудне вигодовування із суворим виключенням чинних алергенів з дієти матері-годувальниці	Виключення коров'ячого молока з дієти матері-годувальниці може зменшити симптоми алергії у немовляти. Якщо стан дитини не покращився або мати не дотримується суворої дієти, можливе використання альтернативної лікувальної суміші	Немовлята на грудному вигодовуванні з доведеною АКМ повинні годуватися з виключенням коров'ячого молока. Продовжити грудне вигодовування, але виключити молоко з дієти матері та додати препарати Ca ⁺⁺	Грудне вигодовування необхідно продовжити та рекомендувати матері виключити з дієти білки коров'ячого молока
Штучне вигодовування	Елімінація алергену відносно легка у немовлят на штучному вигодовуванні	Суміш з екстенсивним гідролізом білка або соєва	За легкої та середньої важкості АКМ — суміш з екстенсивним гідролізом білка. Амінокислотна суміш — коли дитина відмовляється пити суміш з екстенсивним гідролізом, але приймає амінокислотну; коли симптоми не зменшуються на суміші з екстенсивним гідролізом протягом 2–4 тижнів; при позитивному економічному ефекті для амінокислотної суміші; для вибору елімінаційної дієти у дітей з важкою формою АКМ направити дитину до фахівця	
Суміші з частковим гідролізом білка — «гіпоалергенні»	Не використовуються в лікуванні АКМ	Не призначаються в лікуванні АКМ		Не використовуються в лікуванні АКМ
Суміші з екстенсивним гідролізом білка	Рекомендуються для лікування немовлят з АКМ	Принаймні 90% немовлят з АКМ толерантні до цих сумішей	Деякі суміші з екстенсивним гідролізом білків (сироваткових або казеїну) використовуються як лікувальні — толерантність принаймні 90% з вірогідністю 95%	Прийняті для лікування АКМ
Соєві суміші	Суміші на основі ізоляту соєвого білка не рекомендуються для початкової терапії харчової алергії у немовлят	Соєві суміші не є гіпоалергенними, але вони можуть використовуватися для лікування немовлят з ІgЕ-асоційованими симптомами алергії на молоко, особливо після 6-місячного віку	Не є гіпоалергенними. Значно дешевші порівняно із сумішами амінокислотною та екстенсивним гідролізом білка, але існує високий ризик алергії на сою, особливо у дітей до 6 місяців. Висока концентрація фітатів, алюмінію та фітоестрогенів (ізофлавоноїди) обумовлюють можливі небажані ефекти	Підходять для лікування АКМ
Інші види молока	Не використовуються суміші на основі немодифікованого молока інших видів тварин (козячого або овечого) через високу вірогідність перехресних реакцій	Суміші, що містять молоко кози або інших тварин та немодифікований білок, не підходять для лікування АКМ	Використання немодифікованого білка молока осявців, включаючи осячє, кобилячє, козячє молоко, або необроблене соєве чи рисове, не рекомендуються дітям грудного віку	Молоко ссавців не використовується для лікування АКМ

	ESPACI/ESPGHAN, 1999 ¹	Американська академія педіатрії, 2000 ²	Наукове товариство 2007 ³	Австралійський консенсус, 2008 ⁴
Суміші з гідролізатом сої	Суміші з екстенсивним гідролізом протеїну рекомендовано для лікування грудних дітей з АКМ		Суміші на основі високого гідролізу іншого протеїну відповідають критерію для лікувальної суміші — переноситься 90% дітей грудного віку з АКМ з вірогідністю 95%	
Суміші з гідролізатом рису	Рекомендацій не існує	Рекомендацій не існує	Суміші з гідролізатом рису відповідають критерію, при якому суміш вважається лікувальною: толерантність — 90% (з вірогідністю 95%) у дітей грудного віку з АКМ	Рекомендацій не існує
Амінокислотні суміші	Вважаються неалергенними. Показані пацієнтам з непереносимістю суміші з екстенсивним гідролізом білка	Толерантні	Відповідають критерію для лікувальної суміші — толерантність 90% (з 95% вірогідністю) у дітей грудного віку з АКМ	Підходять для лікування АКМ
Диференціація рекомендацій за фенотипом	Рекомендації не відрізняються для IgE-залежної та IgE-незалежної алергії	Немовлята з IgE-залежною алергією можуть мати переваги при застосуванні соєвої суміші після 6 місяців (до 6 міс. — суміш з високого гідролізу білка). При IgE-незалежних синдромах (ентероколіт, проктоколіт, синдром мальабсорбції, езофагіт) показано суміші з екстенсивним гідролізом білка		< 6 місяців — суміші з екстенсивним гідролізом білка для дітей з АКМ сповільненого типу (не анафілактичного) — при atopічній екземі, проктоколіті, шлунково-кишкових симптомах; >6 місяців показано соєву суміш при алергії негайного типу, при гастроінтестинальних симптомах та atopічному дерматиті за умови відсутності гіпотрофії та затримки розвитку. Амінокислотна суміш є першим вибором при анафілаксії та еозинофільному езофагіті
Суміш, яка використовується під час діагностики АКМ для фази елімінації			При легкій та середньоважкій АКМ — суміш з екстенсивним гідролізом або амінокислотна. Тяжка АКМ — амінокислотна суміш	
Анафілаксія	Суміш з екстенсивним гідролізом	Соєва суміш (немає специфічних показань для анафілаксії, тільки для IgE-залежної АКМ)		Амінокислотна суміш
Гастроінтестинальні симптоми алергії негайного типу	Суміш з екстенсивним гідролізом	1 вибір — соєва суміш 2 вибір — суміш з екстенсивним гідролізом		Суміш з екстенсивним гідролізом для дітей <6 місяців, амінокислотна >6 місяців
IgE-залежна респіраторна реакція	Суміш з екстенсивним гідролізом	1 вибір — соєва суміш 2 вибір — суміш з екстенсивним гідролізом		Суміш з екстенсивним гідролізом <6 місяців, амінокислотна >6 місяців
IgE-залежна реакція на шкірі	Суміш з екстенсивним гідролізом	1 вибір — соєва суміш 2 вибір — суміш з екстенсивним гідролізом 2a		Суміш з екстенсивним гідролізом <6 місяців, амінокислотна >6 місяців
Атопічний дерматит	Суміш з екстенсивним гідролізом	1 вибір — соєва суміш? 2 вибір — суміш з екстенсивним гідролізом? Немає специфічних рекомендацій		Суміш з екстенсивним гідролізом <6 місяців, амінокислотна >6 місяців
Гастроінтестинальні реакції алергії сповільненого типу	Суміш з екстенсивним гідролізом: У малюків з несприятливою реакцією на харчові протеїни, ентеропатією та синдромом мальабсорбції вживання суміші зі зниженою алергенністю (високогідролізованої або амінокислотної), безлактозної та з тригліцидами із середнім ланцюгом жирних кислот може бути корисною для нормалізації абсорбуючої функції слизової оболонки			Суміш з екстенсивним гідролізом <6 місяців, амінокислотна >6 місяців та при еозинофільному езофагіті
Синдром Гейнера	Суміш з екстенсивним гідролізом	Суміш з екстенсивним гідролізом? Немає специфічних рекомендацій		Суміш з екстенсивним гідролізом? Амінокислотна? Немає специфічних рекомендацій
Подальше спостереження	Провокаційні проби повинні проводитися регулярно, щоб уникнути надмірної тривалості дієтичних обмежень.			

*Примітка. Рекомендації створені за підтримки компанії-виробника; стосуються клінічних проявів АКМ тільки легкої та середньої важкості.

¹Host A. Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Paediatric Allergy and Clinical Immunology (ESPACI) Committee on Hypoallergenic Formulas and the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Arch Dis Child. 1999;81:80-84.

²American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. Pediatrics. 2000;106(Pt 1):346-349.

³Vandenplas Y, Koletzko S, Isolauri E, Hill D, Oranje AP, Brueton M, Staiano A, Dupont C. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child. 2007;92:902-908.

⁴Kemp AS, Hill DJ, Allen KJ, Anderson K, Davidson GP, et al. Guidelines for the use of infant formulas to treat cow's milk protein allergy: an Australian consensus panel opinion. Med J Aust. 2008;188:109-112.

сумішей є обов'язковим. У цьому випадку при виборі суміші необхідно враховувати наступне:

1. Виключення коров'ячого молока з дієти повинно бути повним. Деякі діти можуть мати толерантність до молочних продуктів після термічної обробки.

2. Потрібно запобігати контактам з молоком інгаляційним та зовнішнім (шкірним) шляхом.

3. Відповідно до прав споживачів, необхідно інформувати про вміст усіх інгредієнтів за допомогою відповідних маркувань.

4. Алергія на яловичину здебільшого супроводжується алергією на молоко, однак при алергії на молоко не завжди відмічається алергія на яловичину.

5. Усі елімінаційні дієти повинні бути поживно безпечні (відповідати потребам у нутрієнтах), особливо на першому році життя.

6. Дієтичні обмеження слід ретельно контролювати протягом усього періоду спостереження.

7. Необхідно проводити періодичний контроль формування толерантності за допомогою провокаційних проб для запобігання надмірно тривалій дієти.

Таблиця 12.1 підсумовує основні рекомендації, що зроблені міжнародними науковими товариствами з лікування АКМ. Це не єдині документи з проблеми — керівні настанови по АКМ є у Німеччині [56,57], Нідерландах [58], Фінляндії [59] та Аргентині [60], у яких відображені як загальні, так і локальні потреби. Головною стратегією у вирішенні проблеми АКМ є створення національних керівництв, що враховують регіональні особливості: добробут населення країни, поширеність алергії у популяції, наявність методів діагностики, сумішей та замінників молока місцевого виробництва, їх ціну, доступність, відмінність від аналогічних продуктів, що доступні по всьому світу, відшкодування витрат за медичними страховками тощо. Наявність таких документів в країні є не тільки бажаною, але й необхідною.

Список літератури зі 111 джерел знаходиться в редакції.

Основные положения руководства по ведению больных с аллергией к коровьему молоку.

Часть IV. Лечение и прогноз аллергии к коровьему молоку

Т.Р. Уманец¹, О.Г. Шадрин¹, В.А. Клименко², С.Л. Няньковский³,

О.М. Плахотна², Г.С. Романова², О.М. Ащеулов², О.С. Няньковська³, М.С. Яцула³

¹ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», г. Киев, Украина

²Харьковский национальный медицинский университет, Украина

³Львовский национальный медицинский университет, Украина

В статье представлены раздел 11 и 12 руководства Всемирной организации аллергологов DRACMA (Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy), ставшего прототипом для создания отечественного Руководства по ведению больных с аллергией к коровьему молоку. В этих разделах рассматриваются проблемы прогноза АКМ (раздел 11) и современные методы лечения, предложенные в руководствах разных стран (раздел 12). Рекомендации разработаны рабочей группой по инициативе Ассоциации аллергологов, Ассоциации детских гастроэнтерологов и нутрициологов, Ассоциации иммунологов, аллергологов и иммунореабилитологов Украины и при поддержке МЗ Украины.

Ключевые слова: аллергия, коровье молоко, лечение, прогноз.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.5(69):44-48; doi10.15574/SP.2015.69.44

The main provisions of guidelines for management of patients with an allergy to cow's milk.

Part IV. Treatment and prognosis of allergy to cow's milk

T.R. Umanets¹, O.G. Shadrin¹, V.A. Klimenko², S.L. Nyankovskiy³,

O.M. Plahotna², G.S. Romanova², O.M. Ascheulov², O.S. Nyan'kovska³, M.S. Yatsula³

¹SI «Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology, Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kiev, Ukraine

²Kharkiv National Medical University, Ukraine

³Lviv National Medical University, Ukraine

The article presents the 11th 12th sections of the World Allergy Organization guidelines DRACMA (Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy), which was the prototype for the creation of national guidelines for the management of patients with the cow milk allergy. Guidelines developed by the panel on the initiative of Ukrainian Allergy Organization, Ukrainian Organization of children gastroenterologists and nutritionists, Ukrainian Organization of immunologists, allergists and immunorehabilitologists and supported by the Ministry of Health of Ukraine.

Key words: allergy, cow's milk, diagnostics, food challenge.

Сведения об авторах:

Уманец Татьяна Рудольфовна — д.мед.н., вед. н. сотр. научной группы проблем аллергии и иммунореабилитации детей ГУ «ИПАГ НАМН України», Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская аллергология».

Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Шадрин Олег Геннадиевич — проф., д. мед. н., зав. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН України», Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская гастроэнтерология». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-81-17.

Клименко Виктория Анатольевна — д.мед.н., зав. каф. пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета. Адрес: г. Харьков, ул. Клочковская, 337-а; тел.: (057)338-20-69.

Няньковский Сергей Леонидович — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии Львовского национального медицинского университета им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел. (032) 291-78-51.

Лупальцова О.С. Харьковский национальный медицинский университет. Адрес: г. Харьков, ул. Клочковская, 337-а; тел.: (057)338-20-69.

Ащеулов Александр Михайлович — к.м.н., ассистент каф. пропедевтики педиатрии №2 Харьковского национального медицинского университета. Адрес: г. Харьков, ул. Клочковская, 337-а; тел.: (057)338-20-69.

Няньковская Елена Сергеевна — д.мед.н., доц. каф. педиатрии и неонатологии ФПО Львовского национального медицинского университета им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел. (032) 294-16-24.

Яцула М.С. — каф. педиатрии и неонатологии ФПО Львовского национального медицинского университета им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел. (032) 294-16-24.

Статья поступила в редакцию 10.07.2015 г.